

CAAPS VI

CURS AUTOFORMATIU
EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

11

Salut mental i eines terapèutiques no farmacològiques aplicables en l'Atenció Primària





Activitat acreditada pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud
2,7 crèdits.

El contingut d'aquesta publicació és responsabilitat dels seus autors.

Advertència sobre els fàrmacs

Les dosis, pautes i efectes secundaris dels fàrmacs que s'esmenten en el text poden ser objecte de modificacions.

Cal consultar les recomanacions i les alertes dels butlletins d'informació terapèutica i de l'administració sanitària.

© 2017 Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
Diputació, 316
08009 Barcelona

Tots els drets reservats. Cap part d'aquesta publicació no pot ser reproduïda, emmagatzemada en sistema de recuperació d'informació ni transmesa de cap forma o per cap mitjà, bé sigui electrònic, mecànic, en fotocòpia, per registre o qualsevol altre tipus, sense el permís previ per escrit del propietari del *copyright*.

EdiDe, S.L.: Direcció, coordinació i producció editorial
Casanova, 191, 3r 1a
08036 Barcelona

Dipòsit legal: B. 5217-2017

Primera edició: març de 2017

Director

Josep M. Pepió Vilaubí

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Coordinador científic

Ricard Carrillo Muñoz

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Coordinació administrativa

Nerea Fernández López

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Coordinació plataforma virtual

Marta Lisbona Gras

Departament de formació de la CAMFiC

Comitè organitzador

Dolors Forés García

Presidenta de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Joan Lozano Fernández

Gerent de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Yolanda Ortega Vila

Vocal de Docència de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Marta Expósito Izquierdo

Vocal de Formació de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Antoni Sisó Almirall

Vicesecretari de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Josep Roma Millán

Responsable de Formació de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Autors

Josep Gomà Sellart (Casos 1, 2, 3 i 4)

Especialista en Medicina Interna i Medicina Familiar i Comunitària (ABS Baix Berguedà, ICS). Psicòleg. Membre del Grup de Salut Mental de la CAMFiC.

Carlota Albuin Alsina (Cas 5)

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. ABS Canaletes (Cerdanyola del Vallès). Membre del Grup de Salut Mental de la CAMFiC. Membre del NEXT (Grup de Treball en Salut Mental en el territori SAP Cerdanyola-Ripollet-Sabadell).

Ramon Vilà Miró (Cas 6)

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Equip d'Atenció Primària Sabadell Sud. Sabadell. Membre del NEXT (Grup de Treball en Salut Mental en el territori SAP Cerdanyola-Ripollet-Sabadell). Programa de Prescripció Social Sabadell Sud (PSUSS). Inclòs en el programa pilot de Prescripció Social de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències.

Revisors

Eloisa Román Chillarón

Especialista universitària en Psiquiatria Legal i Forense. Psiquiatra adjunta CSMA Berga. Psiquiatra col·laboradora del CSMIJ de Molins de Rei.

Andrés Martín Asuero

Licenciado en Ciencias y MBA. Medalla de oro de la Cámara de Comercio. Profesor certificado del MBSR por la Universidad de Massachusetts (EEUU). Instructor del Programa MBSR en España desde 2004. Doctor en Psicología UAB. Autor de libros como «Con Rumbo Propio, disfruta de la vida sin estrés» (2008); «Aprender a cambiar con Mindfulness» (2011); «Plenamente, Mindfulness o el arte de estar presente» (2015).

Índex

Introducció	7
Objectius	11
Casos clínics	13
Cas 1. Doctor, totes les proves em surten bé, però jo em trobo molt malament	13
Cas 2. Resolució de problemes	18
Cas 3. Doctor, tinc molta ràbia interior	24
Cas 4. Doctor, no puc dormir	30
Cas 5. Depressió. <i>Mindfulness</i>	36
Cas 6. Prescripció social	44
Annexos	48
Annex 1. Entrevista biopsicosocial	48
Annex 2. Habilitats en l'entrevista psicosocial	49
Annex 3. Tècnica BATHE	50
Annex 4. Tècnica DEPENAS	51
Annex 5. Pluja d'idees	51
Annex 6. Dificultats de la tècnica de resolució de problemes	52
Annex 7. Etapes de la tècnica de resolució de problemes	53
Annex 8. El dol i les seves característiques	54
Annex 9. Dol anticipat	55
Annex 10. Tasques del dol	56
Annex 11. Predictors de risc de dol complicat en adults, nens i adolescents	57
Annex 12. Manifestacions normals del dol	58
Annex 13. Criteris DSM-5 per al trastorn per dol complex persistent	59
Annex 14. Tipus de dol patològic	60
Annex 15. La mort i el dol en els nens	61
Annex 16. Educació per a la salut	63
Annex 17. Higiene del son	63
Annex 18. Control d'estímuls	64
Annex 19. Causes d'insomni comòrbid o secundari	64

Annex 20. Medicaments i altres substàncies que poden causar insomni	64
Annex 21. Diari del son.....	65
Annex 22. Causes de somnolència diürna	65
Annex 23. Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).....	66
Annex 24. Test d'Epworth.....	69
Annex 25. Qüestionari de Berlin	70
Annex 26. Propostes de pràctiques concretes de <i>mindfulness</i> . Experiències d'atenció plena.....	72
Annex 27. Quins són els beneficis i les evidències de la prescripció social? ...	74
Annex 28. A qui va dirigida la prescripció social?	75
Annex 29. Recursos comunitaris	76
Annex 30. Qui ha de portar a terme la detecció i la prescripció social?.....	77
Bibliografia	78
Entrevista psicosocial.....	78
Resolució de problemes.....	79
Dol.....	79
Insomni.....	80
Depressió.....	81
Prescripció social.....	83
Idees clau	84
Qüestionari d'autoavaluació.....	87
Preguntes.....	87
Respostes.....	91

Introducció

És una realitat que a les consultes d'Atenció Primària cada cop s'atenen més persones en les quals el motiu de la consulta està relacionat, amb més o menys intensitat, amb un malestar emocional que generalment està lligat amb la psicobiografia de cada persona i amb la seva realitat social, econòmica, familiar, geogràfica i cultural que els ha tocat viure. Aquest disconfort no és símptoma necessàriament d'una patologia, però igualment cal la nostra atenció. Per tant, és important que el metge d'Atenció Primària disposi de recursos no farmacològics per donar resposta a aquestes demandes, que evitin generar un excés de proves diagnòstiques i prescripció de medicaments.

El metge d'Atenció Primària ha d'intentar curar, però també ha d'alleugerir i acompanyar el patiment causat per les malalties o el malestar, i no fer únicament diagnòstics i pautar tractaments. Si el metge només vol suprimir el sofriment, està condemnat al fracàs. El metge ha d'anar més enllà i ha de tractar d'entendre el significat del sofriment, tant físic com mental, de cada persona, la seva relació amb el dolor, així com la capacitat de resolució i adaptació o acceptació.

Un cas especial dels problemes causants del malestar emocional són els problemes deguts a malalties cròniques. El dolor físic, la discapacitat o la perspectiva de la mort també causen sofriment emocional, que en ocasions pot ser més important que el propi dolor o limitació física de la patologia orgànica. Les patologies orgàniques no es produeixen en un òrgan aïllat sinó en una persona, en un context biogràfic i cultural que condiciona la resposta a la prescripció terapèutica.

La naturalesa del sofriment i objectius del dolor

- 1. El sofriment és experimentat per persones, no simplement pels cossos, i té l'origen en les múltiples amenaces a la integritat de la persona com a complex social i entitat psicològica.***
- 2. El sofriment pot incloure dolor físic, però no es limita a ell.***
- 3. El sofriment apareix quan es percep una amenaça de destrucció imminent a la integritat de la persona i no cedeix fins que ha desaparegut aquesta amenaça.***
- 4. El sofriment pot aparèixer en relació a qualsevol aspecte o dimensió de la persona: social, identificació de grup, relació amb si mateix, amb el seu cos o família.***
- 5. L'alleujament del sofriment és un objectiu tant imperiós com la curació de la malaltia.***

La demanda per a tots aquests problemes s'ha incrementat en el transcurs dels últims anys, la qual cosa ha ocasionat també un increment de la demanda als serveis de Salut Mental. Hem de recordar que els serveis de Salut Mental varen ser creats, especialment, per atendre persones amb un trastorn mental greu, tot i que actualment atenen una demanda de pacients amb trastorns mentals menys greus o simplement processos mal definits. Segons una enquesta de l'Eurobaròmetre de 2010, des de l'any 2000 al 2010 la demanda ha passat del 10 al 15% de població demandant, i un 7% dels europeus

havien consumit algun tipus d'antidepressiu. Els factors que han contribuït a aquest increment són socials, geogràfics, polítics, econòmics, culturals, i la interacció entre ells.

Des de fa molts anys, els metges han intentat classificar els trastorns mentals per al seu millor diagnòstic i tractament, com per exemple el DSM, però aquests no recullen tota la gamma de motius de la demanda, ja que els nostres serveis poden ser requerits sense haver-hi malaltia, només per un sofriment emocional.

L'eina principal de la qual disposa el metge de família és l'entrevista clínica, que facilitarà l'expressió d'opinions, expectatives i emocions per part del consultant. Per altra banda, l'entrevista és, en si mateixa, una eina terapèutica quan el pacient pot expressar i relacionar els seus símptomes amb els conflictes que viu en el seu medi familiar, laboral o social. Aquesta entrevista s'anomena biopsicosocial o de suport; cada professional d'Atenció Primària l'hauria d'integrar a la seva consulta. Per a les característiques de l'entrevista psicosocial, veure annex 1.

Quan interpretem les dades obtingudes de les entrevistes, hem de tenir en compte que, sovint, la malaltia oculta desitjos d'atenció, manipulació de situacions, pors encobertes, venjances, problemes d'infravaloració o baixa autoestima, necessitat de sentir-se estimat... El nostre cos respon al que la nostra ment dicta a través de pensaments, sentiments i emocions, la qual cosa produeix efectes fisiològics directes en el nostre organisme.

Per tant, una bona relació professional-pacient es basa en l'empatia i l'assertivitat, ja que la actitud i aptitud del professional són essencials. Un altre aspecte a considerar és la transferència (sentiments positius, negatius, desitjos, actituds, creences...) de la persona que tenim al davant i que el professional recull. Aquesta informació rebuda, el professional l'elabora a través de processos majoritàriament inconscients i la retorna al pacient: és el que anomenem contratransferència. De manera que el professional ha de conèixer el món interior del pacient per no actuar sota la influència del seus propis conflictes i, així, en l'entrevista, el metge ha de ser capaç de controlar les seves pròpies emocions.

Un aspecte a considerar és l'espiritualitat de les persones que atenem; per tant, hauríem de:

- Registrar les creences de les persones en la història clínica.
- Respectar la religió de cadascú com un dret de la persona, mentre no perjudiqui la seva vida o la dels altres (com passa amb les sectes).
- Potenciar les creences com un recurs personal important.
- Recórrer a les creences de l'individu davant d'esdeveniments vitals estressants.

Tot i que a la consulta les persones que venen a buscar ajuda poden estar disposades o no a realitzar canvis o a comprometre's amb la teràpia. Podem distingir, segons ProChaska, Nocross i DiClemente, sis etapes de canvi que cal tenir en compte.

La psicoteràpia o simplement la comprensió poden ser útils per impedir la medicalització i millorar la persona. Orlinsky i Howard van revisar 1.100 estudis durant 35 anys i van identificar cinc factors que es relacionaven amb l'èxit de la teràpia:

- El contacte terapèutic (si el pacient va a totes les visites).
- La implicació del pacient (quan el pacient assumeix un rol actiu i responsable sobre el procés).
- L'aliança terapèutica (si hi ha empatia entre metge i pacient).
- L'actitud del pacient (si està obert a interpretacions i canvis).
- Les fites terapèutiques (si el pacient té expectatives realistes sobre la teràpia).

Cap d'aquestes condicions es relaciona amb una teoria concreta sinó amb la relació professional establerta al llarg del tractament.

A l'Atenció Primària es poden fer alguns tipus de psicoteràpia que tenen suficient suport i evidència científica contrastada, com per exemple:

- **Teràpia de resolució de problemes (TRP).** L'efectivitat de les intervencions psicoterapèutiques administrades pels metges de família ha estat confirmada en una revisió feta per Huibers et al publicada per Cochrane el 2003 i al castellà el 2007, on la teràpia de resolució de problemes en la depressió sembla ser efectiva. La guia NICE 2009 recomana TRP en depressió lleu i moderada. La guia APA (American Psychiatric Association) de 2010 considera la TRP adequada a la depressió. La guia SIGN del NHS «Tratamientos no farmacológicos en adultos» publicada el 2010 atorga a la TRP un grau de recomanació B, que, tot i no ser un grau elevat, sí que permet legitimar el seu ús.
- **Teràpia cognitivoconductual.** Té suficient evidència per al tractament de l'ansietat i la depressió.
- **Teràpia de suport.** Té com a meta la disminució de l'ansietat i l'increment de les defenses cognitives per retornar al funcionament previ fomentant l'autonomia i el contacte amb la realitat.
- **Mindfulness.** És una teràpia prometedora per al tractament de l'ansietat i l'alteració de l'estat d'ànim. La guia SIGN li atorga un nivell d'evidència B, que legitima el seu ús.

No farem un repàs de les nombroses teràpies per abordar el problema del sofriment psicològic i del trastorn mental, com psicoanàlisi, teràpia interpersonal, *counselling*, grups psicoeducatius, tècniques de relaxació, biblioteràpia, etcètera, les quals també tenen el seu grau d'evidència científica i que en la seva aplicació en l'Atenció Primària requereixen d'una formació complementària, com les esmentades anteriorment.

En resum, podem dir que tenir un metge de capçalera de confiança i accessible, amb capacitat d'integrar les diferents realitats del pacient (desajustaments corporals, psicològics i socials, així com la informació dels diferents especialistes i els tractaments que rep el pacient) té en si mateix un gran poder contenidor. També veure que el metge tolera, sense por, allò que al pacient li resulta tan insuportable, ajuda a asserenar-se, pensar i intentar posar ordre. Sabem que l'aplicació d'algunes tècniques o habilitats exposades xoquen amb la manca de temps que tots patim a les nostres consultes, o patireu, especialment amb la salut mental. Aquesta manca de temps, permeteu-me utilitzar el terme «pressió assistencial», encara es fa més evident per la manca de formació en aquesta àrea, potser per les nostres pròpies pors, potser perquè abordar aspectes psicològics requereix més temps i les eines que tenim per fer-ho no són les adequades, començant per la pròpia història clínica que utilitzem, que no ens permet fer un registre dels aspectes biogràfics, socials i culturals adequats de les persones que atenem, etcètera; però sabem que, en ocasions, aquest desbordament que tenim ve més aviat per les pròpies angoixes. Aquestes angoixes les podem reduir amb entrenament i formació, ja que si som capaços de poder contenir els nostres pacients i a nosaltres mateixos, això tindrà unes repercussions positives com: el nombre de visites es reduirà, nosaltres ens sentirem millor emocionalment i previndrem el *burnout* i no medicalitzarem ni demanarem proves innecessàries als nostres pacients.

Balint deia: «El pacient utilitza el metge per intentar tractar ansietats i temors varis (no sols de les malalties orgàniques), per tant, un metge ha de tenir el suficient coneixement sobre elements psicològics de la relació (ansietats, temors, defenses...) per a poder dirigir-lo de manera positiva respecte a la seva salut, la del nostre equip i la de nosaltres mateixos». (Balint M. El médico general como psicoterapeuta.)

Aquest quadern no pretén ser una guia de psicoteràpia en l'Atenció Primària, només pretén, tenint en compte l'amplitud del tema, fer unes petites pinzellades de com abordar alguns tipus de sofriment i trastorn mental a les nostres consultes, utilitzant unes habilitats que requereixen poc entrenament. Si amb aquest quadern podem estimular l'interès en la formació i entrenament en aquestes tècniques, crec que ens podem donar per molt satisfets.

Josep Gomà Sellart

Objectius

Tenir una aproximació a les teràpies no farmacològiques que podem utilitzar en l'Atenció Primària.

- Conèixer els eixos més importants en la utilització de l'entrevista psicosocial.
- Aproximar-se a les tècniques de resolució de problemes dins d'una consulta d'Atenció Primària.
- Elaborar una bona entrevista de l'insomni.
- Diagnosticar entre un insomni crònic i un d'agut.
- Utilitzar les eines no farmacològiques adients per al tractament de l'insomni, que poden complementar o no el tractament farmacològic.
- Elaborar un enfocament adequat del dol.
- Discernir entre un dol normal i un de patològic, i evitar la medicalització innecessària.
- Diagnosticar i prevenir un dol patològic.
- Aproximar-se al diagnòstic de la depressió, indicar la tècnica de *mindfulness* en el pacient deprimit.
- Aproximar-se a la tècnica del *mindfulness*.
- Aproximar-se a la prescripció social.
- Indicar els criteris d'inclusió per fer un abordatge de prescripció social.
- Elaborar una bona entrevista d'inclusió social.

Casos clínics

Cas 1

Doctor, totes
les proves em
surten bé, però
jo em trobo
molt malament

La Teresa és una dona de 48 anys que pateix diverses patologies, la més important una distròfia muscular tipus Steinert, que li provoca problemes respiratoris (porta oxigen domiciliari), digestius, cardiològics, debilitat muscular; com a antecedents familiars, tenia una germana amb la mateixa patologia, que va morir fa 15 anys per problemes respiratoris. Està casada i té un fill, que no pateix la malaltia. No té hàbits tòxics.

Des de fa uns mesos nota que perd força a les mans, i fa sis mesos va patir un ingrés a la UCI per una infecció respiratòria amb insuficiència respiratòria greu, de la qual es va recuperar.

Des de fa un any, regularment, es queixa d'epigastràlgies, disfàgia i dispèpsia que obliguen a fer una sèrie de proves complementàries per descartar patologies; aquestes proves s'han repetit en dues ocasions, sense trobar patologia, l'última fa tres mesos.

Ara ens avisa per anar al domicili, ja que no es troba bé.

–MF: Bon dia, Teresa, com anem? Li donem la mà i ens asseiem davant seu; la mirem als ulls.

La Teresa ens rep asseguda al llit amb la bata de dormir, porta l'oxigen posat, està sense pentinar, amb les mans recolzades sobre els genolls. En aquesta habitació, només hi dorm ella, el marit dorm en una altra habitació.

–T: Miri, doctor, des de fa un mes que no em trobo gens bé; em fa mal l'estómac, estic xafada, quan menjó em venen ganes de vomitar, hi ha cops que em costa empassar; la meua vida no té gaire sentit.

Se li escapen unes llàgrimes, calla. El metge resta en silenci, atent a la comunicació no verbal, sense deixar de mirar-la. La Teresa baixa els ulls.

Al cap d'uns minuts en silenci, la Teresa ens diu:

–T: Crec que la malaltia avança, ara ja em cauen les coses de les mans i aquest maleït estómac no em deixa menjar, m'estic aprimant.

–MF: Teresa, a què creus que és degut que tinguis mal d'estómac?

Cas 1

Doctor, totes les proves em surten bé, però jo em trobo molt malament
(Cont.)

–T: No ho sé, doctor. Totes les proves em surten bé, però jo no me'n trobo; hi ha moments que tremolo –torna a plorar. Al cap d'una estona, ens diu: «Doctor, ja sap com va morir la meva germana, ella tenia la mateixa malaltia i jo acabaré com ella».

–MF: Teresa, has parlat amb el teu marit del que et passa?

–T: Sí; el meu marit!!, no en puc parlar, ell diu que no faig tot el que cal per animar-me, a més, estic sola tot el dia, quan ell arriba a la nit ja té el sopar a punt, sopa i se'n va a dormir; això no és vida, em sento sola; ara per Nadal serem 16 a taula, no sé com fer-ho –torna a plorar–.

–MF: I amb el fill, hi pots parlar?

–T: El meu fill va molt enfeinat i no el vull atabalar.

A la taula 1 es descriuen els problemes psicosocials segons el DSM-5.

Taula 1. Els problemes psicosocials segons el DSM-5

Factors psicològics o comportamentals que afecten l'estament mèdic general.
Problemes de relació o familiars.
Problemes relacionats amb l'abús o negligència.
Problemes relacionats amb qüestions personals (biogràfics, d'identitat, religiosos, etcètera).
Problemes socials (domèstics, econòmics, legals).
Altres (dol, problemes acadèmics, comportaments antisocials, deteriorament cognitiu).

Font: DSM-5.

Podríem fer un enquadrament de la situació, tenint en compte els seus pensaments, les seves emocions i els símptomes corporals:

- **Pensaments:** la meua vida no té sentit, la malaltia avança.
- **Emocions o sentiments:** solitud, aïllament, tristesa, por.
- **Símptomes:** mal d'estómac, m'aprimo, em cauen les coses de les mans, ganes de vomitar, em costa empassar.

–MF: Teresa, si no ho he entès malament, no parles del que et passa amb el teu marit, el teu marit t'ignora i el teu fill no en sap res; la teua malaltia progressa i això et fa sentir sola, aïllada, trista i tens por; aquest neguit et provoca mal d'estómac, ganes de vomitar, pèrdua de gana i t'aprimes.

–MF: Com saps, ja t'hem mirat dos cops l'estómac, sense trobar res important; el mal d'estómac és pel neguit que tens. La majoria de persones en aquesta situació també es trobarien malament com tu.

–MF: Teresa, has pensat alguna cosa per mirar de solucionar la situació en què et trobes? Comprenc que és difícil, en aquesta situació, pensar i trobar solucions; si vols et puc ajudar.

Programarem diverses visites setmanals per anar trobant solucions. Què et sembla? Per exemple, queden 15 dies per Nadal, vinc d'aquí 7 dies i parlem de com ho vols fer?
 –T: *D'acord doctor, ens veiem d'aquí 7 dies.*
 –MF: *Teresa, si et trobes pitjor pots trucar-me i vindré més aviat.*
 Al final de la visita, metge i pacient han fet el que se'n diu una aliança terapèutica* i durant la visita han fet contenció** de les seves ansietats i neguits.

*Aliança terapèutica. Quan una persona se sent malalta, necessita una altra persona que l'ajudi a recuperar-se.

**Contenció. Capacitat del metge per rebre i percebre ansietats del pacient o d'ell mateix, incorporar-les en el seu interior i tornar-les o no, segons ho consideri beneficiós per al pacient.

L'entrevista psicosocial requereix d'una sèrie d'habilitats (annex 2).

L'enquadrament és important per tal de centrar el problema; per arribar aquí és important seguir una sèrie de passos:

- Donar un espai per sentir-se malament i que pugui explicar les seves emocions, d'aquí la importància dels silencis, i explicar que en les seves circumstàncies és normal trobar-se malament, així, donem confiança i ajudem a trencar el cercle *-em trobo malament-em sento culpable de trobar-me malament-em trobo pitjor.*
- Hem de donar informació que expliqui el perquè de les seves emocions.
- Demanar al pacient si ha pensat en alguna solució, d'aquesta manera li donem la confiança que pot trobar una solució per si mateix.
- Li oferim la nostra ajuda i el nostre compromís en seguir ajudant-la, i li oferim diverses visites per anar treballant el seu malestar.

En les visites posteriors, podem utilitzar la tècnica BATHE (Stuart, Lieberman) (annex 3).

També podem utilitzar una altra tècnica similar com la DEPENAS (annex 4).

No hem de caure en la temptació de voler solucionar-ho tot ni agafar actituds paternalistes, tampoc hem de sobrevalorar la nostra capacitat per resoldre problemes, així com no xafardejar amb preguntes d'escàs valor per a la millora de la situació.

És important, per part del professional, no tenir cap trastorn mental ni estar afectat per problemes de la seva vida que li provoquin un malestar; en aquest cas, s'ha de retirar d'atendre aquests pacients, excepte que estigui entrenat per poder separar la vida professional de la privada.

Al cap de set dies, tornem a veure la Teresa. Avui ens rep al menjador, al costat del seu marit, va arreglada i no porta l'oxigen.

La presència d'un familiar quan visitem el pacient, generalment, al professional no li desagrada, ja que, per un costat, es pot utilitzar per treure informació rellevant i, per un altre, ens ha d'alertar sobre la possibilitat d'examinar factors contextuais més a fons, i pot indicar problemes potencials del context del pacient.

També la presència d'un familiar pot interferir la consulta i els acompanyants difícils requereixen un enfocament particular.

- MF: Com anem, Teresa? Avui veig que l'acompanya el seu marit. Què tal, Josep?
- J: Doctor, avui he fet festa; em preocupa la Teresa, no menja, li fa mal l'estómac, la veig malament. Les pastilles que li va donar no li fan gaire cosa, potser hauríem d'ingressar-la. L'actitud del Josep és bel·ligerant i no deixa parlar la Teresa.
- MF: Josep, entenc que estigui preocupat per la seva esposa i comparteixo els seus neguits; fa una setmana, quan vaig venir, ens vàrem posar d'acord amb la seva esposa i li vaig explicar el que li passava; vam iniciar un tractament per millorar l'ansietat i l'estat anímic que triga un temps a fer efecte.
- MF: Teresa, has tingut algun problema amb les pastilles?
- T: Al principi em van fer una mica de mareig, però ara no; no hi trobo gaire millora.
- MF: Aquests tractaments triguen una mica en fer efecte, unes 6-8 setmanes; potser el neguit millora abans; és important que no les deixis, ja que tornariem a començar de nou. Com et vaig dir, jo et vindré a veure regularment i ja saps que si tens algun problema pots trucar a la consulta.
- MF: Josep, és un encert que avui hagi agafat festa, podem parlar plegats de la Teresa. Un problema que em va manifestar és el de Nadal, ja que no es veu en cor de fer el dinar per a 16. Com ho veus, podem fer-hi alguna cosa?
- J: Sí, ja n'hem parlat; el cert és que si no millora no podem fer aquest dinar per tanta gent. Aquest any dinarem junts ella i jo i el meu fill i la seva companya, ja ens hem organitzat i la Teresa farà el que pugui i li vingui de gust. Perdoni doctor, però estic una mica nerviós, portem temps que no anem bé i ara l'estómac.
- MF: Sí Josep, és normal que estigieu amoïnats, qualsevol al vostre lloc estaria igual, ja sabeu que l'Steinert és una malaltia progressiva i dona símptomes diversos, com els que ara té la Teresa; com saps, ja hem fet estudis de la panxa i tot ha sortit normal.
- MF: Teresa, com veus aquesta solució per a l'àpat de Nadal?
- T: Jo, ara, no em veia en cor de fer el dinar per a tanta gent; el meu fill ja em va dir que no m'amoïnés, que ell vindria amb la Júlia, la seva companya, i ja es posarien a la cuina.
- MF: Bé, doncs, truca si necessites parlar amb mi; tingues una mica de paciència, mica en mica milloraràs; ens veiem després de Nadal. Us desitjo molt Bones Festes.
- T: Igualment, doctor.

L'entrevista del pacient quan un membre de la família està present té una sèrie de característiques que la poden fer més complexa, com:

- Queixes o preguntes addicionals vers la salut del pacient.
- Dilemes ètics referents a la confidencialitat i privacitat.
- Aspectes legals de les decisions preses sobre aspectes econòmics o legals que afecten els pacients amb incapacitació (demència o minusvalia) o menors d'edat.

L'entrevista amb acompanyant/s present/s requereix d'unes habilitats complementàries per part del professional, com:

- Saludar i construir una bona relació amb totes les persones que acompanyen el pacient.
- Clarificar i prioritzar les expectatives de cada persona involucrada en l'entrevista. Podem preguntar als acompanyants si tenen algun dubte.
- Permetre parlar a cada persona, per evitar que un membre de l'entrevista pugui monopolitzar-la o expressar sentiments o pensaments d'altres, o parlar directament del pacient, ignorant-lo.

- Reconèixer i admetre les emocions expressades per tots els membres. També estarem atents a la comunicació no verbal de tots els implicats, com moviments a la cadira, mirades, aspecte dels ulls, seqüència de respostes.
- Evitar prendre part.
- Respectar la privacitat i confidencialitat, especialment quan estem parlant del diagnòstic i tractament, també en situacions especialment sensibles com una malaltia greu, malalties de transmissió sexual, abús de drogues o si es tracta d'adolescents. En aquests casos, podem citar el pacient per fer una entrevista a soles.
- Abordar un pla terapèutic d'acord amb el pacient i la família.

A la taula 2 es resumeix la tipologia dels pacients a la consulta.

Taula 2. Tipologia dels acompanyants a la consulta

Col·laborador	Adopta una posició de corresponsabilitat en el procés terapèutic.
Passiu	Normalment no intervenen durant l'entrevista clínica. Més freqüent en homes.
Intrusiu	Durant l'entrevista respon pel pacient, dona instruccions al metge. Interromp la relació metge-pacient.
Enutjós	Generalment busca una col·laboració del metge per fer xantatge de la salut. Freqüent en relacions de parella.
Culpable	El cuidador del pacient se sent culpable per incapacitat de proporcionar-li un determinat nivell de cures.
Malalt	Projecta el seus símptomes sobre el pacient. L'acompanyant és en realitat el vertader malalt i reflecteix les seves demandes i ansietats en el pacient. Freqüent en les consultes de pediatria.
Observador	Acudeix a la consulta per comprovar que es desenvolupi correctament.
Enfadat	Es mostra enfadat, disgustat.
Agressiu	Si el metge no entén la preocupació, l'ansietat pot manifestar-se com a agressivitat. Generalment és deguda a un error del metge per no explicar adequadament la naturalesa de la malaltia, la gravetat potencial i la seva evolució.

Font: Modificat de Turabián JL, Pérez Franco B. *El acompanyante en la entrevista clínica de Atención Primaria*. *Semergen* 2015;41(4):206-213.

Cas 2

Resolució de problemes

En Manel té 40 anys, pertany a una família acomodada i és el primogènit de tres germans, dues noies més petites i ell mateix; la seva família sempre ha viscut del negoci d'electrodomèstics. Fa vuit mesos que el seu pare, que porta el negoci amb el seus fills, li va dir que es vol jubilar i vol que el seu fill gran, en Manel, es faci càrrec del negoci.

En Manel està casat, té dos fills, una nena de 10 anys i una altra de 8; viu en un pis confortable, la seva esposa treballa, no tenen penúries econòmiques i la relació de parella és bona. Té un entorn d'amistats bo i no té problemes amb les relacions socials.

Ve a la consulta per explicar-nos que ahir va anar a urgències de l'hospital perquè va tenir un dolor al pit, va començar a tremolar, li faltava aire, tenia palpitations i pensava que es moria; li varen dir que no tenia cap malaltia important, que el cor estava bé i que havia sofert una crisi d'angoixa; el varen tractar amb diazepam, va millorar i li van aconsellar que anés a veure el seu metge de família.

■ Com podem orientar el cas?

En Manel té 40 anys, no té problemes familiars ni econòmics i té unes bones relacions socials, estima la seva muller i els seus fills i es sent feliç amb la seva família, que li correspon; treballa en el negoci familiar d'electrodomèstics amb les seves germanes, amb bona relació entre ells. Podem aprofundir més, li farem una pregunta oberta:

–MF: A què creus que és degut que et trobis així?

El Manel ens explica que des de fa uns sis mesos que està intranquil –coincideix que va començar a fer-se càrrec del negoci–, té insomni, mal humor, de tant en tant té palpitations i sensació de mareig, treballa moltes hores i quan arriba a casa els seus fills ja dormen. Té por de perdre clients i que el negoci se'n vagi en orris, un negoci de tres generacions; té molta responsabilitat, tant per la seva família com per la de les seves germanes i sempre té por a equivocar-se i no poder estar a l'alçada del seu pare.

Ja sabem a què té por: que l'empresa faci fallida i tant la seva família com la de les seves germanes se'n ressentin i, a més, notem que sent un gran pes a sobre quan ens diu: «un negoci de tres generacions» .

Aquí hem de fer un incís per entendre i manejar les emocions. Les emocions són una conseqüència de com interactuen els següents factors:

1. Experiències prèvies.
2. Models d'aprenentatge.
3. Creences.

Aquesta interrelació dirigeix com actuarem davant dels problemes que se'ns presentin, és a dir, amb els mecanismes d'afrontament i segons com afrontem aquests problemes tindrem unes emocions o altres, uns pensaments o altres i unes conductes o altres (figura 1).

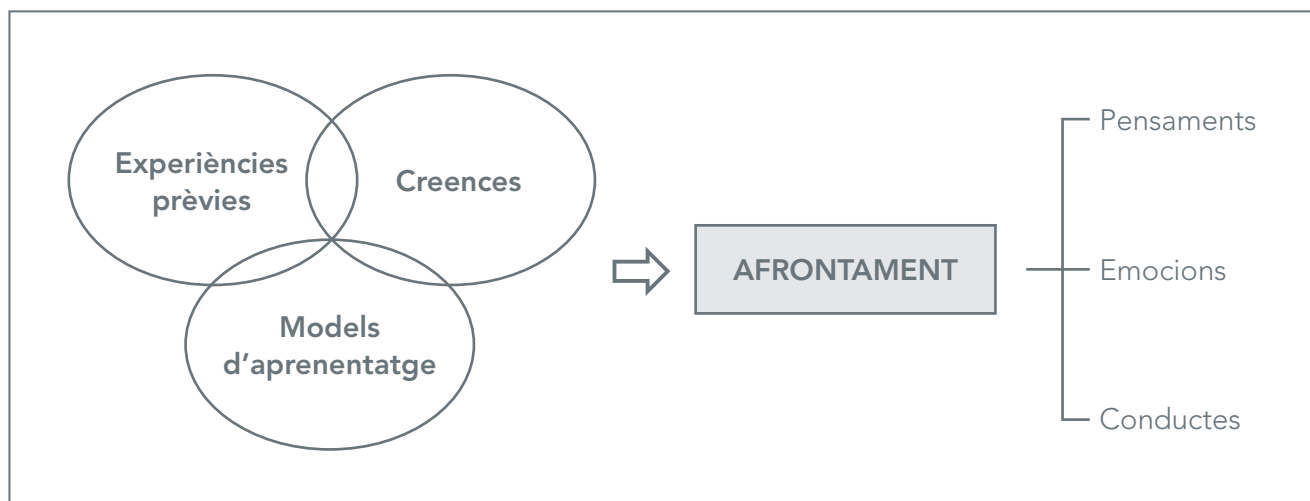


Figura 1. Mecanismes d'afrontament.

Font: Modificat de García-Campayo J, Hidalgo I, Orozco F. Psicoterapia de resolución de problemas en Atención Primaria. Ars médica 2006.

Pel que ens ha explicat el Manel, sabem que un neguit que té és la por a equivocar-se en les seves decisions, no sap ben bé quina decisió és la millor, així predominen processos d'idealització i catastrofisme; això l'inhibeix en la presa de decisions i l'indueix a deixar les decisions importants per més endavant, amb l'esperança que el futur li resoldrà els problemes que té.

Per tant, li hem de preguntar...

**-MF: Manel, ha pensat en com solucionar aquest problema?
En Manel ens explica que actualment està «col·lapsat» i no sap cap on anar, i ens pregunta:
«Vostè, en la meua situació, què faria, doctor?».**

Aquesta pregunta, que sovint sentim a la consulta, és una pregunta per traslladar-nos la responsabilitat de presa de decisions a nosaltres, a la nostra figura com a metges i en aquest cas terapeutes, figura d'autoritat; se li podran demanar, al terapeuta, responsabilitats i atorgar-li totes les culpes del que pugui passar. A aquesta maniobra se l'anomena **evitació defensiva**. Evidentment, no hem de caure en aquest parany i hem de contestar amablement amb una resposta que retorni al pacient la seva responsabilitat, com per exemple la que li donem al nostre pacient.

-MF: La meua situació i circumstàncies són molt diferents de les seves i, per tant, les solucions que li pugui donar no li servirien.

Parem-nos una mica en aquest punt, l'*evitació defensiva*. No ajudarem més per decidir pel propi pacient; és un contrapunt a la visió paternalista clàssica de la medicina versus la visió de l'autonomia del pacient, molt més actual. Aquesta maniobra també la fem els professionals, derivant a altres especialistes o bé demanant proves de dubtosa indicació.

■ Ara ens podem fer la pregunta. En Manel compleix criteris per poder aplicar la teràpia de resolució de problemes?

Sí; el Manel presenta un trastorn d'ansietat generalitzada, crisis d'angoixa i reconeix l'existència del problema que li provoca tot aquest malestar emocional.

La teràpia de resolució de problemes va ser iniciada per D'Zurilla i Goldfried, en un article publicat el 1971 (D'Zurilla and Goldfried problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology 1971;78:107-126) amplificada i millorada el 2001 (D'Zurilla. Problem-solving therapies in KS Dobson (ed). Handbook of cognitive-behavioral therapies. 2nd. ed. New York Guilford Press) en un article on proposa l'aplicació de resolució de problemes com a tècnica de modificació de la conducta, que té com a meta la d'entrenar el pacient en una sèrie de respostes alternatives, com afrontament a un problema, i seleccionar la que probablement sigui la més efectiva. Aquests autors conclouen que hi ha una relació entre les habilitats per resoldre problemes i psicopatologia.

Els criteris que fan indicada la teràpia de resolució de problemes són:

1. Que el pacient presenti un trastorn mental, com trastorn d'ansietat, depressió o adaptatiu.
2. Que el pacient reconegui l'existència del problema i que aquest li provoqui malestar emocional.

Si el pacient no té consciència de malaltia o de no patir un trastorn mental no està indicada la teràpia de resolució de problemes.

Davant d'una persona que presenta un problema, podem seguir el següent algorisme (figura 2), per utilitzar unes teràpies o altres.

Situats en aquest punt, hauríem d'investigar si en altres ocasions que hagi hagut d'afrontar problemes, els afronta amb conductes de consum d'alcohol, drogues, etcètera.

En Manel ens explica que només beu una cervesa per dinar i que no pren drogues i que quan ha tingut algun problema «no s'hi amoïna massa, espera que passi el temps i sempre es solucionen» (conducta d'evitació passiva).

Anirem una mica més enllà, li explicarem que el podem ajudar amb una teràpia de resolució de problemes, de poques sessions, entre 6 i 8, d'uns trenta minuts cada una, i li explicarem breument en què consisteix.

*En Manel accepta perquè vol solucionar aquest patiment, al més aviat possible.
-MF: A part de millorar el patiment, què espera de la teràpia que farem?
En Manel ens explica: «Poder continuar el negoci i sentir-me més segur».*

Aquestes són metes assequibles i realistes; si no fossin realistes, no podríem continuar amb la teràpia.

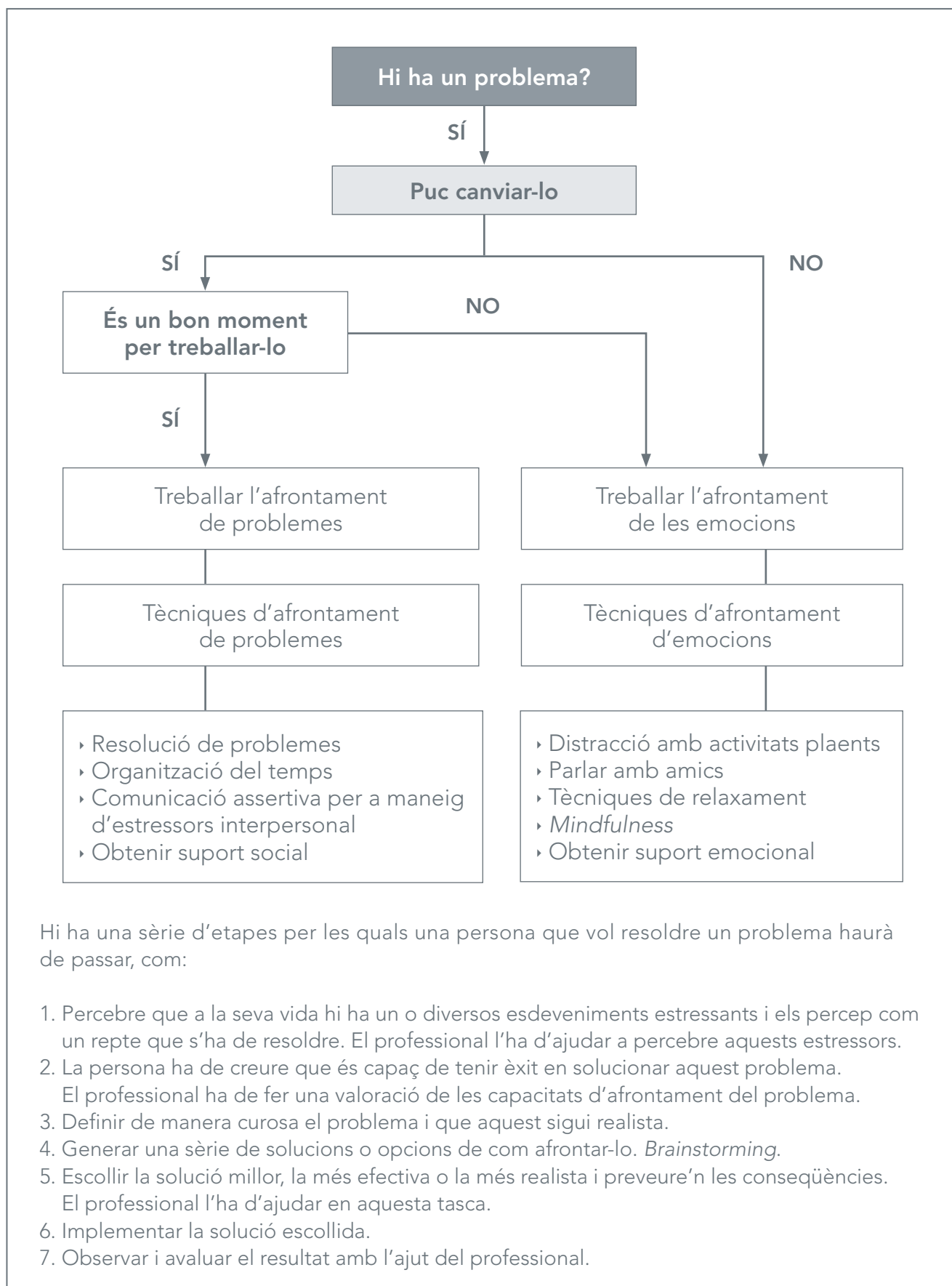


Figura 2. Algorisme d'ajuda per seleccionar quin tipus de teràpia és adient davant un problema.

Font: Modificat de Porensky EK PhD. Assistant Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Health. Department of Psychology The Ohio State University Wexner Medical Center. Stress management. <https://ccme.osu.edu/WebCastsFiles/562The%20Management%20of%20Stress%20-%20202.pdf>

Fem un resum d'aquesta primera visita. En Miquel presenta un trastorn d'ansietat amb crisis d'angoixa (malestar emocional no greu), és conscient que té problemes i que són els causants d'aquest malestar i les metes del Manel són realistes; ha acceptat fer la teràpia de resolució de problemes i el citem en una setmana, com a màxim, a fi de no retardar massa la programació, pel perill de desmotivació. Seguirem amb la medicació si té crisis i iniciarem ISRS. (Sabem de la càrrega de treball que tenim a les consultes i que no podem abordar moltes teràpies, però si ens organitzem potser podrem iniciar-nos amb un pacient.)

Segona visita

-MF: Ara li demanarem que faci una llista de problemes, sense tenir en compte la gravetat o urgència, el més concreta possible.

En Manel ens escriu:

- 1. Rebo trucades constantment.*
- 2. Els clients es retarden en els pagaments.*
- 3. Hi ha un electricista gran que no rendeix.*
- 4. La meva germana (administrativa) m'ho consulta tot.*
- 5. He de revisar totes les comandes.*
- 6. Arribo a les 10 de la nit a casa i no puc veure els fills.*
- 7. No tinc temps per la família.*

-MF: Ara hem de triar un o dos problemes, els que siguin més senzills, ja que és important que el pacient tingui èxit perquè estigui motivat per continuar.

Ha de fer la tria ell mateix, no podem imposar el nostre criteri encara que sí podem aconsellar-lo.

Després de pensar-s'ho, en va triar dos: rebo trucades constantment i la meva germana m'ho consulta tot.

Ara li proposem,

-MF: Manel, pots apuntar en un paper com creus que pots solucionar aquests problemes? Utilitzarem la tècnica de brainstorming o pluja d'idees (annex 5). Triats el dos problemes, li demanarem que ens escrigui en un paper, a casa, les possibles solucions a cada problema i que ponderi cada solució donada de l'1 al 10, tenint en compte la factibilitat de portar-la a terme o pensant en el pros i contres de cada una (6).

Tercera visita

En Manel ens porta la llista de solucions ponderades.

Solucions a «rebo trucades constantment»:

- Que la meva germana em filtri trucades (8).*
- Destinar un període del dia a contestar trucades (10).*
- Explicar a la meva germana el que és urgent i el que no ho és (7).*
- Establir una agenda diària (10).*

Solucions a «la meva germana m'ho consulta tot»:

- 1) Parlar amb la meva germana i concretar la seva feina (6).*
- 2) Destinar un temps cada dia a fer una reunió amb la meva germana (9).*
- 3) Filtrar trucades, urgents i no urgents (7).*
- 4) Encarregar a la meva germana la gestió d'una agenda (7).*

Veiem que les solucions aportades pel Manel són realistes, ben definides. Hem de pensar que el perill de fracàs en les solucions al problema radica en l'ambigüitat i que siguin poc realistes. També ens

adonem que tot el que implica relació amb la germana ho puntua més baix; per altra banda, totes les solucions involucren de major a menor grau a la seva germana, i així li ho explicarem al Manel:

- MF: Manel, estic content del llistat que has fet, és assequible; t'ajudaré a encaminar-lo. Mirant el llistat veig que la majoria de les solucions passen per una coordinació amb la teva germana, ho veus igual?*
- M: No ho havia vist, i ara que ho diu és veritat, no és que tingui por a la germana, em preocupa que s'ho prengui malament, és la meva germana!*
- MF: Manel, es porta bé amb la seva germana o ha tingut algun problema amb ella?*
- M: No, ens portem molt bé.*
- MF: Miquel, la seva germana ha acceptat que vostè porti el negoci?*
- M: Sí, ho va acceptar molt bé i em va donar tot el seu suport.*
- MF: Doncs, si no hi ha problemes amb la germana, crec que hauria de parlar amb ella i explicar-li tot el que vostè vol fer. Què li sembla?*
- M: Ho puc intentar.*
- MF: Doncs, ens veiem en una setmana i m'explica com ha anat tot, d'acord?*
- M: D'acord.*

Quarta visita

En Manel arriba molt content.

–M: Doctor, tot ha anat molt bé.

–MF: Felicitats Manel, m'alegra veure'l tant content. Em vol explicar com ha anat?

–M: Miri, doctor, vaig explicar a la meva germana tot el que em passava i les idees que tenia, em va dir que m'ajudaria i que trobava bé totes les propostes.

Em va explicar tota la conversa i els canvis que farien. Vam estar repassant tota la conversa i les possibilitats de portar-los endavant.

El vaig citar durant dues vistes més, espaiades 15 dies per tal de donar-li més autonomia.

Mica en mica, el Manel va agafar seguretat i actualment ens veiem un cop al mes.

El Manel va tenir dues crisis d'angoixa a l'inici del procés, que va tractar amb afrontament de la crisi i petites dosis de diazepam (2,5 mg); actualment (als tres mesos) segueix amb 20 mg de paroxetina i ha acceptat intentar reduir la dosi. És recomanable fer un tractament mínim de 6 mesos.

En la tècnica de resolució de problemes hi ha una sèrie de dificultats que podeu consultar a l'annex 6.

Les etapes de la tècnica de resolució de problemes, les trobareu a l'annex 7.

Cas 3

Doctor, tinc molta ràbia interior

La Pilar acudeix a la consulta perquè des de la mort del seu marit, que va morir d'un càncer d'estómac fa 25 dies, li costa dormir i està neguitosa; ens explica que té molta ràbia a dins i que se sent culpable de no haver fet més. El seu marit, Joan, era una persona amable, educada i no li agradava gaire anar al metge; se li va diagnosticar el càncer d'estómac per casualitat, perquè va venir portat per la seva dona ja que el trobava molt prim. Va ingressar a l'hospital i va morir als set dies de l'ingrés.

És possible que la persona afectada no disposi d'una xarxa social adequada per combatre el seu malestar, de manera que el metge de família pot convertir-se en l'únic recurs que la persona tingui per expressar els seus sentiments. L'expressió dels sentiments té un valor terapèutic molt alt i, per tant, haurem d'emprar unes tècniques que, si bé es poden usar en altres casos, en el dol també tenen la seva importància (taula 3).

Taula 3. Tècniques que poden ser d'ajuda perquè el pacient expressi els sentiments

Escolta activa	Consisteix en transmetre al pacient que se l'escolta; per aconseguir-ho hem de mantenir la mirada, tenir una expressió facial d'acord amb els sentiments expressats i, si cal, fer preguntes obertes com «què vol dir amb...?».
Empatitzar	Posar-se en el lloc de l'altre i intentar entendre els seus sentiments, amb frases com « <i>imagino que ha d'estar passant-t'ho malament</i> » i evitar frases com « <i>ja sé el que se sent</i> ».
Acceptació	La persona ha de sentir que no se la jutja i s'accepten els seus sentiments sense rebuig.
Universalitat	Informar que la seva situació és comú.

Les característiques del dol es poden consultar a l'annex 8.

La Pilar ens explica uns sentiments i conductes que són normals en les seves circumstàncies, però hauríem d'aprofundir més; per exemple, podríem preguntar-li com va viure els dies anteriors a la mort.

–MF: Pilar, com va viure l'ingrés del seu marit?

–P: Miri, doctor, molt malament, va ser terrible, el meu marit ja em deia que d'aquesta no se'n sortiria i jo no m'ho volia creure; li deia que avui la medicina ha avançat molt i que segur que es curaria. Jo anava i venia de casa, el cuidàvem entre les meves filles i jo. L'últim dia, quan jo estava a punt d'anar a casa a dutxar-me, el doctor em va fer sortir al passadís i em va dir: «D'avui no passa, no crec que arribi al migdia». Jo no m'ho podia creure, vaig tornar a entrar a l'habitació, el Joan em va agafar la mà i es va morir.

–MF: Quin sentiment li ha quedat d'aquells dies d'ingrés?

–P: Em sento culpable, potser hagués hagut d'estar més amb ell; els metges tampoc em van dir que podia ser tan ràpid, potser si hagués sabut que seria tan ràpid hagués pogut fer alguna cosa més. No ho sé, doctor, estic tan enfadada i atordida.

Aquí, hauríem de fer una parada. La Pilar explica uns sentiments de quan era a l'hospital, que potser els haguéssim pogut evitar o almenys mitigar si la Pilar hagués fet un **dol anticipat**. Sembla ser que ella no tenia consciència de la gravetat extrema de la malaltia i tampoc ningú li n'havia explicat el pronòstic (que es moriria d'aquesta malaltia en pocs dies), ningú la va informar, no es va sentir acompanyada en aquest procés.

Per tant, si s'hagués fet el correcte, potser hauríem evitat part del desconfort de la Pilar.

A l'annex 9, podeu consultar les característiques del dol anticipat. Aquesta manca de dol anticipat és un factor de risc per desenvolupar un dol patològic, el qual desenvoluparem més endavant (taula 4).

Els professionals del món occidental tenim una escassa cultura de la mort, i el distanciament del metge davant el dolor del pacient que té un familiar en situació de darrers dies pot dificultar anticipar el dol. Ho hem de tenir present.

Taula 4. Intervencions recomanades abans de la mort, per prevenir dol patològic

Ajudar a no culpabilitzar-se de les expressions com: « <i>voldria que tot s'acabés, ja no podem fer res</i> », li podem dir: «Tens tot el dret a dir que no pots veure més aquesta situació i estàs al límit».
Informar de la situació i de tots els canvis que sorgeixen, a més de fer un bon control dels símptomes. Promoure l'organització dels familiars per evitar l'esgotament.
Promoure altres funcions, a més de les de cuidador/a. Podem dir-li: «Pensem junts com seguir atinent a la resta de la casa, sense oblidar cuidar el pacient».
Reforçar la sensació d'utilitat del cuidador/a. Dir-li: «Necessiten el teu suport perquè el/la pacient prengui la medicació. El teu paper és fonamental en l'atenció».
Afavorir la ruptura de la negació desadaptativa del familiar que discuteix les cures. Li direm: «Vull ser clar amb tu, sé que vols el millor per al teu familiar, les cures que estem fent li milloren el dolor».
Afavorir la ruptura de la incomunicació emocional. Podem dir-li: «Crec que hauríeu de parlar els dos; si no tens por, què creus que t'ho impedeix?».
Explorar pors i preveure aspectes pràctics si el cuidador/a pot estar sol en el moment de la mort. Hi ha persones que s'inquieten si s'han de quedar soles en el moment de la mort.
Avaluar els factors de risc per a prevenir complicacions.
Evitar sentiments de culpa posteriors, tenint en compte la situació familiar; si hi ha una bona organització familiar podem prevenir una claudicació emocional i el pacte de silenci, amb els conseqüents pensaments d'abandonament del pacient.

El procés del dol és necessari, requereix d'un temps llarg, habitualment entre un i dos anys. Molts autors han elaborat models del procés de dol, com Parkes (Normal and pathological responses to bereavement. NY. Mass Intimation Corporation, 1974) i Bowlby (La pérdida afectiva. Buenos Aires. Paidós, 1993) o Worden (El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós Ibérica, 1997). Tizón fa un esquema tenint en compte els tres autors anteriors, que s'adapta molt bé al nostre medi; no parla de fases o etapes del dol, ja que d'aquesta manera col·locaria la persona en una posició passiva, en què no cal fer res més que esperar que passin aquestes fases. Per tal d'evitar aquesta situació, Tizón prefereix parlar de tasques de dol i no de fases; aquestes tasques ajudaran les persones que han patit la pèrdua a manifestar les emocions, sense jutjar-les, lluitar contra elles ni donar-los-hi sentit, per anar, poc a poc, assumint la pèrdua (annex 10).

Els predictors de dol complicat els trobaràs a l'annex 11.

Continuarem amb una sèrie de principis per facilitar l'elaboració del dol i el seu seguiment.

a) Normalitzar els sentiments i informar sobre el dol.

–MF: Pilar, el fet de plorar, sentir dolor o tristesa, pensar en el seu marit, dormir malament, és un procés normal del dol i que pot tenir una durada i variar segons les persones, entre un i dos anys; per tant, és un procés limitat, no és un procés uniforme, hi haurà èpoques més difícils, com els aniversaris, vacances, Nadal i festes familiars; d'altres no tant.

Les manifestacions normals del dol les trobareu a l'annex 12.

b) Ajudar a fer real la pèrdua i expressar emocions i dolor.

La Pilar va poder estar al costat del seu marit en el moment de la mort, sap si va patir o no. Si aquesta informació no la sabéssim hauríem de preguntar-la.

També hauríem d'explorar si hi ha conductes de cerca o al·lucinacions.

–MF: Pilar, quan va a dormir, quina sensació té?

–P: Miri, doctor, cada nit quan em poso al llit sembla que el tingui al costat, i quan m'adormo somio amb ell. També, ara es pensarà que estic boja, sembla que el veig per casa i en altres llocs; l'altre dia em va semblar veure'l al mercat, era un lloc que hi anàvem sovint, ja que li agradava molt; em fa cosa d'explicar això.

–MF: Miri Pilar, no està boja ni res semblant, tot el que li passa és normal, com somiar amb ell, notar-lo i també que algun cop hi parli.

–MF: Per cert, Pilar, què ha fet amb les fotos i records del seu marit?

Aquesta pregunta és important per explorar les resistències a la mort (momificació de les pertinences) o les pors a afrontar el dolor de la mort (es desprenen ràpidament de les pertinences).

–P: Miri doctor, tinc la casa plena de fotografies, no les puc guardar, m'ajuden a estar amb ell, a l'armari encara tinc tota la roba.

Sembla que la Pilar vol mantenir el record del seu marit viu. Aquestes conductes poden interferir en l'evolució del dol; hi ha mites sobre les pertinences, en el sentit que s'ha de llençar o donar la roba del difunt al més aviat possible, atenent a la dita: «*si no ho veig, no em fa mal*», conducta totalment humana, ja que a curt termini pot alleugerir el dolor (actuar com si no hagués passat res), però a llarg termini pot complicar-se, ja que el dolor ha de ser expressat, així com les emocions i pensaments que constitueixen l'elaboració del dol, i amb aquesta actitud el dolor l'anem reprimint i arraconant. Aquesta conducta no deixa de ser un mite, doncs no hi ha cap evidència al respecte.

A la Pilar li explicarem:

–MF: Entenem que mantenir les seves fotografies per tot arreu la fa estar millor, se sent més acompanyada.

–MF: N'ha parlat amb les seves filles de què fer amb la roba i amb els records?
 La Pilar ens diu que no n'ha parlat amb ningú, i que les seves filles li diuen que amb una o dues prendes n'hi ha prou.

–MF: Com veu parlar amb les seves filles de la roba i els records? Potser hi ha familiars que en podrien gaudir; potser podrien posar algunes fotos i records en alguna capsa que pugui obrir quan vulgui? Què li sembla parlar amb les seves filles?
 La Pilar ens diu que ho provarà.

No podem fer canvis dràstics a casa, com si tinguéssim pressa a acceptar i adaptar-se al que ha passat; cal fer les coses poc a poc, buscar algú amb qui compartir-ho ens ajudarà, ja que compartir el dolor i sentir-se acompanyat és positiu.

A la següent visita, la Pilar ve acompanyada de la filla gran, la Marta, i ens diu:

–P: Doctor, he parlat amb les filles i estic contenta. Miri, vam plorar molt i vam parlar molt, ens ha anat molt bé; la roba, l'hem donada a un tiet, germà del Joan, que és solter i li feia falta. Referent a les fotos i records, hem posat alguns records en una capsa i les fotos de moment no les vull treure, m'ajuden.

–MF: Molt bé, Pilar, no hi ha pressa. Crec que ha fet coses molt importants i estic content que hagi anat bé la conversa amb les filles; segur que també a elles les ha ajudat.

–MF: Pilar, recordo que quan va venir a veure'm la primera vegada, em va dir que se sentia culpable, em podria dir el motiu?

–P: Doctor, crec que no he fet tot el podia, tot va ser tan ràpid que encara no m'ho puc treure del cap. Estava a punt de marxar i es va morir; qui s'ho havia de pensar! Potser hauria d'haver parlat amb el metge abans, sento com si no hagués fet el suficient...

La Pilar es posa a plorar (sempre hi ha mocadors de paper sobre la taula).
 En aquest cas, sembla que la culpabilització és irracional i podem aplicar la tècnica de la reestructuració cognitiva. Li preguntarem:

–MF: Mentre estava a l'hospital, què va fer?
 –P: L'ajudava a menjar.
 –MF: Què més?
 –P: L'afaitava cada dia.
 –MF: Què més?
 –P: L'acompanyava al lavabo.
 –MF: Què més?
 –P: Recordo que li agafava la mà i parlàvem de les nostres coses, també li llegia el diari.
 –MF: Veu, Pilar, com va fer moltes coses per ell?
 –P: Potser sí, doctor, però va ser tan ràpid.

La filla gran, Marta, em demana...

–M: Doctor, li podria donar alguna pastilla perquè no plori tant i no estigui tan trista?
 –MF: Marta, és normal que la seva mare plori i estigui trista, ha perdut el seu marit, el teu pare, i era molt important per a ella.
 Ara la Pilar arrenca a plorar. Se li ha reconegut la importància de la pèrdua, se li dona valor al difunt i se li dona un espai per poder expressar el seu dolor.

■ No medicalitzar el dol

«Adormir el sofriment» no fa que desaparegui, sinó que el posposa. En el dol normal, els ansiolítics i antidepressius són innecessaris. Els ansiolítics es poden recomanar en casos puntuals per alleugerir l'ansietat i l'insomni, en períodes curts i a dosis baixes, i millor els de vida mitja curta. Els antidepressius

estan contraindicats, excepte si hi ha depressió. Utilitzar aquests fàrmacs ens portarà al que Tizón anomena cronificació medicalitzada del dol.

Visita als tres mesos.

–MF: *Hola Pilar, què tal va tot?*

–P: *Ai doctor, és molt dur, no ho desitjo a ningú; estar a casa i seguir vivint?*

Li preguntem si té idees suïcides...

–MF: *Pilar, ha pensat en treure's la vida?*

–P: *Moltes vegades penso que estaria millor amb ell, però al veure la neta em passen aquests pensaments. Penso que potser estaria millor si em morís, però no he fet cap pas per fer-ho, em fa molta por.*

–MF: *Ha fet testament?*

–P: *No, ni he pensat mai en això.*

–MF: *Què fa ara que no feia abans?*

–P: *Tot i ser dur, la vida segueix, les meves filles em fan anar a ajudar-les al seu negoci, així que cada matí porto la neta al col·legi i després vaig a ajudar-les.*

Si la Pilar no fes res, hauríem d'ajudar-la a viure sense el Joan, hauríem d'explorar els rols instrumentals, o bé si hi ha problemes amb els vincles socials. Aquí són útils les tècniques de resolució de problemes, ja descrites en un altre cas. S'ha d'aconsejar prendre decisions que impliquin canvis importants en la seva vida, com vendre propietats, canviar de treball, buscar parella...

■ Visites de seguiment

L'elaboració del dol porta temps; per tant, hem de tenir paciència, respectar els temps i diferències individuals. En cas de dol no complicat, no seria necessari el seguiment, excepte en cas de demanda expressa; el podem fer als dos mesos si hi ha presència d'alguna comorbiditat psicològica o antecedents de mala resposta a situacions estressants (ja ha passat un temps i les amistats ja no els truquen tant), als tres i sis mesos i a l'any, el primer aniversari de la mort (per la freqüència de recaigudes).

Aspectes a observar en cada visita:

- Acceptació de la pèrdua.
- Acceptació de la turbulència afectiva.
- Grau d'adaptació al medi.
- Expressió de culpes, protestes, crítiques sobre el/la difunt/a.
- Reorientació cap a noves relacions.

Vam tornar a veure la Pilar als 6 mesos, seguia bé; la capsa de records gairebé estava plena, però seguia amb les fotos al menjador i al dormitori, seguia notant la seva presència, però ajudava les seves filles, cuidava la neta, visitava els seus cosins. No mostrava cap criteri de sospita que el seu dol derivés a ser un dol patològic, tot i que en pròximes visites anirem vigilant el que fa amb les fotografies.

Avui sabem que si les pèrdues i frustracions no se senten, no es toleren i no s'elaboren donaran lloc a una sèrie de conseqüències biopsicosocials.

El dol complicat té una prevalença del 10 al 20%, més freqüent davant la pèrdua d'un fill; també té una alta prevalença en majors de 60 anys.

A l'annex 13 podeu consultar els criteris DSM-5 per al trastorn del dol i a l'annex 14 els tipus de dol patològic.

A la taula 5 podeu consultar els motius per derivar a un equip de Salut Mental.

Taula 5. Motius per a derivar a un equip de Salut Mental

El dol ha derivat cap a un quadre de trastorn mental greu.
Estils d'afrontament autolesius a curt i mig termini.
El dol es dona en persones que ja tenen un trastorn mental greu i el dol està descompensat.
El dol és patològic o complicat.
Aparició de comorbiditat associada: trastorn per estrès posttraumàtic, fòbies, crisis d'angoixa...

Font: Pròpia.

A l'annex 15 podeu consultar una aproximació al dol en els nens.

Cas 4

Doctor, no puc dormir

La Maria té 45 anys, treballa de modista i ve a la consulta per dir-nos que des de fa uns set mesos no pot dormir i que durant el dia se sent xafada i cansada.

■ La senyora Maria pot tenir un insomni?

L'insomni es defineix com la dificultat per iniciar, mantenir la durada o qualitat del son, que com a resultat provoca una disfunció en el funcionament diari. Dificultat per mantenir el son significa despertar-se freqüentment i dificultats per tornar-se a adormir, a més de despertar-se aviat i no poder tornar a dormir.

Es classifica en:

- **Insomni crònic.** Insomni durant tres mesos, almenys tres cops per setmana. En anteriors classificacions, per considerar l'insomni com a crònic només havia de durar un mes.
- **Insomni subagut.** Dura entre un mes i tres mesos.
- **Insomni transitori o agut.** Dura menys de quatre setmanes.

Estem davant d'un insomni crònic, ja que porta més de tres mesos d'evolució.

Ara, hauríem d'investigar si es tracta d'un insomni primari o no; per tant, seguirem el següent model d'entrevista:

Saber més dades sociodemogràfiques, socials i psicològiques i si hi ha malalties, ingesta de substàncies o altres trastorns mentals. Farem una anamnesi general, com qualsevol història clínica.

La Maria viu amb el seu marit, tenen dos fills i tres nets, ni els fills ni els nets viuen a casa; té bona relació amb el marit i els fills i està encantada amb els nets; manté una excel·lent relació amb les joves; viuen en un pis de propietat en un carrer tranquil i no tenen cap penúria econòmica; treballa de modista i té prou feina per sentir-se contenta. No té antecedents de malaltia mental ni presenta antecedents patològics importants; intervinguda d'una litiasi biliar fa 5 anys, no pren medicaments, ni drogues i pren mig got de vi amb gasosa per dinar; només ha pres valeriana per dormir, amb poc èxit.

Ara li preguntarem per la història del son:

–MF: Una vegada va a dormir, triga més de mitja hora en agafar el son? O més de dues hores? Es desperta a la nit? Si es desperta, pot tornar a dormir? A quina hora posa el despertador? Es desperta abans?

–M: Generalment trigo dues o tres hores en poder dormir i a vegades em desperto i puc trigar una hora en tornar-me a adormir. Generalment em desperto amb el despertador.

–MF: A quina hora va a dormir? Hi ha sorolls a l'habitació? L'habitació és confortable?

–M: Vaig a dormir a les 11 de la nit i em llevo a les 8. No tenim sorolls, ja que els veïns de dalt no hi viuen i els de baix són grans i ni els sentim.

–MF: Què fa mentre no pot agafar el son?

- M:** *Hi ha cops que veig la televisió, en tenim una a l'habitació; altres vegades llegeixo, altres escric missatges pel mòbil i hi ha cops que apago el llum i escolto la ràdio.*
- MF:** *Veus la televisió al llit?*
- M:** *Si fan una pel·lícula o un programa que m'agradi, sí.*
- MF:** *Quan es lleva es troba cansada amb la sensació de no haver descansat?*
- M:** *Molts cops sí, em trobo xafada i fatigada i em costa fer la feina.*
- MF:** *Quants cops li passa a la setmana?*
- M:** *Gairebé cada dia.*

En aquest punt, ja podem dir que en la Maria el símptoma predominant és la dificultat per iniciar el son, que es desperta a la nit, li costa tornar agafar el son i, a més, el son no és reparador ja que li provoca fatiga i li dificulta fer les seves tasques diàries. També sabem que no pren alcohol ni cap droga ni medicaments que puguin interferir el son; ha pres valeriana ocasionalment.

També ens ha explicat que té el costum de veure la televisió al llit, escriure missatges amb el mòbil i també escoltar la ràdio.

Ara hem de valorar si hi ha algun tipus de trastorn del son, com apnees o cames inquietes, i si dorm durant el dia.

- MF:** *Fa migdiada? Durant el dia s'adorm?*
- M:** *No n'he fet mai. No, només estic cansada.*
- MF:** *Mentre dorm, el seu marit li ha dit que ronca o que es mou molt?*
- M:** *No, generalment no ronco i em moc poc.*
- MF:** *Ho preguntarem al seu marit per assegurar-nos-en.*
- M:** *Té molèsties a les cames abans d'anar a dormir o no les pot tenir quietes?*
- MF:** *No, no tinc cap problema i tampoc tinc rampes com el meu marit, que de vegades se li posen els dits del peu ben drets.*

Hem descartat altres tipus d'alteració del son, com síndrome d'apnees del son o cames inquietes; no fa tornos de treball (trastorn del ritme circadiari).

- Ara hem de fer una exploració física completa, demanarem una analítica bàsica amb proves de tiroides.**
- A la següent visita ve amb el marit, tal com li vam demanar, i ens confirma que no ronca ni es mou. Li expliquem a la Maria que l'exploració i els resultats de les anàlisis són correctes i que estem davant d'un insomni primari.**
- La Maria ens diu...**
- M:** *Doctor, no vaig pensar a dir-li que una amiga em va aconsellar prendre Atarax® (hidroxicina), que al seu pare li va donar el metge i li va bé, però a mi no em va bé.*

Pel que fa als antihistamínics es creu que un 25% de les persones amb insomni utilitzen medicaments de lliure dispensació, com antihistamínics. La recomanació és que no s'han d'utilitzar perquè tenen poca efectivitat, redueixen la qualitat del son i, a més, poden provocar somnolència diürna.

Quant a la fitoteràpia, d'herbes n'hi ha diverses, com arrel de valeriana, kava o herba de Sant Joan. Només hi ha evidència de resultats amb l'arrel de valeriana, ja que inhibeix el metabolisme del GABA.

Cal que en els nostres interrogatoris o entrevistes preguntem sobre productes de parafarmàcia, ja que aquests poden presentar interaccions amb altres fàrmacs, per exemple l'herba de Sant Joan (hipèric) si es pren amb ISRS o ISRSNA pot ocasionar una greu síndrome serotoninèrgica.

Abans d'iniciar el tractament, hauríem de donar una mínima informació sobre el son, tot i haver-hi escassa evidència sobre l'efectivitat d'aquesta informació, creiem que pot ajudar (educació per a la salut) (annex 16).

Hauríem d'insistir en una sèrie de mesures higièniques del son, tot i saber que per si soles no són efectives i han d'anar acompanyades d'altres intervencions, però ens ajudaran a adquirir millors hàbits o canviar aquells que no són correctes (annex 17).

Les teràpies cognitivoconductuals han demostrat la seva eficàcia, tot i que si es combinen amb tractament farmacològic són més efectives.

La teràpia de control d'estímuls parteix de la base que l'insomni és degut a conductes desadaptatives al dormitori, com llegir, mirar la televisió, etcètera (annex 18).

El control d'estímuls parteix de la base que l'insomni es produeix com una resposta condicionada desadaptativa a la repetida associació dels estímuls ambientals del dormitori i els rituals previs al son (posar-se pijama, rentar-se les dents, escoltar música, llegir, mirar la televisió, etcètera), amb la impossibilitat de dormir. La idea d'aquest tractament és reentrenar el pacient a associar el llit i dormitori amb el dormir. Això s'aconsegueix limitant les activitats incompatibles amb el son com llegir, parlar, menjar, mirar la televisió, etcètera.

La teràpia de privar el son es basa en el fet que el pacient pot aprendre a privar-se de dormir, reduint d'aquesta manera el temps d'estada al llit.

Les teràpies de relaxament es basen en la idea que la causa de l'insomni és una hiperexcitació.

Per tant, a la Maria li podríem aconsellar les mesures esmentades; podem donar-les-hi en un paper escrit, i a la consulta podem intentar fer un control d'estímuls, com:

- **No llegir ni mirar la televisió ni el mòbil ni escoltar la ràdio.**
- **Utilitzar el llit per dormir o fer activitats sexuals.**

Si després de 20-30 minuts no pot dormir, es pot aixecar del llit, anar a un altra habitació i fer algunes activitats relaxants, com llegir o fer algun exercici de respiració i no fer activitats estimulants com mirar la televisió, netejar, treballar, etcètera.

A la taula 6, podeu consultar una tècnica de respiració senzilla que podem explicar als nostres pacients i a l'annex 21, el full de registre del son.

Taula 6. Tècnica de respiració

Estirar-se boca enlaire en posició horitzontal.
Tancar els ulls.
Inspirar suaument, expirar tot l'aire. Fer-ho tres cops.
En la tercera respiració, treure tot l'aire i estar sense respirar el temps que es pugui, després tornar a fer tres respiracions suaus i tornar a aguantar la respiració.
Mentre s'aguanta la respiració imaginar-se una escena agradable.
Repetir unes vuit vegades el cicle (tres inspiracions i espiracions seguides d'un període de contenir la respiració).

–MF: Maria, ja sé que li dono molta informació, però no cal que s’ho llegeixi aquí, s’ho emporta a casa i si té algun dubte em pot trucar a la consulta; també li dono un full per registrar les hores de son i les que està desperta. Maria, sàpiga que sempre que tingui algun dubte pot trucar-me.

En la següent visita:

–MF: Hola Maria, com va l’insomni?

–M: Doctor, ha millorat però encara tinc problemes. Ara no em costa agafar el son, però segueixo despertant-me una o dues vegades i encara durant el dia estic fatigada. Li porto el full del son (figura 3).

–MF: Sembla que hem avançat, però encara ens falta. Maria, quan es desperta fins quan no es torna a adormir?

–M: Entre una hora i hora i mitja, generalment em desperto a les 2 de la matinada i són les 3 i encara estic desperta, i a les 5 hi torno; als voltants de les 6-6,30 m’adormo fins les 8, que em desperto.

–MF: Si mirem el full del son, veiem que de les 9 hores que està al llit en dorm només 6; per tant, té una eficiència del son (temps dormit / temps al llit) del 66%. Considerem son eficient per sobre del 85% -90%.

–MF: Maria, què li sembla si utilitzem una altra tècnica senzilla, que podem complementar amb les altres?

–M: Bé doctor. Serà molt difícil?

–MF: No Maria, se’n diu restricció del son. Li explico el que ha de fer. Com que ara ja ha millorat l’inici del son, li proposo reduir el temps de dormir, vull dir, vostè va a dormir a les 2 de la matinada i posa el despertador a les 8, d’aquesta manera ajustarem les hores de son amb les hores de dormir. Sé que és una mica difícil, també hi ha alguna possibilitat que no vagi bé, però si vostè està d’acord ho podem provar durant 10 dies i si vostè va dormint, anirem incrementant les hores de son.

La Maria diu que tot i no voler prendre pastilles ara es veu atrapada, però ho intentarà.

–M: Doctor, puc prendre valeriana?

–MF: No hi veig cap problema; li proposo anar a dormir a les 2 de la matinada i m’apunta en el full, si es desperta, l’hora, igual com va fer amb l’altre full.

La Maria diu que seria més fàcil prendre una pastilla.

–MF: Li dic que de moment sí, potser dormiríem, però també té els seus problemes, però si fa falta, i vostè ho decideix, farem un tractament amb fàrmacs.

–M: Provem una setmana més.

DATA	23.30 h	24 h	1.45 h	2 h	3.30 h	4 h	5 h	6.30 h	7 h	8 h
1	A			D	A		D	A		L
2	A		D		A		D	A		L
3	A			D 2.10 h	A		D	A		L
4	A			D 2 h	A 3.45 h		D	A		L
5	A			D 2 h	A 3 h		D	A		L
6	A		D 1.45 h		A 3.15 h			A		L

A: hora d’anar a dormir; D: despertar; L: hora de llevar-se.

Figura 3. Resum del full del son de la senyora Maria.

Nova visita

La Maria em porta el full del son (figura 3). En el full veiem que de les 6 hores que està al llit en dorm 5, amb una eficiència del son del 83%; per tant, estem pròxims al 85% i tan sols fa 6 dies.

–MF: Maria, com ho porta?

–M: Miri doctor, em costa esperar a les dues de la matinada, he d'estar al menjador llegint llibres, revistes; també prenc infusions de valeriana; he fet els exercicis de respiració quan veia que em posava neguitosa, m'han anat bé. Com ho veu, doctor?

–MF: Maria, crec que va millorant i només fa 6 dies; si li sembla bé, seguirem fins fer 15 dies més i tornarem a valorar el full; segueixi fent tot el que fa, que ho fa molt bé i pot estar orgullosa i contenta dels progressos que fa. Li repeteixo que em pot trucar quan tingui un problema.

DATA	23 h	24 h	1 h	2 h	3 h	4 h	5 h	6 h	7 h	8 h
1				A 2.10 h			D	A		L
2							D	A		L
3				A 2.10 h						L
4				A 2.10 h					D	L
5				A 2.10 h					D	L
6				A 2.10 h					D 7.30 h	L

Figura 4. Full de registre del son de la senyora Maria.

■ Restricció del son

Les persones amb insomni tenen tendència a quedar-se al llit més temps del necessari. Aquesta estratègia, la restricció del son, intenta produir una lleugera falta de son i així evitar les interrupcions del son i aconseguir un son més profund. Per aconseguir-ho, reduïrem la quantitat d'hores que els pacients es passen al llit per intentar aproximar-les al temps òptim.

La restricció del son no podrà ser mai inferior a 5 hores. Abans d'aplicar la tècnica, s'ha d'avaluar el temps total que la persona està al llit i el temps que dorm (eficiència del son = temps al llit / temps dormint). A mesura que millora l'eficiència del son, incrementarem el temps entre 15 i 20 minuts setmanalment, fins que el pacient estigui 7 hores al llit o la seva eficiència de son sigui del 85% o més.

Inicialment, els pacients passaran un temps considerable fora del llit i el seu estat d'ànim durant el dia i el seu funcionament pot reduir-se; la privació parcial del son fomenta una millora de la quantitat i qualitat del son. És necessari explicar al pacient que aquest sacrifici inicial produirà guanys a llarg termini.

La Maria va tornar a la següent visita amb una eficiència del son del 90%. Més contenta, ja no tenia tanta fatiga i havia aconseguit no prendre fàrmacs, però seguia amb la valeriana. Referent a la valeriana, és l'única planta (només les arrels) junt amb la melisa que tenen una evidència subjectiva d'utilitat.

Hem de fer referència a la relació entre el dormir i la salut. Hi ha molts estudis que demostren una bidireccionalitat entre el dormir malament i patologies com malalties cardiovasculars, diabetis o alteracions respiratòries.

Per exemple, persones que dormen menys de 5 hores tenen tres vegades més possibilitats de tenir un infart, i els pacients amb malaltia coronària sovint es queixen de tenir algun trastorn del son.

Fins al 50% de l'insomni crònic pot relacionar-se amb trastorns mentals com ansietat, trastorn bipolar, psicosi o depressió.

També la qualitat del son és dolenta en pacients que pateixen MPOC i asma.

L'insomni també es relaciona amb pacients que presenten pluripatologia crònica.

Les causes d'insomni secundari es poden consultar a l'annex 19, els medicaments que poden causar insomni a l'annex 20, el diari del son a l'annex 21 i el diagnòstic diferencial de l'excessiva somnolència diürna, a l'annex 22.

Hi ha diverses escales que ens orienten sobre diferents aspectes del son com:

- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Ens pot aportar molta informació sobre la qualitat i les característiques de l'insomni. Consta de 19 ítems i pot orientar al clínic sobre els components del son més deteriorats (annex 23).
- Test d'Epworth. Intenta mesurar la somnolència diürna en pacients amb síndrome apnea-hipoapnea del son, però molts estudis no han demostrat una correlació adequada entre la somnolència durant el dia i un índex apnea-hipoapnea patològic. La major utilitat d'aquesta escala és per valorar la modificació de la puntuació després d'instaurar un tractament (CPAP) (annex 24).
- Un altre qüestionari, com el de Berlin, ens serveix per fer cribatge de la síndrome apnea-hipoapnea (annex 25).

Cas 5

Depressió. Mindfulness

La Natàlia és una dona jove de 43 anys, viu amb la seva parella des de fa 15 anys i tenen dos fills de 3 i 7 anys; treballa de metge de família en un centre d'Atenció Primària. No refereix antecedents patològics importants i no té hàbits tòxics, excepte que és fumadora de 10 cigarretes/dia. Va a la consulta del seu metge de família per explicar-li que des de fa 5 mesos es troba molt cansada, té mal de cap gairebé cada dia, sobretot a les tardes; diu que els nens la superen; se sent molt trista.

La Natàlia és obesa, es mostra una mica descuidada, apàtica, inexpressiva, li costa mantenir el contacte visual i dirigeix la mirada cap a terra.

El metge vol explorar la funcionalitat de la Natàlia.

–MF: Natàlia, fas les feines de casa, el menjar dels nens...?

–N: No tinc ganes de fer res, fa dies que ho faig a contracor i em sento molt culpable de no tenir ganes de dedicar-me als meus fills, que són el millor que tinc.

–MF: El teu marit col·labora a casa?

–N: Estic molt decebuda de la meva parella, ja no em sento enamorada d'ell; fa força temps que no tenim relacions ni converses apassionades com teníem abans; sento que ell està molt distant. De fet, fa unes setmanes que em va proposar que volia separar-se.

Diu que li costa dormir i que es desperta totes les nits cap a les 3-4 h. Està molt angoixada perquè no es veu capaç de seguir treballant amb els pacients, es troba sobrepasada. Ahir ja no va poder anar a treballar.

Ella sempre havia estat una persona motivada i amb molta iniciativa i ara no té il·lusió per la feina ni per res. Sensació de buidor. Dubta de tot, no té res clar.

El metge li pregunta per la concentració i ella li explica que abans llegia un llibre cada 15 dies i estudiava, però que últimament no es concentra.

Té sentiment de solitud, d'abandonament.

–MF: Tens ganes de viure?

–N: Darrerament he tingut ganes de desaparèixer, de morir-me, però ni m'ho plantejo, què farien els meus nens sense mi?

El metge explora els antecedents psicopatològics personals i familiars de la Natàlia, que li explica que la seva mare va patir una depressió arran de la mort d'un germà; ella no ha patit cap trastorn mental previ.

■ Quines àrees serien les més importants a explorar durant l'entrevista clínica per tal d'arribar a un diagnòstic?

- Els símptomes, la funcionalitat.
- Els antecedents personals i familiars de trastorns mentals.

- c) Trets de personalitat.
- d) El context de la pacient i les idees de suïcidi.
- e) Totes.

A la figura 5 es resumeixen les àrees a explorar en el pacient

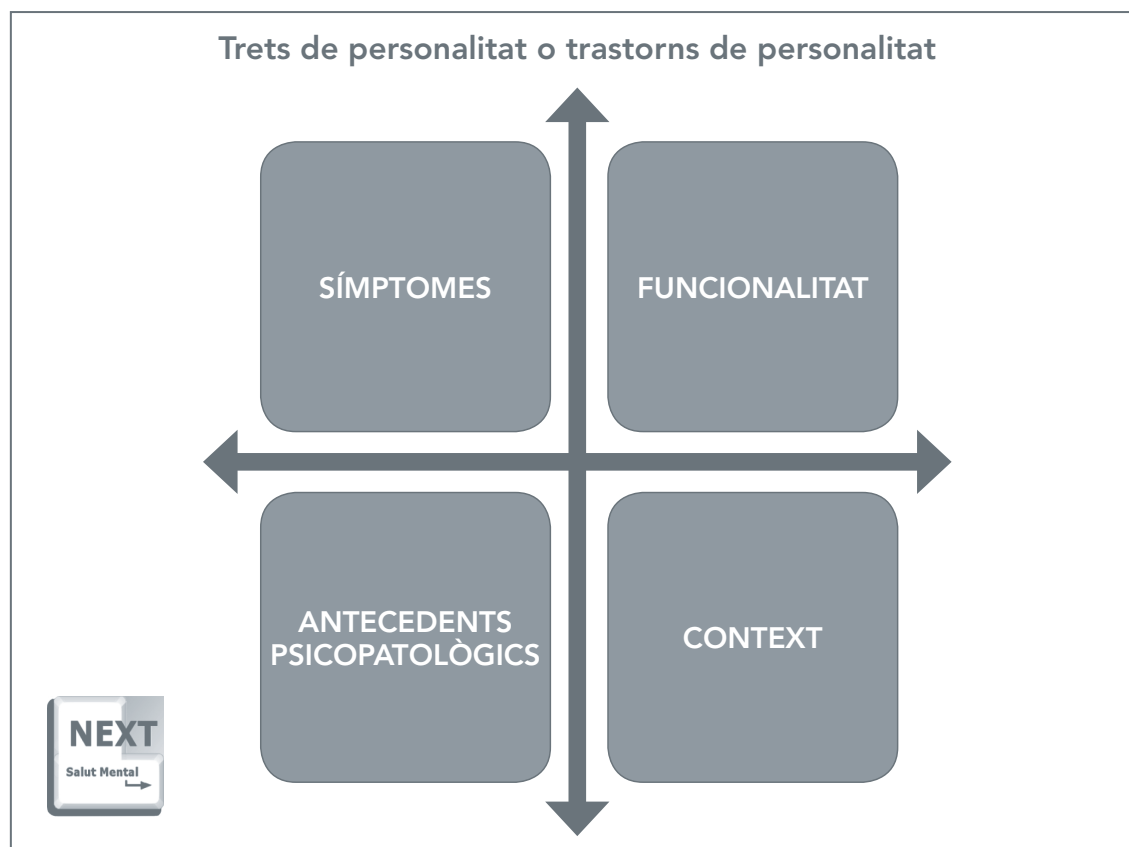


Figura 5. Àrees a explorar.

■ Quin és el diagnòstic de la Natàlia?

Els símptomes que pateix són: cansament, cefalea, tristesa, apatia, insomni de conciliació i despertar precoç, falta de gana, falta de concentració i sentiments de culpabilitat.

Respecte a la funcionalitat, fa mesos que li costa fer les coses, darrerament els nens la superen i ahir ja no va poder anar a treballar.

No té antecedents psicopatològics personals, però té antecedents familiars: la seva mare va patir una depressió; el seu context familiar ha canviat, es troba en procés de separació, treballava i li agradava molt la seva feina.

El metge ha explorat ideació autolítica, sembla que té ganes de desaparèixer però no té cap planificació establerta, ni ganes de fer-se mal, ni antecedents personals o familiars d'intent de suïcidi.

La Natàlia no reconeix consum de tòxics ni clínica maníaca alternada amb episodis depressius (descartem el trastorn bipolar).

El fet que hi hagi afectació de la funcionalitat ens faria pensar en una depressió moderada i, per tant, hauríem de valorar l'ús de fàrmacs antidepressius conjuntament amb altres recomanacions.

Seguim explorant:

–MF: *Fas exercici de forma habitual?*

–N: *Acostumava a anar a la piscina, però darrerament ho he deixat per falta de temps.*

–MF: *Creus que aquests dies que estaràs de baixa podries intentar tornar a fer esport?*

–N: *Ho intentaré, tot i que no tinc ganes de res.*

Volem recomanar a la nostra pacient la **pràctica habitual d'exercici físic**. A la taula 7, us mostrem el resum de les recomanacions bàsiques.

Taula 7. Recomanacions bàsiques sobre la pràctica habitual d'exercici físic

L'exercici físic aeròbic pot ser eficaç per reduir els símptomes en la depressió lleu o moderada.
Es pot recomanar la pràctica d'activitat física, com córrer, caminar, nedar o anar amb bicicleta almenys durant mitja hora, de tres a cinc dies a la setmana.
Els efectes positius es deuen tant a efectes fisiològics directes de l'exercici en l'acció dels neurotransmissors com al fet que l'exercici distreu, ajuda a activar el pacient amb tendència a la inhibició, ajuda a l'augment de l'autoestima i facilita la socialització, si l'activitat física es fa acompanyat o en grup.
La recomanació d'exercici físic s'ha de fer tenint en compte l'estat físic i preferències del pacient (p. ex., en persones amb poc hàbit de fer exercici o amb limitacions per l'edat o l'estat físic es pot recomanar caminar) i els recursos disponibles en la comunitat (clubs esportius, gimnasos, grups de passeig, etc.).

Font: Pròpia.

–MF: *En el teu dia a dia surts a caminar pel barri?*

–N: *Quan acompanyo els meus fills a l'escola, anem a peu.*

Una altra recomanació que podem fer a la Natàlia serà practicar **mindfulness**. El *mindfulness* es podria traduir com atenció plena o atenció conscient.

La consciència que sorgeix al prestar atenció intencionadament i amb una actitud amable, necessària per suspendre els judicis i acceptar la realitat tal i com és, no com ens agradaria que fos.

■ Per què pensem en el *mindfulness* en aquest cas?

El *mindfulness* pot ser un bon tractament coadjuvant en la depressió major que pateix la Natàlia, perquè és un tipus d'atenció innovadora «centrada en el pacient». El pacient deixa de ser pacient i agafa un paper actiu en la cura de la seva salut.

El *mindfulness*, o cultivar l'atenció plena, sorgeix quan posem atenció a les coses tal i com són, de forma deliberada, en el moment present i sense jutjar. Ens pot ajudar a viure amb major plenitud i afrontar de manera més eficaç els reptes de la vida.

Practicar *mindfulness* pot aportar major serenitat, millor atenció i millor harmonia en les relacions interpersonals. També redueix l'estrès i genera resiliència*; es considera una intervenció complementària.

***Resiliència.** Capacitat de l'individu per a afrontar amb èxit una situació desfavorable o de risc, i per a recuperar-se, adaptar-se i desenvolupar-se positivament davant les circumstàncies adverses (Diccionari.cat).

Volem ensenyar a la Natàlia a practicar mindfulness i li fem una proposta d'una pràctica concreta:

–MF: Natàlia, què et semblaria provar, aquesta setmana, sobretot en el camí de tornada de l'escola, de prestar atenció en el moment de caminar, fent-ho més a poc a poc, notant com al caminar i avançar un peu canvia la distribució del pes del teu cos una i una altra vegada; com es recolza la punta i després el taló; sentint l'aire fresc, el soroll dels ocells, cotxes, persones que caminen pel teu costat o que parlen; mirant els edificis que et vas trobant pel camí... El proper dia comentarem com t'ha anat.

Es poden practicar experiències d'atenció plena en les activitats de la vida quotidiana:

- Menjar amb atenció plena (mirar, tocar, olorar, degustar, empassar, seguir la deglució i experimentar com es sent el nostre cos després d'aquest exercici).
- Fer les activitats de casa: rentar plats.
- Dutxar-se, rentar-se les dents.
- Caminar amb atenció plena.

Ens ajuda a ser conscients que ens perdem molt quan ens desconnectem de la riquesa d'informació que ens aporta l'experiència sensorial.

Una altra proposta concreta de la pràctica del *mindfulness* seria prestar atenció a la respiració.

–MF: Si et sembla, farem una pràctica de respiració, ara a la consulta; la farem plegats: seurem enrere i amb l'esquena ben recolzada, posarem els braços damunt de les cames; tancarem els ulls i ens concentrarem en la respiració, en com entra l'aire pel nas i com surt, notarem l'escalfor de l'aire sobre el llavi superior una i una altra vegada; com l'aire entra pel nas i es va distribuint per tot el nostre cos cap els braços i les cames... tot comptant 20 respiracions de forma conscient, cíclica, de l'1 al 10 i tornar del 10 a l'1. Intenta fixar-te en les sensacions que es desperten al respirar en un lloc del teu cos. Pots fer l'exercici durant 20 cicles o més, com tu vulguis. No intentis canviar la respiració ni controlar-la, senzillament es tracta d'observar el flux de l'aire i les sensacions que es produeixen. Mentre ho estem fent, potser que apareguin pensaments, no lluitarem contra ells, els reconeixem i els posarem en un segon pla i seguirem concentrats en com entra i com surt l'aire pel nas una i una altra vegada.

L'atenció a la respiració ajuda a calmar la ment. La nostra ment tendeix a anar de forma caòtica d'un tema a un altre.

■ Com podem entrenar la ment perquè estigui menys dispersa i més present?

Quan intentem suprimir pensaments, la resistència genera persistència.

Les persones que han patit depressions abans és probable que s'esforcin molt per mantenir a ratlla els pensaments negatius i acaben deprimint-se més.

Durant 3-5 minuts podem seguir amb la tècnica de la respiració; llavors li comentem a la Natàlia que en uns moments obrirem els ulls a poc a poc i que ens agradaria que pugui expressar com s'ha sentit.

–MF: Natàlia, com t'has sentit mentre realitzàvem la tècnica de la respiració?

–N: No ho sé explicar.

–MF: Respecte a la freqüència respiratòria?

–N: Potser sí que he notat que ha anat baixant poc a poc, estava més accelerada a l'inici.

–MF: I això com et fa sentir?

–N: Potser puc arribar a sentir més pau dins meu.

–MF: D'acord, doncs si et sembla, ho podries practicar a casa, a estones. Quan acabis fixa't en l'efecte que ha tingut en el teu cos i en la teva ment.

Un recurs intern és el nostre cos, quan ens perdem en els nostres pensaments prestem molt poca atenció a les **sensacions físiques del nostre cos** que ens poden proporcionar una **informació** molt valuosa del **nostre estat mental i emocional**. Centrar-nos en aquestes sensacions evita que caiguem en la trampa mental.

Mindfulness difereix de les teràpies que tracten l'estrès des del pla cognitiu, perquè no emfatitza que la persona jutgi les seves emocions com a positives o negatives, ni intenti modificar certes creences considerades irracionals o desadaptatives. Aquest model pretén aconseguir major consciència del pensament, per observar-lo de forma desvinculada, sense jutjar-lo, assumint la seva naturalesa efímera i la seva capacitat d'arrossegar-nos en diferents ocasions, sense reaccionar impulsivament.

■ Quin és el pla terapèutic més adient per a la Natàlia?

- Informació general sobre la depressió.
- Mesures d'autocura: higiene del son, dieta, exercici físic, evitar consum de tòxics, realització d'activitats plaents.
- Utilització dels recursos comunitaris, socials i familiars.

Citem la Natàlia la propera setmana o en un màxim de 15 dies; li donem la baixa laboral, iniciarem tractament farmacològic amb un antidepressiu ISRS conjuntament amb les recomanacions anteriors.

Una setmana després la Natàlia torna a la consulta, explica que ha descobert que hi havia una botiga nova al barri que sembla que portava oberta tres mesos... que se n'adona que va molt de pressa en el dia a dia.

–N: Me n'he adonat que corria massa i m'estava perdent coses.

Li recomanem que segueixi fent el mateix al caminar i que aquesta propera setmana triï una altra tasca rutinària, com dutxar-se o rentar-se les dents i que ho provi de fer amb atenció plena.

–MF: Com et trobes la major part del temps?

–N: ... el que més em preocupa és la sensació de no poder posar les coses en ordre, voldria estar en un altre lloc, em sento molt inútil i culpable per sentir-me així i de no poder cuidar els meus fills com cal; no em veig capaç d'afrontar la consulta i escoltar els problemes dels altres. No sé si me'n sortiré...

–MF: El sentiment de culpa davant de situacions estressants i el pensament recurrent que és la nostra responsabilitat solucionar fan que ens esforcem i ens esgotem; com que es-

tem cansats, renunciem a les activitats d'oci que ens nodreixen i ja només ens queden la feina i les obligacions, que ens van carregant cada cop més i ens esgoten les energies. Aquesta renúncia va reduint la nostra vida i ens va aïllant.

La depressió fa que ens comportem d'una forma diferent i el nostre comportament pot alimentar la depressió en si mateixa. No hi ha dubte que la depressió afecta les decisions que prenem respecte al que fem o deixem de fer.

Quan fem eleccions basades en estats depressius, és probable que aquestes ens mantinguin enrocats en la infelicitat.

■ Què podem fer per evitar que l'emoció normal i comprensible negativa no ens arrossegui en una espiral descendent?

Prendre consciència de les interconnexions entre els esdeveniments externs, els sentiments, pensaments i comportaments, i com aquests elements poden activar els altres i tota l'espiral de depressió pot ajudar a veure altres formes noves de relacionar-se amb l'experiència en el moment present. Fins i tot a tractar-nos de forma més amable en els moments que ens sentim més vulnerables.

Cultivar l'atenció plena que sorgeix quan posem atenció a les coses tal i com són, de forma deliberada, en el moment present i sense jutjar (els judicis de qualsevol tipus impliquen que les coses han d'estar a l'alçada d'algun estàndard intern o extern).

L'atenció plena es centra en l'experiència, en experimentar de forma directa el moment present. Diferent de la **rumiació** que, per contra, projecta pensaments del passat o cap al futur imaginari; sol ser automàtica, equival a la inconsciència, a perdre's en el pensament.

–MF: Bon dia, Natàlia, com t'ha anat les darreres dues setmanes?

–N: He tingut moments de tot, però en general em trobo més tranquil·la; dormo una mica millor, no em desperto tant a les nits i començo a tenir ganes de fer algunes coses; gaudeixo una mica més fent activitats amb els meus fills. Em sento bé quan surto a caminar els matins i he aconseguit tornar a agafar la bici. Procuo fer exercici amb atenció plena i me n'adono que tot i estar revolucionada en determinats moments i no poder aconseguir la tranquil·litat en aquell instant... al final del dia em sento globalment millor; tinc més ganes de viure i em sento més reforçada i atenta per aturar els pensaments rumiatius i això sento que m'ajuda a trobar-me millor.

Cal tenir en compte que:

Els pensaments negatius tenen un paper molt important en la depressió.

Els pensaments determinen l'estat d'ànim, **no són els esdeveniments en si els que determinen les nostres emocions**, sinó les nostres creences o interpretacions respecte aquests esdeveniments.

El que pensem depèn fonamentalment de la nostra interpretació dels esdeveniments.

I les nostres reaccions emocionals depenen de la història que ens expliquem a nosaltres mateixos, del continu comentari mental que interpreta les dades que rebem del medi amb tots els sentits.

És freqüent que **hi pugui haver diferents interpretacions per a una mateixa sèrie de fets**. Però quan estem deprimits és probable que escollim la interpretació més negativa.

■ Com podem aconseguir augmentar la consciència en tot allò que fem?

Començar a viure el present en el aquí i ara; aprendre a veure els nostres pensaments com a esdeveniments mentals que van i venen com si fossin núvols.

Així podrem evitar no deixar-nos arrossegat pels pensaments.

Deixar de voler que les coses siguin d'una determinada manera i viure-les tal i com són.

–MF: Natàlia, segueix fent més allò que et funciona i la il·lusió anirà recuperant-se poc a poc... Tenir consciència del que fem ens aportarà més felicitat.

La Natàlia torna al cap de tres setmanes, vol tornar a treballar, diu que ara ja es troba amb forces i que necessita normalitzar la seva vida i la part laboral, que ocupa un espai important a la seva vida...

–N: Vull tornar a la feina aviat, em trobo millor i entenc que he començat un procés de creixement personal que necessito seguir d'ara endavant. M'apuntaré a un taller de mindfulness que he vist que fan al casal del meu barri per seguir amb la meditació. Me n'he adonat que des que tinc els nens i les múltiples obligacions de cada dia havia perdut un espai personal molt necessari per equilibrar la meua salut mental i estic decidida a recuperar-lo.

–MF: Practicant mindfulness ens adonem que disposem de més temps (temps de qualitat) i que ens cuidem poc. Tenir una alimentació saludable, fer exercici físic, cuidar el cos, la ment, tenir un temps de descans i cultivar les relacions afectives que ens enriqueixin ens ajudarà a ser més feliços. Hem d'aprofitar el temps per fer allò que dona sentit a la nostra vida.

La Natàlia, un cop s'ha produït la remissió total de la simptomatologia depressiva que ens va portar a iniciar el tractament farmacològic juntament amb totes les altres mesures de suport com l'exercici físic, counselling..., segueix el seu procés i fa visites de seguiment, cada tres mesos, a l'AP, per tal d'assegurar el compliment terapèutic i detectar possibles recaigudes.

L'evolució de la Natàlia ha estat bona.

La depressió crea una connexió en el cervell entre l'estat d'ànim trist i els pensaments negatius, de manera que fins i tot la tristesa normal pot tornar a despertar pensaments negatius de gran magnitud. El 50% de les persones que experimenten depressió tornen a tenir-la tot i semblar que s'han recuperat completament. Després d'un segon o tercer episodi, el risc de recurrència augmenta fins al 80-90%. Les persones que hagin patit una depressió per primera vegada abans dels 20 anys tenen més risc de tornar a estar deprimides.

Al cap d'un any de l'inici de la simptomatologia torna al seu metge, es troba bé i es planteja retirar el tractament farmacològic davant l'estabilitat de l'episodi, des de fa mesos.

–MF: Natàlia, què has après després de tot el patiment d'aquests darrers mesos?

–N: Reconec que se'm van ajuntar massa coses (els nens petits, la relació de parella deteriorada, la pressió assistencial a la consulta en l'entorn de crisi econòmica i amb les dificultats de l'entorn actual, on amb la tecnològització s'esperen respostes ràpides i màgi-

ques per a la cura del patiment inherent a viure i en una societat on les xarxes de suport familiar, amics, la religió... ja no sostenen el malestar de les persones, i aquestes consulten per a tot al metge... El que més clar tinc ara és que per poder cuidar els pacients cal que els professionals de la salut dediquem un temps a cuidar-nos nosaltres mateixos. El mindfulness ha estat un gran descobriment, ens pot ajudar a prendre decisions complexes perquè ens ajuda a moure'ns en un marc amb menys ansietat, a calmar l'agitació mental, a reconèixer les nostres emocions, que les sentim en el propi cos i, així, poder confiar més en la nostra intuïció a l'hora de decidir.

Prestar atenció de forma intencionada ens permetrà:

- Millorar la nostra salut mental i física.
- Millorar la regulació emocional, importantíssim per a la vida, per poder aprofundir en les relacions personals; i, a més a més, per a la nostra feina de metge de família per millorar la relació terapèutica amb el pacient (és l'única eina eficaç per entendre i atendre el pacient).
- També ens permetrà ser més eficients a la feina, l'estat de flux ens permetrà ser més creatius i millorarà la qualitat i el rendiment.

En conclusió, podem dir que *mindfulness*, cultivar l'atenció plena, pot ajudar a deixar de banda les penes del passat i les preocupacions respecte al futur. Afavoreix la flexibilitat mental i permet obrir noves opcions possibles.

Ens ajuda a recuperar el contacte amb nosaltres mateixos, amb els nostres recursos interns i externs (alguns dels quals ni tant sols coneixem o no en som conscients).

Pot ajudar-nos a viure amb major plenitud i afrontar de manera més eficaç els desafiaments de la vida. Els seus beneficis no deriven del seu coneixement sinó de la pràctica diària.

Les pràctiques meditatives solen tardar un temps en revelar tot el seu potencial; cal posar-s'hi una vegada i una altra amb una actitud oberta i curiosa, sense intentar forçar cap tipus de resultat.

Es tracta d'una forma completament nova d'aprenentatge que val la pena experimentar; evitar la tendència que tots tenim a intentar que les coses siguin d'una determinada manera i a treballar per permetre que les coses siguin el que són en cada moment.

Les intervencions basades en *mindfulness* estan orientades a cuidar, fent ús dels recursos del propi pacient i convertint-los en participants actius.

Mindfulness orientat a cultivar la consciència plena en la pràctica mèdica pot fer que els professionals de la salut aconseguixin una millora significativa en el seu benestar i en la capacitat per relacionar-se amb els pacients de forma empàtica (amb afecte, amabilitat, alegria, sensibilitat, imaginació, discreció i tacte).

L'autocura és molt important en els professionals que atenen persones que pateixen. No dedicar temps a cuidar-se pot augmentar l'estrès que pot causar problemes de salut mental en els professionals.

Cas 6

Prescripció social

L'Àngela té 81 anys, és natural de Manzanares. Va venir a viure a la nostra ciutat l'any 1959. Té dos fills que viuen fora de Sabadell. És vídua des de fa dos anys. Té un net que ha viscut a casa seva fins fa un any.

L'Àngela és obesa, pateix d'hipertensió arterial, poliartròsi i insomni. Hiperfreqüentadora. No té antecedents de malaltia psiquiàtrica, ni personals ni familiars.

Viu sola i li costa sortir de casa. Té dificultats per relacionar-se amb els altres.

Fa dos anys va morir el seu marit. Va presentar un dol difícil, perquè no tenia amb qui compartir el seu patiment. Va ser derivada al grup de dol del CAP, amb una bona resposta. L'Àngela refereix, des de fa temps, patiment emocional amb tristor i insomni. En ocasions, el seu nebot va a veure-la a casa seva i refereix que aquell dia és molt feliç. La relació amb els seus dos fills és molt esporàdica. El millor moment del dia és pels matins quan va al mercat a comprar, té bona relació amb les venedores.

L'Àngela segueix controls en l'Atenció Primària. La seva funcionalitat està mantinguda. El seu metge de família (MF) ha valorat el seu estat d'ànim amb l'entrevista clínica i els qüestionaris de depressió dels que disposem, i ha descartat una depressió major. L'Àngela necessita un seguiment clínic, ja que té risc d'emmalaltir. Les eines de primera línia que posseïm en l'Atenció Primària, com ara la relació terapèutica i la contenció emocional, ens són útils per fer el seguiment i la contenció del seu patiment. L'Àngela continua expressant el seu malestar i ens ha demanat en diverses ocasions que li donem algun tractament farmacològic. L'Àngela no té indicació de tractament farmacològic antidepressiu i pren una benzodiazepina per anar a dormir. Hem utilitzat eines de segon nivell com ara la indicació de fer exercici físic i deixar-se aconsellar, però segueix sense millorar. Fa un temps, atès que va expressant que es troba molt sola, li vam aconsellar que intentés relacionar-se amb d'altres i li vam indicar que anés al casal cívic del barri per tal d'intentar fer alguna activitat. Sembla ser que no hi va anar.

Ens plantegem utilitzar altres eines per ajudar l'Àngela. Al nostre centre disposem, des de fa un temps, d'un programa de prescripció social (PS) i pensem que l'Àngela se'n podria afavorir. Seguint el protocol, veiem que l'Àngela compleix els criteris de cribatge: vídua i hiperfreqüentadora a les consultes d'Atenció Primària (AP).

■ Què és la prescripció social?

La prescripció social (PS) és una eina de prevenció primària de salut mental amb la qual els professionals de l'Atenció Primària poden guiar i incentivar els pacients a fer ús dels recursos comunitaris no sanitaris existents al barri.

La prescripció social té com a objectiu principal disminuir l'aïllament social, millorar la salut mental positiva i la qualitat de vida de les persones, mitjançant la seva participació en activitats comunitàries.

Els beneficis i evidències de la prescripció social es poden consultar a l'annex 27, i a qui va dirigida a l'annex 28.

Per tal de valorar el seu risc d'aïllament, li fem tres preguntes concretes i consensuades per l'equip; si contesta no a alguna de les tres preguntes, pensarem que probablement es pot afavorir d'una PS:

–MF: Àngela, té propostes per distreure's i sortir amb altres persones tant com desitja? Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes tant com li agradaria? Té persones que es preocupen del que li passa?

–A: Tot i que el meu nebot em visita ocasionalment i als matins, quan vaig al mercat, m'ho passo bé, no tinc a ningú amb qui sortir ni poder parlar de les coses que em preocupen.

L'Àngela presenta criteris d'inclusió al programa de PS. Coneixem bé l'Àngela i no té cap criteri que impossibiliti que pugui portar a terme una activitat a la comunitat.

Cal valorar els **criteris d'exclusió**:

- › Limitacions estructurals i funcionals del lloc on es desenvolupi el programa.
- › Malalties greus.
- › Mobilitat reduïda.
- › Si precisa recursos especials que el programa no li pot oferir.

Ens plantegem proposar a l'Àngela portar a terme una activitat comunitària. En primer lloc li expliquem en què consisteix la PS i els seus beneficis.

–MF: Àngela, ha de saber que sortir de casa i fer activitats al barri és bo per a la seva salut, tant psicològica com física. La participació en alguna activitat al barri li podria servir per tenir un estil de vida més saludable i d'aquesta forma sentir-se més contenta. Què n'opina vostè?

En aquest punt cal fer una valoració motivacional davant la possibilitat de ser derivada a una activitat comunitària.

–MF: Àngela, com valoraria la possibilitat de sortir de casa algun dia a la setmana per fer algun tipus d'activitat al barri? Quines coses bones i dolentes hi veu?

–A: Doctor, ja ho sé que m'aniria molt bé i de fet ja m'ho he plantejat i ho he intentat algun cop. En una ocasió vaig acostar-me al centre cívic però no vaig ser capaç d'entrar, em feia vergonya perquè no coneixia a ningú. Per altra banda, no tinc clar si m'hi trobaria bé.

–MF: És important que valori positivament fer una activitat. Quant a les dificultats, nosaltres la podríem ajudar.

–A: Té raó doctor, però ara mateix no ho veig clar. Ja m'ho pensaré.

L'Àngela es trobava ambivalent, estava en una fase contemplativa. En aquest moment motivacional no estava indicat fer cap intervenció. Li vam entregar una informació escrita on s'explica la importància dels determinants socials de la salut i els beneficis de sortir i fer activitats per a la salut de les persones. La vam citar per al cap de dos mesos, tal com s'ha acordat en el protocol, per fer una nova valoració motivacional.

Les tècniques d'entrevista motivacional són la millor eina per saber quin és el millor moment per fer la indicació. Les fases motivacionals són les següents:

- Precontemplativa: la persona no té intenció de canviar el seu comportament en un futur pròxim.
- Contemplativa: la persona és conscient que ha de canviar però no està preparada per al canvi. Ambivalència.
- Preparació: la persona es planteja fer el canvi aviat.
- Acció: el pacient està disposat a fer el canvi. Compromís de canvi.

Per saber més sobre recursos comunitaris podeu consultar l'annex 29.

Al cap de dos mesos l'Àngela torna a la consulta:

–MF: Hola Àngela, com van les coses? Fa dos mesos vàrem parlar que valoraria la possibilitat de fer alguna activitat al barri. S'ho ha pensat?

–A: Em vaig llegir el fulletó que em va donar i em va fer rumiar. L'altre dia va venir el meu nebot i va sortir el tema. Ell creu que passo massa hores sola a casa i que em podria anar bé sortir i parlar amb la gent. Ahir em veia decidida, però em fa una mica de por.

L'Àngela es troba en fase de preparació.

–MF: Miri Àngela, la veig motivada i crec que si li donem una empenta ho podem aconseguir. Si vostè vol, jo la puc ajudar. Ja li vaig comentar que al nostre CAP disposem d'un programa per ajudar-la a donar el pas. Què li sembla?

–A: Bé, d'acord, ho intentaré. Me'n fio de vostè, ja ho sap.

–MF: Si li sembla bé, quedem per parlar-ne amb tranquil·litat. En aquest díptic hi trobarà quins tipus d'activitats fan al barri. Com pot veure, n'hi ha de molts tipus. Si vol, el pot llegir amb el seu nebot i el proper dia l'ajudo a triar-ne alguna.

Li entreguem un full de resum d'activitats on estan recollides els tipus d'activitat que es fan al barri, per tal que faci una primera prioritització de quines activitats li podia venir més de gust fer. La citem per al cap d'uns dies per acompanyar-la en la tria de l'activitat.

■ Acompanyament

L'acompanyament és fonamental. Hem d'acompanyar el pacient a triar l'activitat que millor s'ajusti a les seves característiques personals i que també es trobi dins dels seus valors personals.

Al cap d'una setmana, l'Àngela acut a la nostra consulta decidida a portar a terme un canvi.

–A: Hola, doctor, l'altre dia, amb el meu nebot, vàrem llegir totes les activitats que fan al barri. N'hi ha moltes i molt interessants!

–MF: Àngela, veig que ve amb moltes activitats subratllades. Sembla que li interessin les activitats que tenen a veure amb l'exercici físic. Em sembla perfecte. Miri, hi ha quatre llocs que li podrien anar bé...

Acompanyem l'Àngela en la tria de l'activitat: gimnàstica de manteniment per a gent gran, al pavelló esportiu del barri.

–MF: Miri, li dono aquest full d'activitat on consten, tal com hem comentat abans, el lloc, els horaris i el responsable de l'activitat, en Manel. Espera tres o quatre dies en anar-hi, jo em posaré en contacte amb l'entitat per tal que n'estiguin assabentats i la puguin acollir sense cap problema.

Seguint amb el protocol del centre, ens vàrem posar en contacte amb el responsable de l'entitat per tal que informés al responsable de l'activitat de gimnàstica del pavelló esportiu que una persona amb el nom d'Àngela acudiria a l'activitat en els propers dies.

■ Acolliment

L'acolliment per part del responsable de l'activitat és un element important en el programa de PS. Caldrà dissenyar un protocol d'acollida de forma col·laborativa entre el prescriptor i l'entitat responsable de l'activitat. També caldrà respectar la confidencialitat mitjançant la signatura d'un compromís de confidencialitat.

L'Àngela va ser acollida a l'activitat al cap de tres dies i sembla ser que tot i que va precisar un temps per adaptar-se al canvi, es va integrar força bé. Actualment, segueix assistint a l'activitat de forma regular.

Seguint el protocol, hem citat en diverses ocasions l'Àngela per avaluar com li van les coses.

–MF: Com van les coses Àngela? La veig contenta.

–A: Bé, la veritat és que des que vaig al pavelló no em fan tant de mal els ossos i, a més, riem molt i m'ho passo molt bé. A vegades no puc anar-hi perquè em trobo malament i em fa ràbia.

L'Àngela ja no ve tant a les consultes i es mostra més contenta. Ha fet dues amigues i surt a passejar alguns diumenges.

L'Àngela gaudeix de millor salut mental... i física.

La informació sobre qui ha de portar una prescripció social la podeu consultar a l'annex 30.

■ Seguiment i avaluació

És essencial fer un seguiment i avaluació del programa de prescripció social per tal de poder corregir elements del procés d'implantació del programa. Tot i que la metodologia pot ser comuna, cada centre presentarà unes característiques distintes i per aquest motiu és essencial que cada equip sigui capaç de crear un protocol adaptat a les necessitats i perfil del seu equip, així com a la població a qui va dirigida la intervenció.

Cada equip valorarà quins aspectes del seguiment vol avaluar. L'avaluació de la millora en aspectes de suport social, benestar mental i qualitat de vida poden ser bons indicadors de l'evolució dels pacients, així com el consum de fàrmacs psicòtrops i freqüentació al sistema sanitari.

En conclusió:

El disseny d'un programa de prescripció social precisa d'un model participatiu i col·laboratiu de totes les entitats socio sanitàries que participen en el projecte.

És necessari que existeixi un grup de lideratge clar i motivat on estiguin representats tots els professionals i les entitats que estan involucrats en el projecte. Cal subratllar la importància de la col·laboració de les entitats que ofereixen activitats al barri, ja siguin públiques com privades.

S'ha de plantejar el projecte com un procés que necessita d'una avaluació contínua per tal d'anar corregint els problemes que vagin sorgint.

Cada projecte ha d'adoptar una metodologia pròpia ajustada a les característiques del seu entorn.

Annexos

■ Annex 1

Entrevista biopsicosocial

ESQUEMA	TÈCNIQUES
Cordialitat i escolta activa	Salutació, clima de confiança, aproximació física, pregunta oberta, contacte visual-facial, clima assossegat, facilitacions, empatia verbal i no verbal.
Delimitar la demanda i creences d'atribució	<ul style="list-style-type: none">▸ <i>Voleu preguntar-me alguna cosa més?</i>▸ <i>Com, on, des de quan...?</i>▸ <i>A què ho atribuiu? Heu pensat què hauríeu de fer?</i>
Maneig de les emocions	<p>Comunicació no verbal, ajuda per expressar les emocions.</p> <p>Si al llarg de l'entrevista no surten els sentiments del pacient, s'ha de posar la qüestió damunt la taula («<i>entenc el que em dieu, però... com us sentiu respecte a això?</i>») i donar-li les possibilitats en forma de sumari emocional.</p> <p>També cal normalitzar i validar les emocions («<i>en les vostres circumstàncies, és normal que tingueu aquests sentiments i que reaccioneu d'aquesta forma</i>»).</p>
Salut psicosocial	<ul style="list-style-type: none">▸ <i>Com us va amb la parella, la família, la feina, els amics, els estudis, les finances, les drogues, les malalties, la justícia...?</i>
Exploració psicològica	Estat d'ànim, estrès, son, símptomes vegetatius, pensaments, dols actuals o antics...
Síntesi dels problemes	Donar informació i comprovar-ne l'assimilació.
Pla terapèutic	Enunciar el pla, demanar l'opinió del/de la pacient i negociar el pla.

■ Annex 2

Habilitats en l'entrevista psicosocial

EMPATIA

En la relació metge-pacient sempre hi ha un flux constant d'emocions, les quals estan relacionades tant amb les característiques del pacient com amb les del professional; les expectatives de cadascun, les creences, etcètera.

L'empatia és com posar-nos en la pell de l'altre, no sentir el mateix, sinó rebre els pensaments i sentiments del pacient per desxifrar-los i poder respondre. L'empatia té un component cognitiu i no és una resposta emocional, com podria ser la simpatia.

L'empatia té un aspecte de temporalitat, de l'aquí i ara; hem de demostrar al pacient que l'escoltem i ho farem tant amb mitjans verbals com no verbals.

En aquest aspecte podem aprofundir una mica més. Va ser Freud qui va observar una intensa relació emocional entre pacient i metge, que no es podia explicar per la situació real creada. Aquesta relació emocional pot ser positiva o negativa i fluctua des d'un extrem d'amor sensual fins a un altre d'odi ple d'amargura. Aquest fenomen és el que Freud va anomenar **TRANSFERÈNCIA**, és a dir, els pacients tenen tendència a traspasar tota una sèrie de característiques relatives a les relacions que cada persona ha tingut amb altres més pròximes i amb el seu entorn. Aquests sentiments es fan més patents quan la persona emmalalteix. En concret, *transferència* és una relació, en part conscient, que desenvolupa el pacient cap al seu metge i en la qual se solen reviu diverses reaccions de tipus afectiu, experiències anteriors d'amor, hostilitat, dependència i desconfiança i d'altres, segons la personalitat del pacient.

La **CONTRATRANSFERÈNCIA** és la reacció simètrica i de signe contrari que elabora el metge vers el pacient, que pot ser de simpatia, rebuig o inseguretat, entre d'altres.

Per tant, aquest procés de transferència i contratransferència és una peça bàsica de la relació metge-pacient, abans de valorar o fins i tot jutjar la resposta del pacient. El metge ha de preguntar-se si el seu comportament o actitud ha pogut influir en la resposta del pacient.

Un breu exemple: si tenim una persona amb actitud agressiva, aquesta agressivitat pot ser secundària a l'ansietat provocada per experiències anteriors; si el professional hi està atent, li pot permetre tenir una visió més àmplia del pacient i de la seva malaltia i no interpretar-ho com una actitud personal vers a ell.

El professional ha d'aprendre a observar i entendre la manera en què cada pacient es relaciona amb ell, així millorarà la comunicació i d'aquesta manera podrà millorar el diagnòstic, el tractament i la satisfacció del pacient.

EL SILENCI

El silenci és fonamental, com a:

- Senyal de respecte.
- Mitjà per facilitar l'expressió del pacient.
- Mitjà per afavorir la seva concentració.

Saber dominar els silencis i la mirada és de les eines més útils en l'entrevista psicosocial.

Hem de respectar el ritme del pacient, esperar que elabori la informació, que controli les emocions i que les pugui expressar.

LLENGUATGE NO VERBAL

Hem d'estar al cas del llenguatge no verbal, ja que el pacient pot expressar el seu estat d'ànim amb un gest. També és important el nostre llenguatge no verbal.

(Continua)

(Continua)

LLENGUATGE DEL PROFESSIONAL

Hem d'utilitzar el llenguatge que utilitza el propi pacient, els seus propis mots; així li estem dient que l'escoltem i el creiem.

EVITAR FER JUDICIS DE VALOR

Respectar les creences del pacient i familiars; mai hem d'erigir-nos en jutges ni fer judicis morals.

ASSEGURAR LA CONFIDENCIALITAT

Moltes vegades el pacient vol parlar amb el seu metge de sempre i hem de preguntar aquest aspecte especialment quan hi ha residents.

Hem d'evitar termes com mai, sempre, en el cas que vinguin del pacient, utilitzar termes de possibilitat. El «mai» fa pensar que no hi ha alternatives possibles.

Font: Pròpia.

■ Annex 3

Tècnica BATHE

Background	<i>Què és el que li passa a la seva vida? A què atribueix el trobar-se així? D'aquesta manera mostrem interès en allò que li passa.</i>
Affect	<i>Com se sent amb el que li passa? Quin és el seu estat d'ànim? D'aquesta manera li diem que veiem que està patint i que volem parlar del sofriment.</i>
Trouble	<i>Quin és el problema més important? Sabem que poden haver-hi diversos problemes, però hem de centrar-nos en un, ja que no podem parlar de tot.</i>
Handing	<i>Què ha fet per solucionar el problema? Què creu que pot fer vostè per millorar la situació? En el cas que el/la pacient estigués bloquejat/da, podríem fer uns suggeriments.</i>
Empathy	<i>El que li passa deu ser difícil per vostè? D'aquesta manera li fem veure que entenem el seu sofriment.</i>

La tècnica BATHE consumeix uns 15 minuts i és molt útil quan hi ha queixes somàtiques sense causa mèdica demostrable, trastorns adaptatius, trastorns depressius lleus o moderats i trastorns d'ansietat.

■ Annex 4

Tècnica DEPNAS

Detecció	El sofriment psíquic és una realitat que hem de tenir present davant els símptomes somàtics, especialment quan la simptomatologia és molt atípica, no milloren mai, intensitat d'ansietat desproporcionada o altres símptomes psicològics associats.
Explicació	Hem de donar una explicació comprensible dels símptomes somàtics.
Planificació	Oferim al pacient una intervenció per atendre els aspectes psicosocials del problema, establirem un nombre de sessions i la seva duració.
Exploració psicosocial	Farem un genograma i valorarem la situació familiar actual. Indagarem com ha resolt crisis passades, els estressors actuals i els recursos cognitius que té per superar problemes.
Normalització	Normalitzar i reconduir els sentiments vers als altres. Normalitzar els símptomes somàtics. Preveure la cronificació. Prioritzar una solució.
Acció	Promoure el canvi millorant l'autoconfiança, responsabilitzant el pacient perquè faci totes les modificacions necessàries en els aspectes de la seva vida que estiguin implicats en el problema. Es seleccionarà l'estratègia més adequada, com resolució de problemes, tècniques d'afrontament, estrès, etcètera. Si el professional no està capacitat, haurà de derivar. El professional no dissenya el canvi sinó que anima perquè sigui el pacient el que dissenyi i executi el canvi.
Seguiment	Es farà una avaluació de resultats durant l'última consulta.

■ Annex 5

Pluja d'idees

L'origen del mètode de la pluja d'idees prové de l'executiu de publicitat Osborn l'any 1939 com a mètode de solucionar problemes.

Principis

Osborn va assegurar que els dos principis més importants per a contribuir a l'eficàcia creativa eren ajornar qualsevol judici i cercar el màxim nombre d'idees. Arran d'aquests dos principis, va generar quatre normes bàsiques per a la pluja d'idees:

Centrar-se en la quantitat	La idea és que com més idees hi hagi més possibilitats hi ha d'obtenir-ne una de més efectiva i innovadora.
Busca d'idees inusuals	Per obtenir una llarga llista d'idees les més inusuals també són benvingudes; hem de fomentar que apareguin idees inusuals i també contradictòries (situades en els dos extrems).
Retenir les crítiques	L'objectiu principal és la recerca d'idees, la fase de crítica vindrà més tard; d'aquesta manera l'individu o individus se senten més lliures de proposar idees, aparentment absurdes o inusuals, que poden servir posteriorment per a l'obtenció de la resposta al problema.
Combinar i millorar les idees	Les idees proposades es poden combinar i millorar, sense censurar, durant la sessió, de forma espontània. Estimular el procés de creació per mitjà d'una associació d'idees és força comú i útil.

■ Annex 6

Dificultats de la tècnica de resolució de problemes

DIFICULTATS	POTENCIALS SOLUCIONS
El problema o problemes són complexos i el pacient no sap per on començar.	El pacient pot segmentar el problema en problemes més petits que siguin més fàcils de conceptualitzar.
El problema potser no té dificultats per resoldre'l, però els pensaments del pacient no ajuden.	Es pot utilitzar una tècnica de reestructuració cognitiva. Aconsellable derivar a un professional expert.
Metes confuses.	Evitar anar directament des d'identificar el problema a la solució, perdent de vista l'escenari de la meta, deixant-se portar per l'optimisme i l'entusiasme.
El pacient és incapaç de suggerir cap solució o solucions (brainstorming).	Intentar usar preguntes que ajudin el pacient a trobar solucions.
Les solucions del pacient són irrealistes i difícilment tindran èxit.	Utilitzar preguntes que ajudin el pacient a reconèixer les dificultats.
El pla del pacient és difús.	Encoratjar el pacient a ser més precís i detallat sobre el pla que vol seguir.

■ Annex 7

Etapes de la tècnica de resolució de problemes

ETAPA	ACCIONS CLÍNiques	CONSELLS ADDICIONALS
Introducció	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Breu explicació de les metes i etapes de la TRP. ▸ Si és necessari, consensuar el següent amb el pacient: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Els símptomes poden ser causats per problemes de la vida, els quals, si es resolen, poden millorar la simptomatologia. 	<p>El pacient pot necessitar ajut per reconèixer els seus símptomes emocionals.</p> <p>La TRP per a ser efectiva necessita la plena involucració del pacient.</p>
Problemes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Demanar al pacient que faci una llista de problemes. ▸ Preguntar al pacient per quin problema vol començar. ▸ Encoratjar el pacient a clarificar el problema. 	<p>Si el problema és complex, podem animar el pacient que el divideixi en problemes més petits.</p> <p>Si el problema és poc clar, podem ajudar a clarificar-lo.</p>
Metes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Preguntar quines metes vol assolir i aconsellar-lo que siguin: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Específiques. ✓ Mesurables. ✓ Abastables. ✓ Rellevants. ✓ Oportunes. 	<p>Si les metes s'han d'aconseguir en un període de temps llarg, aconsellar-li reduir el temps de consecució.</p>
Generar solucions i escollir-ne una	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Fer un <i>brainstorming</i> de solucions. ▸ Considerar pros i contres de cada solució. ▸ Preguntar si la solució escollida pot aconseguir la meta. 	<p>Escollir, de totes les solucions, la que tingui més possibilitats de resolució.</p> <p>Animar el pacient a considerar tots els pros i contres de cada una.</p>
Implementar la solució	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Que el pacient expliqui el pla i descrigui com ho farà. 	<p>Implementar les solucions abans de la següent visita és més efectiu.</p>
Revisar	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Com ha anat. ▸ Explorar simptomatologia. ▸ Consensuar més accions. 	<p>Animar que tingui èxit.</p>

■ Annex 8

El dol i les seves característiques

El dol és una reacció emocional i de comportament, en forma de sofriment, quan un vincle es trenca; aquest vincle pot ser amb una persona estimada, però avui també es fa referència a dol quan hi ha pèrdues amb vincles psicosocials (pèrdua de feina, ruptures sentimentals, fracàs escolar, traumatismes o malalties invalidants...); de tota manera, el terme dol hauria de reservar-se a la pèrdua per mort, ja que aquest presenta unes particularitats que el diferencien:

- Irreversibilitat de la mort.
- L'angoixa de la persona o persones afectades, que han d'afrontar la mort de l'ésser estimat.
- La mort d'un fill i o un cònjuge figuren en els primers llocs de circumstàncies més estressants.

Aquesta pèrdua inclou tant components físics com psíquics i socials. Aquest procés és únic, cap dol s'elabora de la mateixa forma; és dinàmic i varia segons la persona, família, aspectes socioculturals, relació amb la persona que ha mort... no viuen el dol de la mateixa manera, ja que cada persona presenta uns diferents tipus d'afrontament. El dol produeix canvis psicosocials, com una quantitat de normes, hàbits, rituals i constructes de la realitat. Com més nombroses siguin les regles a canviar, més dolorós i difícil serà el dol i més temps i energia requerirà.

Cada mort pot afectar 10 persones de mitjana, de les quals un 10% experimentarà un dol amb repercussions en la seva salut mental i física.

El dol també es pot resoldre espontàniament.

Farem un esment al dol familiar, ja que si ens centrem només en el dol individual deixem fora unes persones que intervenen en aquest procés; per tant, la mort d'una persona crea una gran crisi dins la família, la qual haurà de reorganitzar-se en més o menys grau, segons la importància del difunt.

El dol es relaciona amb problemes de salut:

- El risc de depressió en vidus/es es multiplica per quatre durant el primer any.
- Augmenta l'abús d'alcohol i fàrmacs. La meitat de les vídues utilitzen algun psicòtrop durant els 18 primers mesos.
- Entre un 10-34% dels afectats desenvolupen un dol patològic.
- Augmenta el risc de mort per problemes cardíacs i suïcidi. Els vidus tenen un 50% més de probabilitats de morir prematurament durant el primer any.
- Somatitzacions, per a patir la mateixa malaltia de la qual va morir.

■ Annex 9

Dol anticipat

Molts cops el dol s'inicia quan es diagnostica una malaltia greu incurable. Les persones recorden, de manera especial durant el dol, des de l'inici de la malaltia fins a la mort, amb especial èmfasi en determinats moments com: diagnòstic, pronòstic, períodes de crisi i per últim l'agonia.

Per tant, els professionals d'Atenció Primària tenim una tasca molt important en l'acompanyament, la continuïtat del pacient i la família, i en la tasca de donar notícies. És a dir, en el tracte amb familiars i pacients hem de tenir una cura exquisida.

Serà difícil acompanyar el dol si la família té la percepció que no hem acompanyat la malaltia i la mort del seu ésser estimat.

Hi ha tres fets molt importants els dies que envolten la mort i generalment queden gravats en la ment de la família:

- La idea que ha mort sense patir (control dels símptomes).
- La idea d'acompanyament (no morir sol).
- Reconèixer que està arribant al final, això permet als familiars poder-se acomiadar, acariciar, en definitiva d'estar amb el seu ésser estimat fins al final.

Veure el cadàver i acomiadar-se'n ajuda a acceptar la realitat de la pèrdua. És important que si hi ha nens petits, vagin acompanyats d'una persona de confiança i participin en els funerals.

■ Annex 10

Tasques del dol

MOMENTS DEL DOL	SENTIMENTS	TASQUES PSICOLÒGIQUES
Impacte, crisi. Apareixen diferents graus de negació de la realitat: «no pot ser», «no és real».	Estat de xoc, incredulitat, enyorança, anhel, cerca, angoixa, somatitzacions.	Acceptar la realitat de la pèrdua, tant intel·lectualment com emocionalment, acceptant i vivint les emocions que ha generat la pèrdua.
Turbulència afectiva, aquí ja hi ha consciència de la pèrdua i es produeix un desordre emocional important: «què serà de mi», «per què a ell».	Culpa, ràbia, temor, desesperança, tristesa, ressentiment, agressivitat, sensacions de presència del difunt, a més de les anteriors.	Treballar les emocions i el dolor de la pèrdua. Permetre sentir-les, tant siguin positives com negatives, lògiques o no. Hi ha persones que no expressen certes emocions, ja sigui per evitar sofriment, ja sigui per por al rebuig social; però és NECESSARI DEIXAR EXPRESSAR I ANIMAR A EXPRESSAR totes les emocions per il·lògiques que semblin.
Pena i desesperança reversibles. S'assembla a una depressió.	Temor, culpa, tristesa, depressió, apatia, aïllament, no visió de futur.	Readaptar-se al medi comptant amb l'absència de la persona estimada. Com desenvolupar tasques o habilitats a les quals no està acostumada.
Recuperació i desafecció.	Eutímia.	Reubicar l'objecte: oblidar recordant. S'ha de trobar un lloc per al difunt que li permeti a la persona estar vinculada amb ell, però que no li impedeixi continuar la seva vida.

■ Annex 11

Predictors de risc de dol complicat en adults, nens i adolescents

ADULTS
Factors relacionals <ul style="list-style-type: none">▸ Pèrdua d'un fill, pare, mare, parella en la joventut, o un germà en l'adolescència.▸ Dependència del supervivent amb el difunt.▸ Relació conflictiva ambivalent. Reaccions de ràbia i culpabilitat intenses.
Factors circumstancials <ul style="list-style-type: none">▸ Joventut del difunt.▸ Pèrdua sobtada per accident, suïcidi o homicidi.▸ Record dolorós del procés: males relacions amb el personal sanitari, mal control de símptomes, altres.▸ Mort per causes estigmatitzades (sida, homosexualitat, parella no acceptada socialment).
Factors personals <ul style="list-style-type: none">▸ Dificultat per a manejar l'estrès.▸ Problemes de salut física o mental previs (alcoholisme, intents de suïcidi, trastorn de personalitat...).▸ Dols anteriors no resolts.
Factors socials <ul style="list-style-type: none">▸ Absència de suport familiar.▸ Recursos socioeconòmics escassos.▸ Responsabilitat de fills petits.
NENS I ADOLESCENTS
<ul style="list-style-type: none">▸ Ambient familiar inestable.▸ Dependència del progenitor i reacció inadequada a la pèrdua.▸ Segones núpcies i relació negativa amb la nova figura.▸ Pèrdua de la mare en nenes menors d'11 anys i del pare en nois adolescents.

Font: Modificat de Lacasta MA, Arranz P. Anticipación al duelo. FMC,2005(1):91-96.

■ Annex 12

Manifestacions normals del dol

<p>Sentiments Tristesa, ràbia, culpa, solitud, fatiga, impotència, xoc, alleugeriment i insensibilitat.</p>
<p>Sensacions físiques Buit a l'estómac, opressió al pit i al coll, hipersensibilitat al soroll, sensació de despersonalització, manca d'aire, sequedat de boca, pèrdua de gana, queixes físiques, insomni.</p>
<p>Cognicions Incredulitat, confusió, preocupació, sentit de presència i al·lucinacions.</p>
<p>Conductes Trastorns del son i alimentaris, distraccions, aïllament social, somiar amb el difunt, buscar i cridar en veu alta, hiperactivitat, plorar, visitar llocs i portar objectes que recordin el difunt, atresorar objectes del difunt.</p>
<p>Àmbit social Ressentiment envers la realitat social («<i>tot continua alegrement</i>») i els familiars que no van ajudar. Aïllament social, cerca d'altres relacions amb altres que també estan sols. Elaboració de nous rols socials.</p>
<p>Àmbit espiritual Consciència de la pròpia limitació. Cerca de Déu: ressentiment, indiferència (davant la percepció d'abandonament), confiança (buscar forces). Recerca del sentit de la vida.</p>

■ Annex 13

Criteria DSM-5 per al trastorn per dol complex persistent

A	L'individu ha experimentat la mort d'alguna persona amb qui mantenia una relació propera.
B	Des de la mort, almenys un dels símptomes següents està present gairebé diàriament en un nivell clínic significatiu, i persisteix durant almenys 12 mesos en el cas d'adults amb dol i 6 mesos per a nens amb dol: <ul style="list-style-type: none">▸ Anhel i/o enyorança persistent del difunt.▸ Pena i malestar emocional intensos en resposta a la mort.▸ Preocupació en relació al difunt.▸ Preocupació sobre les circumstàncies de la mort.
C	Des de la mort, almenys sis dels símptomes següents estan presents gairebé diàriament en un nivell clínic significatiu, i persistent durant almenys 12 mesos en cas d'adults amb dol i 6 mesos per a nens amb dol: <ul style="list-style-type: none">▸ Important dificultat per acceptar la mort.▸ Incredulitat o anestèsia emocional en relació amb la pèrdua.▸ Dificultats per recordar de manera positiva el difunt.▸ Amargor o ràbia en relació a la pèrdua.▸ Valoracions desadaptatives sobre un mateix en relació al difunt o amb la seva mort.▸ Evitació excessiva dels records de la pèrdua.▸ Desitjos de morir per poder estar amb el difunt.▸ Dificultat per poder confiar en altres persones des de la pèrdua.▸ Sentiments de solitud o desenganxament d'altres, des de la mort.▸ Sentir que la vida no té sentit o està buida sense el difunt, o creure que no pot funcionar sense el difunt.▸ Confusió sobre el paper d'un mateix en la vida, o una disminució del sentiment d'identitat pròpia.▸ Dificultat o reticència a mantenir interessos o fer plans de futur, des de la pèrdua.
D	L'alteració provoca malestar clínicament significatiu o disfunció d'àrees socials, laborals o altres àrees importants del funcionament.
E	La reacció de dol és desproporcionada o inconsistent amb les normes culturals, religioses o apropiades a la seva edat.

■ Annex 14

Tipus de dol patològic

Dol crònic	Passa un any i la persona nota que mai acaba d'enmotllar-se a la nova vida i segueix sense acceptar el dolor, l'angoixa o ansietat que sent.
Dol exagerat	La persona està desbordada pel dolor i intenta evadir-se amb una sèrie de conductes d'evitació com consumir alcohol, drogues, obsessió per la feina, sortir o qualsevol conducta que li permeti suportar el dolor.
Dol retardat	La persona no ha expressat totes les emocions, després de la pèrdua, i passat un temps, davant d'un fet que torna a obrir la ferida, experimenta una càrrega emocional intensa.
Dol emmascarat	La persona presenta problemes físics o té conductes que li porten problemes, sense adonar-se'n que tenen relació amb la pèrdua. Per exemple, pot experimentar símptomes com el difunt o desenvolupar problemes psicopatològics (ansietat, trastorns alimentaris...) sense ser conscient que el seu malestar està relacionat amb la pèrdua.

■ Annex 15

La mort i el dol en els nens

La mort real no està present en la vida del nen, està allunyada de la vida familiar, amagada en hospitals i tanatoris.

La mort d'un familiar submergeix el nen en una confusió i por sobre qui cuidarà d'ell en el futur.

Els professionals, igual que els pares, han de saber les reaccions normals dels nens davant la mort d'una persona estimada, com també les reaccions que faran pensar en dificultats per afrontar la pena.

Evolució de la idea de mort en el nen

- 0-2 anys: el nen reacciona amb incomprensió i indiferència davant la mort.
- 2-6 anys: el nen entén la mort com un fet transitori, una mica mític.
- Al voltant dels 6 anys, el nen comença a acceptar la universalitat de la mort.
- 6-9 anys: comencen les representacions concretes sobre la mort; el qui ha mort segueix sent representable en el temps i en l'espai.
- Al voltant dels 9 anys, es deslliga la mort dels sentiments de culpabilitat.
- 9-11 anys: etapa de l'angoixa vital i aspectes filosòfics, religiosos... Per a l'adolescent, la mort és un fet inevitable i universal. Li preocupa el més enllà i pot sentir por davant una mort llarga i dolorosa. Pot negar la pròpia mort en una reacció de fugida, amparant-se en un sentiment d'invulnerabilitat.

Recomanacions concretes

Fer canvis mínims en l'ambient, les relacions i activitats diàries del nen. És bo compartir amb el nen, de manera oberta, la tristesa i els records, animant-lo a parlar sobre la persona morta. Més que evitar la tristesa del nen s'ha de procurar que tingui suport en aquesta situació.

Les preguntes s'han de respondre. Si pregunten per les circumstàncies de la mort, també s'han de respondre, intentant no entrar en detalls que puguin ser especialment dolorosos i innecessaris.

No prendre decisions vitals durant un temps prudencial.

Durant el primer any hem de mantenir, junt amb els pares, entrevistes amb els mestres i cuidadors, i observar la conducta i el desenvolupament, com també el joc.

Ha d'anar el nen al funeral?

No s'ha d'obligar el nen a anar al funeral. Però és bo que el nen pugui recordar el familiar d'alguna manera i segons els costums familiars i socials (encendre una espelma, resar, revisar fotografies o explicar una història). Els nens han de poder expressar la pèrdua i la pena com ells creguin millor.

A partir dels 6-7 anys, podem tenir en consideració el desig i l'opinió del nen a l'hora d'anar al funeral. Si hi va, és imprescindible que hi hagi una persona que li doni suport i que tingui l'oportunitat d'abandonar el lloc si l'experiència és massa dura per a ell.

Quan convé augmentar la vigilància?

Existeixen uns factors que poden incrementar les reaccions de dol. Per exemple quan:

- La pèrdua té lloc en el període preescolar o inici de l'adolescència.
- Hi ha problemes previs, emocionals o de conducta.
- Dificultats relacionals, abans de la mort, amb la persona que ha mort.
- El progenitor supervivent té dificultats emocionals.
- Manca de suport familiar o comunitari.
- Les atencions que rep el nen són inestables i inconstants.
- La mort ha estat inesperada o violenta (suïcidi o homicidi).
- Mantenir vincles afectius amb avis, cosins, tiets, etcètera.

Manifestacions de pena en el nen

Els nens i joves poden respondre de maneres diverses, incloent:

- La negació: una manera de fer front a alguna cosa que no és compresa ni acceptada. El nen pot fer fantasies sobre la persona difunta, parlar d'ell o ella en temps present, o pot seguir esperant la persona difunta, tot i saber que no tornarà.
- La culpa: pot ser deguda a la necessitat de trobar una raó a la mort. Alguns nens poden sentir que han causat la mort d'alguna manera. Se senten culpables d'estar vius.
- La ira: les reaccions d'ira són normals quan la persona difunta era vital en la vida del nen. Pot manifestar-se en jocs violents, malsons, irritabilitat o enuig cap als altres membres de la família.
- La idealització: els nens poden idealitzar la persona difunta, poden imitar els seus gestos.
- El pànic: poden desenvolupar por a que altres persones que s'atansin a ells també puguin morir. Fins i tot poden témer per la seva pròpia vida. Poden sentir-se insegurs i preocupar-se en excés per les persones del seu voltant.
- Les queixes psicossomàtiques: poden perdre la gana, tenir malsons, cansament, mal de cap. Fins i tot poden queixar-se dels mateixos símptomes de la persona morta.

Especial atenció a les regressions conductuals a etapes passades o bé especial atenció a dificultats escolars.

Quan aquests problemes persisteixen més enllà de 6 mesos, cal derivar a Salut Mental.

■ Annex 16

Educació per a la salut

- A. La profunditat del son varia mentre dormim.
- B. La necessitat de dormir varia a mesura que ens fem grans.
- C. El dormir és una activitat necessària i, per tant, la seva qualitat i quantitat pot estar afectada per processos biològics, físics i psicològics.
- D. L'habitual és dormir entre 7-8 hores, encara que hi ha variacions individuals.
- E. El fet de patir d'insomni no té conseqüències irreversibles per a la salut, però pot afectar les activitats diürnes i dificultar les tasques habituals.
- F. Hi ha problemes de salut que poden donar insomni, com el dolor crònic, polifarmàcia, cames inquietes, apnees del son, hipertiroidisme, etcètera.
- G. Hi ha substàncies que poden alterar el son, com la cafeïna, l'alcohol, la cortisona, els broncodilatadors, etcètera.
- H. Altres substàncies com antihistamínics o benzodiazepines poden alterar el son, quan es volen retirar. Hi ha medicaments com les benzodiazepines que creen tolerància i cada cop necessitem més dosi per fer efecte.
- I. Els tractaments no farmacològics tenen efectivitat.

■ Annex 17

Higiene del son

- A. Mantenir un horari fix per anar a dormir i aixecar-se, inclosos caps de setmana i vacances.
- B. Romandre el temps necessari al llit, reduir el temps de romandre al llit pot millorar el son i prolongar el temps pot empitjorar-lo.
- C. Evitar la migdiada, podem ser flexibles i permetre una migdiada no superior a 20 minuts.
- D. Evitar begudes que continguin cafeïna o teïna. Si es prenen a la tarda poden interferir el son fins i tot en persones que no ho perceben.
- E. L'alcohol i el tabac perjudiquen el son i, per tant, s'han d'evitar unes hores abans d'anar a dormir.
- F. Fer exercici físic, almenys 30 minuts al dia amb llum solar, preferentment a la tarda i sempre tres hores abans d'anar a dormir.
- G. Mantenir el dormitori el més confortable possible quant a temperatura, llum i sorolls.
- H. No anar a dormir abans de dues hores després d'haver sopat, menjar coses lleugeres. No prendre xocolata ni aliments molt dolços ni líquids en excés. Si ens despertem a la nit, no hem de menjar ja que podríem incitar l'hàbit de despertar-nos sovint per menjar.
- I. Utilitzar el llit per dormir o per al sexe, no per veure la televisió, llegir, escoltar la ràdio, utilitzar tauletes o mòbils...

■ Annex 18

Control d'estímuls

- No utilitzi el llit ni el dormitori per altra activitat que no sigui dormir o fer sexe. No llegeixi ni vegi la televisió, no utilitzi el telèfon, eviti preocupacions, discutir amb la parella o menjar al llit.
- Estableixi una sèrie de rutines regulars prèvies al son, que indiquin que s'acosta el moment d'anar a dormir, com rentar-se les dents, posar-se el pijama, posar el despertador... Acomodi's bé al llit.
- Quan es posi al llit, tanqui el llum amb la intenció de dormir; si als 15-20 minuts no dorm, aixequi's i vagi a una altra habitació, faci alguna activitat tranquil·la i quan noti que li entra son, torni al llit. Si no dorm, torni a repetir la mateixa operació tantes vegades com faci falta.
- Mantingui l'hora de llevar-se de manera regular tant els dies laborables com els festius. Així ajudem a regularitzar el nostre rellotge intern de son-vigília.
- No faci migdiada; si li és imprescindible després de menjar, no pot durar més de mitja hora.
- Intenti relaxar-se abans d'anar a dormir, no doni voltes pel llit.
- No utilitzi l'ordinador ni les tauletes al llit, ja que la lluminositat de la pantalla pot activar la hipòfisi i fer que la secreció de melatonina per la hipòfisi s'alteri i presentem una alteració del son.

■ Annex 19

Causas d'insomni comòrbid o secundari

Ansietat	Menopausa
Asma	Síndrome de l'apnea del son
MPOC	Dolor
Insuficiència cardíaca	Moviments de les cames. Cames inquietes
Depressió	Pruïja
Fibromiàlgia	Incontinència urinària
Reflux gastroesofàgic	Hipertiroïdisme

■ Annex 20

Medicaments i altres substàncies que poden causar insomni

Alcohol	Drogues, cocaïna
Antidepressius. IRSS. Bupropion	Nicotina
Betablocadors	Fenitoïna
Cafeïna	Pseudoefedrina
Quimioteràpics	Corticoides
Diürètics	Teofilina
Herbes	

■ Annex 21

Diari del son

DD/MM/AA		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	
	1																										
	2																										
	3																										
	4																										
	5																										
	6																										
	7																										

	1																										
	2																										
	3																										
	4																										
	5																										
	6																										
	7																										

Assenyalar en el diari la informació que s'indica a continuació:

- A** Hora d'anar al llit.
- L** Hora d'aixecar-se.
- O** Hora en què s'apaga el llum.
- D** Despertars nocturns.
- E** Llum encesa.

■ Annex 22

Causas de somnolència diürna

Trastorns de la conducta	Mala higiene del son, son insuficient, horari de son interposat, treball per torns.
Malalties psiquiàtriques	Ansietat, depressió, psicosi, altres.
Factors ambientals	Trastorn del son ambiental/social, toxines, altres.
Drogodependències	Alcoholisme, hipnòtics, estimulants.
Altres alteracions respiratòries del son	Síndrome d'hipoventilació alveolar central, taquipnea neurogènica del son.
Alteracions vigília-son	Grans dormidors, <i>jet lag</i> , treball per torns, patró vigília-son irregular.
Altres	Narcolèpsia, cames inquietes, menstruació, embaràs.

■ Annex 23

Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)

INSTRUCCIONS: les següents qüestions fan referència als teus **hàbits de son només durant l'últim mes**. Les teves respostes han de **reflectir fidelment el que ha passat la majoria de dies i nits de l'últim mes**. Si us plau, respon totes les preguntes.

1. Durant l'últim mes, a quina hora solies anar a dormir a la nit?

HORA HABITUAL D'ANAR A DORMIR: _____

2. Durant l'últim mes, quant de temps (en minuts) t'ha costat quedar-te adormit després d'anar a dormir a les nits?

NOMBRE DE MINUTS PER CONCILIAR EL SON: _____

3. Durant l'últim mes, a quina hora t'has aixecat habitualment al matí?

HORA HABITUAL D'AIXECAR-SE: _____

4. Durant l'últim mes, quantes hores de son real has mantingut a les nits? (pot ser diferent del nombre d'hores que vas estar estirat al llit)

HORES DE SON PER NIT: _____

Per a cada una de les qüestions següents, selecciona la resposta més adequada a la teva situació. Si us plau, contesta totes les preguntes.

5. Durant l'últim mes, amb quina freqüència has tingut un son alterat a conseqüència de...?

(a) no poder conciliar el son després de 30 minuts d'intentar-ho:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(b) despertar-se a mitja nit o de matinada:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(c) haver d'anar al bany:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(d) no poder respirar adequadament:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(e) tos o roncs:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(f) sensació de fred:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(g) sensació de calor:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(h) malsons:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(i) sentir dolor:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

(j) un altre causa/es:

descriu-les: _____

Amb quina freqüència has tingut un son alterat a conseqüència d'aquest problema?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

6. Durant l'últim mes, com qualificaries, en general, la qualitat del teu son?

- Molt bona
- Bastant bona
- Bastant dolenta
- Molt dolenta

7. Durant l'últim mes, amb quina freqüència vas haver de prendre medicines (prescrites o automedicades), per poder dormir?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

8. Durant l'últim mes, amb quina freqüència vas tenir dificultat per mantenir-te despert mentre conduïes, menjaves o desenvolupaves alguna activitat social?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una vegada a la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues vegades a la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més vegades a la setmana |
|--|--|--|--|

9. Durant l'últim mes, com de problemàtic ha resultat per a tu el mantenir l'entusiasme per fer les coses?

- No ha resultat problemàtic en absolut
- Només lleugerament problemàtic
- Moderadament problemàtic
- Molt problemàtic

10. Tens parella o company/a d'habitació?

- No tinc parella ni company/a d'habitació
 Sí en tinc, però dorm en una altra habitació
 Sí en tinc, però dorm a la mateixa habitació i diferent llit
 Sí tinc i dorm al mateix llit

Si tens parella o company/a d'habitació amb el que dorms, amb quina freqüència, durant l'últim mes, t'ha dit que tenies:

(a) roncs forts:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat
durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una
vegada a
la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues
vegades a
la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més
vegades a
la setmana |
|---|--|--|--|

(b) llargues pauses entre respiracions mentre dormia:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat
durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una
vegada a
la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues
vegades a
la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més
vegades a
la setmana |
|---|--|--|--|

(c) tremolor o sotracs de les cames mentre dormia:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat
durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una
vegada a
la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues
vegades a
la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més
vegades a
la setmana |
|---|--|--|--|

(d) episodis de desorientació o confusió durant el son:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat
durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una
vegada a
la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues
vegades a
la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més
vegades a
la setmana |
|---|--|--|--|

(e) un altre tipus de trastorn mentre dormia; si us plau, descriu-lo: _____

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No m'ha passat
durant l'últim mes | <input type="checkbox"/> Menys d'una
vegada a
la setmana | <input type="checkbox"/> Una o dues
vegades a
la setmana | <input type="checkbox"/> Tres o més
vegades a
la setmana |
|---|--|--|--|

Interpretació

Les quatre primeres preguntes es contesten de forma concreta. Les altres es contesten mitjançant una escala amb 4 graus. En ser corregit, només es valoren les 18 primeres preguntes, que són les que ha de contestar el pacient (les 5 últimes les hauria de contestar el company de llit). De la puntuació s'obtenen 7 punts que ens informen dels següents components de la qualitat del son: 1. Qualitat subjectiva. 2. Latència del son. 3. Durada del son. 4. «Eficiència» del son. 5. Pertorbacions del son (freqüència d'alteracions com tos, roncs, calor, fred...). 6. Ús de medicació hipnòtica. 7. Disfunció diürna (facilitat per adormir-se realitzant alguna activitat). Cada component rep una puntuació discreta que va de 0 a 3: una puntuació de 0 indica que no existeixen problemes, mentre que si és de 3 assenjala greus problemes. La suma de les puntuacions obtingudes en cada un dels components parcials genera una puntuació total que pot anar de 0 a 21. Segons Buysse i cols., una puntuació total de 5 seria el punt de tall, de manera que si la puntuació total és igual o inferior a 5 significa que la persona té una bona qualitat del son, i si la puntuació és de 6 o superior assenjala els pacients amb mala qualitat del son.

■ Annex 24

Test d'Epworth

Valoració de la somnolència diürna en la síndrome apnea-hipopanea del son (SAHS)

Test Epworth Sleepiness Scale (ESS) de la somnolència diürna en l'SAHS

Es tracta d'una escala autoadministrada [1-3]. L'avaluador ha d'explicar al pacient la manera de contestar a les preguntes i aquest últim ha d'omplir el formulari.

Pregunta

Amb quina freqüència es queda vostè adormit en les següents situacions? Fins i tot si no ha realitzat recentment alguna de les activitats esmentades a continuació, tracti d'imaginar en quina mesura l'afectarien.

Utilitzi la següent escala i triï la xifra adequada per a cada situació:

- 0 = mai s'ha adormit.
- 1 = escassa possibilitat d'adormir-se.
- 2 = moderada possibilitat d'adormir-se.
- 3 = elevada possibilitat d'adormir-se.

SITUACIÓ	PUNTUACIÓ
▸ Assegut i llegint	
▸ Veient la televisió	
▸ Assegut, inactiu en un espectacle (teatre...)	
▸ En cotxe, com a copilot d'un viatge d'una hora	
▸ Estirat a mitja tarda	
▸ Assegut i parlant amb algú	
▸ Assegut després de menjar (sense prendre alcohol)	
▸ En el seu cotxe, quan s'atura durant alguns minuts a causa del trànsit	
Puntuació total (màx. 24)	

Si la puntuació és inferior a **6 punts** la somnolència diürna és baixa o no n'hi ha. Entre **7 i 8 punts** és la mitjana poblacional. Si és igual o superior a **9 punts** hi ha una somnolència excessiva.

Calculadora

El nivell mig de somnolència pot estar influenciat per diversos factors i l'ESS no distingeix quin és el factor causant. No és una eina diagnòstica per a determinar l'origen del trastorn del son però sí de la severitat de la somnolència i, segons quina sigui, orientarà cap a la possibilitat que el pacient pugui tenir algun dels següents problemes: roncadors, SAHS, narcolèpsia, hipersòmia idiopàtica, insomni i síndrome de les cames inquietes. D'aquesta manera, el resultat del test oferirà diferents opcions que caldrà destriar amb les manifestacions clíniques i amb altres proves complementàries.

■ Annex 25

Qüestionari de Berlin

PREGUNTA	RESPOSTA	
Ronca?	Sí	No
Volum dels roncs Com una respiració forta Com en una conversa Més alt que una conversa Molt alt		
Freqüència dels roncs Gairebé tots els dies 3-4 vegades a la setmana 1-2 vegades a la setmana Mai o quasi mai		
Els seus roncs molesten altres persones?	Sí	No
Amb quina freqüència té pauses respiratòries? Gairebé tots els dies 3-4 vegades a la setmana 1-2 vegades a la setmana 1-2 vegades al mes Mai o quasi mai		
Es desperta cansat després de dormir? Gairebé tots els dies 3-4 vegades a la setmana 1-2 vegades a la setmana 1-2 vegades al mes Mai o quasi mai		
Se sent cansat durant el dia? Gairebé tots els dies 3-4 vegades a la setmana 1-2 vegades a la setmana 1-2 vegades al mes Mai o quasi mai		
Alguna vegada s'ha quedat adormit mentre conduïa?	Sí	No
Té la pressió arterial alta?	Sí	No
Ha variat el seu pes?	Ha augmentat Ha baixat No ha variat	

Valoració dels resultats

La determinació d'alt risc es basa en les respostes en les tres categories de símptomes. En la categoria 1, referida als seus roncs, l'alt risc es correspon a símptomes persistents (3-4 cops per setmana) en dues o més preguntes.

En la categoria 2, l'alt risc es defineix com a persistent (3-4 cops per setmana), excessiva somnolència durant el dia, conduir amb son o ambdós.

En la categoria 3, l'alt risc es correspon a una història d'hipertensió arterial alta o un IMC superior a 30 kg/m².

Per a considerar un pacient amb alt risc de patir un SAHS, ha de tenir símptomes persistents en almenys dues categories.

■ Annex 26

Propostes de pràctiques concretes de *mindfulness*. Experiències d'atenció plena

EN LES ACTIVITATS DE LA VIDA QUOTIDIANA

- Menjar amb atenció plena (mirar, tocar, olorar, degustar, empassar i seguir la deglució i experimentar com es sent el nostre cos després d'aquest exercici).
- Fer les activitats de casa: rentar plats...
- Dutxar-se, rentar-se les dents...
- Caminar amb atenció plena.

Ser conscients que ens perdem molt quan ens desconnectem de la riquesa d'informació que ens aporta l'experiència sensorial.

ATENCIÓ A LA RESPIRACIÓ

Calmar la ment; la nostra ment tendeix a anar de forma caòtica d'un tema a un altre. Com podem entrenar la ment perquè estigui menys dispersa i més present?

Quan intentem suprimir pensaments, la resistència genera persistència.

Les persones que han patit depressions abans és probable que s'esforcin molt per mantenir a ratlla els pensaments negatius i acabin deprimint-se més.

ATENCIÓ A UN OBJECTE CONCRET

Pot calmar la ment, és com si el cervell il·luminés l'objecte deixant a la penombra els objectes no seleccionats. Aquest esforç porta la ment cap a la curiositat, l'interès i la tendència a explorar i investigar. Aprofita la capacitat de la ment per aproximar-se a situacions en lloc d'evitar-les.

Quan deixem anar deliberadament el nostre impuls de forçar les coses, la ment es tranquil·litza per ella mateixa de forma natural i ens deixa en calma i claredat mental.

Ens concentrem en el nostre cos, prenem consciència de les nostres sensacions corporals (ara de forma nova, no estarem enrocats en els nostres pensaments sobre com ens estem sentint). Aquesta forma pot contribuir a que els nostres sentiments es dissipin com si fos una boira que s'aixeca. No hem de fer que marxin, tard o d'hora s'esvairan per si sols, perquè no els estarem alimentant constantment.

Es tracta d'una forma diferent de conèixer, d'una forma diferent de ser. És una capacitat innata de l'ésser humà. La consciència és un refugi que ens protegeix de les tensions i pressions de la vida.

L'EXPLORACIÓ CORPORAL

És una pràctica meditativa que realitzem estirats i que ens serveix de guia per prestar atenció directa i sistemàtica a cada una de les parts del cos. Ens anima a establir una relació més íntima i plena d'interès pel nostre cos en el moment present.

Podem utilitzar la respiració per portar la consciència a cada una de les parts del cos imaginant o sentint com es mou la respiració pel nostre cos.

Ens ajuda a reconnectar-nos amb el nostre cos, que té un paper clau en l'experiència i l'expressió de les emocions. Ser conscients de les sensacions del nostre cos ens pot ajudar a trencar vinculacions cap a la ruminació.

Quan ens despertem al matí fatigats, podem explorar i aproximar-nos des d'una nova perspectiva al nostre cos, diferent dels pensaments.

(Continua)

(Continua)

IOGA CONSCIENT

En bipedestació, contribueix al treball d'afinar la consciència corporal.

Els estiraments ens aproximen al malestar, a allò que és desagradable i ens proporcionen oportunitats per tractar-nos amb amabilitat, tendresa i compassió en lloc de forçar-nos i anar més enllà dels nostres límits o de jutjar-nos i criticar el nostre rendiment.

En abraçar el malestar intencionadament i amb consciència, estem ampliant l'apertura i ens conciliem amb nosaltres mateixos.

Així debilitem la tendència a evitar experiències internes que no ens agraden.

MEDITACIÓ ASSEGUTS

És una altra oportunitat per treballar amb el límit, sentim cert grau de malestar en meditar asseguts, simplement pel fet d'estar quietes un període llarg de temps.

La nostra atenció s'estabilitzarà en les sensacions de la respiració, ampliarem gradualment l'àmbit de la consciència per incloure una percepció del cos com un tot.

Quan deixem d'intentar ignorar o eliminar el malestar físic i li prestem atenció amb curiositat sana, podem transformar la nostra experiència.

Les emocions desagradables van acompanyades de sensacions i sentiments que es manifesten en el cos. Si trenquem els vincles automàtics que existeixen entre les sensacions corporals, els sentiments i els pensaments no es perpetuaran en les espirals descendents de l'estat d'ànim.

Si les deixem de veure com amenaçadores i les veiem com un esdeveniment passatger en lloc d'evitar-les (desconnexió) s'esvairan per elles mateixes.

Podem convidar una dificultat que hem tingut a resorgir i treballar amb ella corporalment, si ens asseiem uns minuts, ens concentrem en les sensacions de la respiració i anem ampliant la consciència per incloure el cos com un tot.

Les tensions que sentim en el cos poden estar relacionades amb un intent de protegir-nos quan estem sobrepassats per moments difícils. L'evitació de la tensió que ens envolta ens impedeix anar més enllà en les antigues ferides i en l'autocrítica. Desenvolupar la confiança per desfer-nos de les defenses naturals instintives davant de les dificultats i apostar per la sinceritat i l'autèntica apertura ens proporcionarà una solució i curació.

L'acceptació de les nostres emocions significa descobrir la por, notar un buit profund i dolorós...

Ens ajudarà a experimentar la riquesa de la vida fins i tot quan les coses semblen estar pitjor que mai.

■ Annex 27

Quins són els beneficis i les evidències de la prescripció social?

La prescripció social (PS) promou la resiliència i la salut mental individual.

El suport social és un factor protector per a la salut mental i física i, alhora, enforteix les comunitats promovent la cohesió social, la inclusió social i la tolerància. La participació regular en activitats comunitàries ajuda els pacients a desenvolupar recursos socials i psicològics, proporcionar un reforç positiu i ajudar a mantenir un estil de vida actiu i saludable.

Diversos estudis mostren que la prescripció social té un impacte important en els determinants socials de la salut mitjançant l'augment de la participació comunitària (Friedli, 2009). La participació en activitats comunitàries ajuda els pacients a desenvolupar recursos socials i psicològics, proporciona un reforç positiu i pot ajudar a mantenir un estil de vida actiu i saludable. (Fraser-Smith, 2000). La influència de l'aïllament social sobre el risc de mortalitat és comparable o major que la influència del tabaquisme i l'obesitat (Holt-lunstad Smith, 2010) (Plantell, 2013).

Existeixen moltes experiències i programes de PS per a la prevenció primària de la depressió i l'ansietat, en altres països, sobretot en el món anglosaxó:

- Anglaterra (Projectes: PLANS, Manchester, Greenwich Healthy Living Service).
- Irlanda (Projectes: Power of Words, Green Prescription Programme, Niche Community Health Project).
- Escòcia (Projectes: Healthy Living Centre HLC programme).

■ Annex 28

A qui va dirigida la prescripció social?

Cada equip d'Atenció Primària haurà de definir quina és la població de risc en què es vol intervenir, en base a les seves característiques sociosanitàries. Per aquest motiu, és important fer diagnòstic de salut sociosanitari de la comunitat.

La indicació de PS anirà dirigida a aquelles persones que presentin aïllament social o bé risc de patir aïllament. La valoració es farà mitjançant la utilització d'escala que valoren el risc d'aïllament. L'entrevista clínica és l'eina fonamental per a la valoració de l'aïllament.

En general, les persones que es poden afavorir d'un programa de prescripció social són totes aquelles que desitgen ser més autoeficaces, que estan disposades a assumir un canvi i alhora a prendre la responsabilitat de la seva pròpia salut. Serà responsabilitat del professional de confiança detectar qui necessita i qui està preparat per fer un canvi. No es pot prescriure res que estigui fora dels valors de les persones.

En primer lloc caldrà fer un cribatge inicial dels pacients que potencialment podrien patir aïllament social i que podrien afavorir-se de fer una activitat comunitària:

- Les persones amb malestar de la vida, trastorns adaptatius o bé que presenten símptomes lleus o moderats de depressió o ansietat.
- Grups vulnerables d'exclusió social com els nousvinguts sense xarxa de suport, mares i pares solters amb ingressos escassos, vidus o vídues, persones amb limitacions funcionals provocades per malalties físiques cròniques... Pacients hiperfreqüentadors de les consultes d'Atenció Primària.

D'aquest grup de cribatge inicial, estarà indicat aconsellar realitzar activitats comunitàries a aquelles persones que tenen factors de risc d'aïllament social o bé persones que presenten risc d'aïllament social.

La manera d'avaluar si una persona està en aïllament social s'obté a partir de l'entrevista clínica, avaluant el seu suport social. Existeixen diverses escales per valorar el suport social (*Escala de soport social. ESCA. Basada en el cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk*) que ens poden ajudar a avaluar si la persona presenta aïllament social o bé risc de patir-lo.

El programa anirà dirigit a aquelles persones que, per les seves característiques personals, no són autosuficients i necessiten ajuda per incorporar-se a una activitat de la comunitat.

■ Annex 29

Recursos comunitaris

Per poder fer una indicació de PS de qualitat, en primer lloc cal fer una detecció i recollir les activitats actualitzades del barri. Per a l'elaboració d'una cartera d'activitats de la comunitat, es necessita un mètode de treball col·laboratiu entre els professionals del Centre d'AP i totes les entitats que ofereixen activitats al barri.

Caldrà fer una detecció inicial de quines són les entitats que ofereixen activitats al barri. Necessitarem la col·laboració de totes les entitats de caràcter públic (ajuntament, associacions de veïns) i les entitats de caràcter privat.

S'hauran de definir i consensuar uns criteris mínims d'inclusió de les activitats amb els responsables de les entitats, per poder formar part del programa de PS. Es valorarà el tipus d'activitat, la durada o altres elements com ara la necessitat de pagament.

Un cop detectades les activitats caldrà endreçar-les per blocs temàtics. Aquesta classificació dependrà de les activitats que el barri pugui oferir i també de la decisió consensuada del grup de treball, amb l'objectiu que sigui el més operatiu possible. Una proposta podria ser:

- Informàtica, idiomes i comunicació.
- Voluntariat.
- Activar el cervell, relaxació i benestar.
- Agrupacions culturals.
- Activitat física, dansa, sortides i natura.
- Associacions de pacients i familiars.
- Artesania i manualitats.
- Arts, cultura i música.

Els grups de la comunitat van i venen. És prioritari que es porti a terme una actualització continuada dels recursos comunitaris i fer partícips els responsables de les entitats en el projecte. El lideratge compartit del projecte entre els prescriptors i els responsables de les activitats ajudarà a millorar l'efectivitat del programa.

Actualització del registre d'activitats. Cal establir un calendari d'actualització i centralitzar tota la informació necessària de les activitats en un registre únic. És important establir canals de comunicació àgils entre els responsables de les entitats que participen en el projecte i els responsables del registre d'activitats.

■ Annex 30

Qui ha de portar a terme la detecció i la prescripció social?

El professionals assistencials d'AP (metges, infermeres i professionals de salut mental), els treballadors socials i altres agents del barri, com els professionals de les farmàcies, estaran capacitats per fer la detecció de les persones que són susceptibles de fer una PS.

Cal decidir en cada centre quins seran els professionals que portaran a terme la prescripció. Tots els professionals assistencials que desenvolupen la seva activitat en els centres d'AP –medicina, infermeria, treballadors socials i professionals de salut mental– poden estar capacitats per fer prescripció social. Els treballadors socials i l'equip d'infermeria d'AP són, per la seva formació i currículum, els principals protagonistes davant els determinants socials de la salut.

Bibliografia

Entrevista psicosocial

- **Belle Brown J et al. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. Can Fam Physician 1998;44:1644-1650.**
 - Estudi descriptiu sobre 100 pacients acompanyats, vistos per 8 metges de família; conclouen l'efecte positiu que l'acompanyant té sobre l'entrevista.
- **Castro Gómez JA. Problemas psicosociales: una aproximación en la consulta. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, 2003.**
 - Explica quan hem de pensar que el pacient presenta problemes psicosocials, com descobrir-los i les habilitats necessàries per aconseguir-ho.
- **Del Prado Ordóñez Fernández M. Psicoterapia de Apoyo en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam 2008;2(5):226-235.**
 - Article molt complet sobre aquesta teràpia.
- **Eichelbaum D, Pacual P, Leon Sanromà M. Entrevista clínica en salud mental. El Médico Interactivo, 2007.**
 - Explica aspectes interessants de l'entrevista clínica orientada a la salut mental. Explica els models BATHE, aspectes psicodinàmics de l'entrevista; el model DEPENAS, aplicació de counselling. Aspectes de la teràpia de resolució de problemes, teràpia interpersonal.
- **Forrest Lang et al. Interviewing When Family Members Are Present. Am Fam Physician 2002; 65:1351-4.**
 - Article on s'aborden els aspectes de confidencialitat a la consulta, amb un acompanyant. Explica la influència de l'acompanyant sobre l'entrevista.
- **López-Ibor JJ. Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno. Educ. méd. Vol. 11. Supl.1. Barcelona, diciembre 2008.**
 - Article interessant on s'explica aspectes de l'entrevista com a transferència i contratransferència, resistència, repressió i conflicte. També dona una guia per fer l'entrevista clínica.
- **Main DS, Holcomb S, Dickinson P, Crabtree BF. The effect of families on the process of outpatient visits in family practice. J Fam Pract 2001 Oct;50(10):888.**
 - Estudi descriptiu més ampli amb uns 1.637 pacients i 18 metges de família, conclouen l'efecte positiu de l'acompanyant a la consulta.
- **Rodríguez-González AM et al. Percepción médica sobre la influencia del acompañante en la consulta del primer nivel de atención. Medicina Universitaria 2011;13(51):73-78.**
 - Estudi descriptiu mexicà, on entrevisten metges de família i els pregunten sobre la percepció que tenen dels acompanyants a la consulta.
- **Turabián JL, Pérez Franco B. El acompañante en la entrevista clínica de Atención Primaria. Semergen 2015;41(4):206-213.**
 - Aquest article parla de la influència de l'acompanyant a la consulta, un aspecte poc treballat en la bibliografia sobre l'entrevista clínica.

Resolució de problemes

- **Bell AC, D’Zurilla TJ. Problem solving therapy for depression: A meta-analysis. Clinical Psychology Review 2009(29);348-353.**
 - Metanàlisi sobre la utilitat de la resolució de problemes en la depressió.
- **Cape J et al. Brief Psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Medicine 2010(8):p 38.**
 - Metanàlisi on es comparen l’efectivitat de la teràpia cognitiva, counselling i resolució de problemes en depressió i ansietat i, el més important, aplicades en l’Atenció Primària.
- **Garcia Campayo J, Hidalgo I, Orozco F. Psicoteràpia de resolució de problemas en Atención Primaria. Ars Médica 2006.**
 - Llibre clàssic molt didàctic de com aplicar aquesta tècnica en la consulta d’Atenció Primària.
- **Pierce D. Problem Solving Therapy. Use and effectiveness in general practice. Australian Family Physician, Vol 41, n°9, setember 2012.**
 - Article canadenc on s’explica la tècnica de resolució de problemes en l’Atenció Primària.
- **Porensky EK, PhD Assistant Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Health. Department of Psychology The Ohio State University Wexner Medical Center.**
<https://ccme.osu.edu/WebCastsFiles/562The%20Management%20of%20Stress%20-%20.pdf>
 - Presentació on s’expliquen les teràpies no farmacològiques per abordar l’estrès, fent una menció a la teràpia de resolució de problemes.
- **Psicología del pensamiento. Tutor Pinilla Ruiz D. Tema 7 (cap. 9): La toma de decisiones.**
<http://www.psicocode.com/resumenes/7pensamiento.pdf>
 - És un article una mica complex, on s’explica com arribem a prendre una decisió i les variables que intervenen.
- **Thomas J D’Zurilla, Nezu AM. Problem-Solving Therapy. A Positive Approach to Clinical Intervention. Third Edition. September 18, 2006. Springer Series on Behavior Therapy and Behavioral Medicine. ISBN 13 9780826114884.**
 - Llibre d’un dels autors més importants en la tècnica de resolució de problemes.

Dol

- **Buitrago F, Ciurana R et al. Grupo de Trabajo de Salud Mental. PAPPS. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona, semFYC 2001.**
 - Llibre sobre activitats preventives en SM.
- **Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria: (1)El proceso de duelo. MEDIFAM 2002;3:218-225.**
 - Article on s’explica el procés del dol des d’una vessant constructivista i les tasques que una persona, en procés de dol, ha de fer i com el professional la pot ajudar.
- **Fundación Mario Losantos del Campo. Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños.**
<http://www.fundacionmlc.org/uploads/media/default/0001/01/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>
 - Molt recomanable, explica com actuar amb el dol infantil.

- › **Lacasta MA, Arranz Carrillo P. Anticipación al duelo. FMC 2005(1):91-96.**
 - Explica l'abordatge del dol abans de la mort.
- › **Minguez J, Ruiz M. Atención al duelo. AMF 2015;11(5):300-303.**
 - Article molt didàctic sobre el dol no patològic.
- › **Pereira R, Vannotti M. Un caso de duelo familiar. FMC 2011;18(4):200-204.**
 - Article molt interessant, on s'explica el procés de dol vist des del context familiar.
- › **Pereira Tercero R. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. FMC 2010; 17(10):656-63.**
 - Article també molt didàctic que explica el procés del dol i a més explica algunes tècniques de com intervenir.
- › **Tizón JL. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. Jano 2006, nº 1618, p. 58-60.**
 - Article molt interessant sobre la medicalització del dol i la cronificació del sofriment.
- › **Tizón JL. Pena, pérdida, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona, Paidós 2004.**
 - Llibre clàssic i molt recomanable.

Insomni

- › **Atenció Primària basada en l'evidència. 3 clics. Insomni <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=509>**
- › **Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for insomnia. Arch Inten Med 2004;164:1888-1896.**
 - Estudi interessant, fet en persones de mitjana edat, on es demostra l'efectivitat de la teràpia cognitiva en l'insomni. El problema és que només hi participen 65 pacients.
- › **DSM-5.**
- › **Erman M, Peck P. Tratamientos del insomnio en los cuidados primarios RET. Revista de Toxicomanías, nº 40, 2005.**
 - Explica com actuar en l'insomni.
- › **Faria AC et al. Berlin questionnaire or Epworth Sleepiness Scale in COPD. Int J Gen Med 2015;8:275-81.**
 - Compara utilitat dels dos qüestionaris.
- › **Fernandez San Martin et al. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Sleep Medicine 2010;11(6):505-511.**
 - Interessant metanàlisi sobre la utilitat de la valeriana.
- › **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guías de práctica clínica en el SNS. Edición 2009.**
 - És una guia extensa.
- › **Harsora P et al. Non pharmacologic Management of Chronic Insomnia. Am Fam Physicians 2009;79(2):125-130-132.**
 - Article que fa un repàs de la higiene del son, explica la tècnica de restricció del son i control d'estímuls.

- › **INFAC. Manejo del insomnio. Volumen 21, nº3, 2013.**
 - Informe sobre l'insomni. Fa un repàs al tractament farmacològic, no farmacològic i un apartat sobre l'insomni en nens.
- › **International Classification of Sleep Disorders. Tird Edition. Chest 2014; 146 (5): 1387-1394.**
 - Classificació dels trastorns del son.
- › **Kalyanakrishnan MD et al. Fam Physician 2007;76:517-26, 527-8.**
 - Revisió concisa sobre l'insomni i el seu tractament en l'Atenció Primària.
- › **Lloberes P et al. Normativa SEPAR: Diagnóstico y tratamiento del síndrome apnea-hipoapnea del sueño. Arch Bronconeumologia 2011; 47: 143-81.**
 - Important article sobre l'insomni secundari a apnees del son.
- › **López de Castro F et al. Abordaje terapéutico del insomnio. SEMERGEN 2012;38(4):233-240.**
 - Fa un repàs de l'insomni, mesures higièniques, tractament no farmacològic i una revisió extensa del tractament farmacològic.
- › **Silber MH, MB, Ch B. Chronic Insomnia. N Engl J Med 2005;353:803-10.**
 - Article sobre l'insomni crònic; fa més èmfasi en el tractament farmacològic.
- › **Mahendra P, Sharma and Chittaranjan Andrade. Behavioral interventions for insomnia. Theory and practice. Indian J Psychiatry 2012 Oct-Dec; 54(4): 359-366.**
 - Article complet sobre les tècniques de control d'estímuls, restricció del son i tècniques cognitives.
- › **Morin ChM, Benca R. Chronic insomnia. Lancet 2012; 379: 1129-4.**
 - Article molt complet sobre l'insomni crònic.
- › **Oliva Ramos A et al. Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño. Med Clin (Barc);2016;147(1):22-27.**
 - Completa revisió sobre la síndrome d'apnea-hipoapnea del son.
- › **Salter S et al. Treating primary insomnia - the efficacy of valerian and hops. Aust Fam Physician 2010 Jun; 39(6): 433-37.**
 - Estudi sobre l'eficàcia de la valeriana en pacients d'Atenció Primària.

Depressió

- › **Cursos de Mindfulness online www.mbsronline.es**
- › **Cursos de Mindfulness presenciales www.esmindfulness.com**
- › **Goleman D. El cerebro y la inteligencia emocional: Nuevos descubrimientos. Ed. B 2016.**
- › **GPS ministerio: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf**
- › **Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español 2008.**
 - http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_herram.pdf
- › **Guia NICE: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45896/45896.pdf>**

- <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
 - L'OMS en el seu informe de l'any 2002 destacava que l'envelliment de la població i l'increment de factors de risc com l'atur, la pobresa, les migracions, la falta de suport familiar i social, l'augment de l'abús de substàncies, la solitud i la ruptura de xarxes socials, són aspectes que contribuiran a l'increment de trastorns mentals en les properes dècades. Un dels trastorns mentals més freqüent i que produeix gran discapacitat és el trastorn depressiu.

- <http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/els-matins/els-avantatges-de-la-meditació-mindfulness/video/5533109>

- <http://www.ccma.cat/tv3/alcarta/programa/Andres-Martin/video/3318271/>

- <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/ecma/10/&file=ecma017.px&type=pcaxis>
 - El percentatge de mortalitat per suïcidi i autolesions al 2008 segons el Registre de Mortalitat de l'INE va ser de 7.582 per 100.000 habitants. Aquest percentatge es dobla a partir dels 75 anys i segueix sent molt superior en homes.

- http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/index.html
 - Segons l'OMS, la depressió afecta a uns 121 milions de persones al món i assenyala que una de cada cinc persones arribarà a desenvolupar un quadre depressiu al llarg de la seva vida; aquest nombre pot augmentar si concorren altres factors de risc com malalties mèdiques o situacions d'estrès.
 - Les dades de prevalença de depressió i distímia a la població que consulta al metge de família, en un estudi multicèntric realitzat en 15 països de diferents cultures, són del 10,4% i 2,1%, respectivament; les dades de prevalença de depressió major i distímia a la població general a Europa occidental segons l'estudi ESEMeD són de 12,8% i 4,1%, respectivament; més freqüents en dones (16,5% i 6%).
 - En un estudi realitzat a l'AP a Tarragona en dues fases (en la primera cribratge i en la segona entrevista psiquiàtrica estructurada) en pacients de 18 a 70 anys es va trobar una prevalença ponderada del 14,7% (IC del 95%, 10,7-18,7%) per depressió major i del 4,6% (IC del 95%, 2,4-6,8%) per distímia.
 - Les causes de la depressió no són conegudes, hi ha diferents factors que podrien intervenir en la seva gènesi com: factors genètics, vivències de la infància i adversitats psicosocials actuals (context social i aspectes de la personalitat).
 - També podrien jugar un paper important en el desenvolupament de la depressió les dificultats socials, el gènere, l'estatus socioeconòmic o disfuncions cognitives, encara que el més probable seria la interacció de factors biològics, psicològics i socials.
 - Tot i que les defuncions per suïcidi i autolesions poden ser conseqüència d'altres trastorns mentals a part dels afectius, té interès recordar que l'any 2008, segons resultats de l'Institut Nacional d'Estadística, es van produir a Espanya 3.457 morts per suïcidi, dels quals 1.095 van ser persones de **65** anys o més i d'ells el 75% eren homes.

- **Kabat-Zinn J. Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás. Ed. Paidós 2009.**

- **Martín Asuero A. Cambiar y cambiarse, creando un futuro mejor. Ed. Plataforma 2011.**

- **Martín Asuero A. Con Rumbo propio. Disfruta de la vida sin estrés. Ed. Plataforma 2008.**

- **Martin Asuero A et al. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness para reducir el burnout en profesionales de Atención Primaria. Gaceta Sanitaria 6 (vol.27), pp.521-528.**

- **Martin Asuero A. Plenamente. Mindfulness o el arte de estar presente. Ed. Planeta 2015.**

- **Salut Mental i Atenció Primària. Segona edició. CAMFiC 2012. Capítol 13: La salut mental dels professionals d'Atenció Primària.**

- › Subirana M, Cooperrider D. Indagación apreciativa. Ed. Kairos 2013.
- › Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. Vencer la depresión. Descubre el poder de las técnicas del mindfulness. Ed. Paidós 2010.

Prescripció social

- › Brandling J et al. Social prescribing in general practice: Adding meaning to medicine. *Br J General Practice* 2009;59:454-6.
- › Dowrick C et al. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: The impact of depressive symptoms. *Br J General Practice* 2000;50:361-5.
- › Friedli L. Developing social prescribing and community referrals for mental health in Scotland. Glasgow: Scottish Development Center for Mental Health 2007. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0054752.pdf>
- › Grant C et al. A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ* 2000;320:419-30.
- › Grenne J. Prescribing a healthy social life. *Hippocrates* 2000;14:1-8.
- › Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 2010; 7(7): 859.
- › Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social Isolation: A Predictor of Mortality Comparable to Traditional Clinical Risk Factors. Published on line ahead of print, September 12, 2013. *American Journal of Public Health*.
- › Projecte de suport a persones afectades emocionalment per la crisi: disseny d'una intervenció en xarxa. Fundació CCSM. Congrés Català de Salut Mental.

Idees clau

- Les estratègies d'ajuda psicològica més utilitzades en Atenció Primària són les relacionades amb l'entrevista clínica.
- En l'entrevista metge-pacient és important que el professional aprengui a contenir les seves pròpies emocions.
- Davant la projecció d'ansietats per part del pacient, el professional ha d'aprendre a elaborar-les per si està indicat retornar-les per tal d'afavorir la millora del pacient.
- Entre els models d'ajut psicològic es troben el BATHE i el DEPNAS.
- La presència d'acompanyants a la consulta ofereix oportunitats de conèixer més el pacient, al mateix temps que és un repte per al metge.
- El professional ha de procurar garantir la confidencialitat i privacitat del pacient. En ocasions cal programar una entrevista només amb el pacient.
- Són necessàries habilitats especials, com no prendre part per algun dels membres presents, deixar-los parlar a tots, fer-los participar a tots.
- Consensuar un pla terapèutic amb tots el membres.
- Les emocions són una conseqüència de com interactuen: experiències prèvies, models d'aprenentatge, creences.
- La tècnica de resolució de problemes, com a tècnica de modificació de la conducta, té com a meta la d'entrenar el pacient en una sèrie de respostes alternatives com afrontament a un problema i seleccionar la que probablement sigui la més efectiva.
- La tècnica de resolució de problemes té com a instrument essencial la pluja d'idees.
- El professional no ha d'intervenir activament, ha de deixar que sigui el propi pacient qui prengui part activa; el professional només acompanya i aconsella.
- Les metes a aconseguir han de ser clares i assequibles.
- Les solucions al problema han de ser realistes i assumibles.
- El dol no només es pot viure de manera individual, sinó que també es viu a nivell familiar.
- La pèrdua d'un membre de la família comporta una nova organització o relació familiar.

- El dol és un procés psicològic causat per la pèrdua d'una persona estimada. La majoria de persones disposen de recursos d'afrontament, però hi ha persones que necessiten informació sobre el seu procés; altres, assessorament i algunes, una intervenció específica.
- La majoria dels dols es resolen amb normalitat i amb ajuda familiar i social.
- Diferents estudis han demostrat que el dol pot ser la font de malalties i fins i tot de mort.
- El procés de dol s'ha de contextualitzar en l'entorn cultural.
- El dol anticipat afavoreix la preparació davant la pèrdua, facilita compartir sentiments, reconciliacions, acomiadaments...
- L'elaboració de la pèrdua implica unes tasques diverses: acceptar la pèrdua, expressar i sentir dolor, adaptar-se al medi on el difunt/a no hi és, reintegrar, emocionalment, a la persona afectada per continuar la seva vida.
- L'orientació en el procés de dol té com a objectiu contribuir a elaborar la pèrdua de forma sana i prevenir dols complicats.
- El dol complicat és més freqüent quan hi ha factors de risc associats.
- En cas de dol complicat s'ha de derivar als serveis de Salut Mental.
- L'insomni crònic afecta més del 10% al 15% de la població.
- El tractament ha de consistir en l'eliminació dels símptomes i la modificació dels factors d'estils de vida que poden afectar la qualitat del son.
- Les tècniques cognitivoconductuals busquen canviar els mals hàbits del son, reduir l'ansietat i modificar creences que poden empitjorar l'insomni.
- Les tècniques de control d'estímuls intenten reentrenar el pacient a associar el llit i dormitori amb el dormir. Això s'aconsegueix limitant les activitats incompatibles amb el son com llegir, parlar, menjar, veure la televisió, etcètera.
- Les tècniques de restricció del son es basen en el fet que les persones amb insomni estan al llit més temps del necessari i així es va mantenint l'insomni; per tant, produïrem en el pacient una lleugera falta de son per aconseguir que dormi amb menys interrupcions.
- Les tècniques cognitivoconductuals soles no tenen tanta eficàcia com quan s'utilitzen amb tractament farmacològic.
- Els tractaments farmacològics poden considerar-se de primera línia quan l'insomni és agut i/o necessitem una reducció immediata del símptoma.
- El 80% de les persones que pateixen una depressió van al metge presentant dolors corporals que estan relacionats amb el cansament i la fatiga que comporta la depressió.
- El 50% de les persones que experimenten depressió tornen a tenir-la, tot i semblar que s'han recuperat completament. Després d'un segon o tercer episodi, el risc de recurrència augmenta fins al

80-90%. Les persones que hagin patit una depressió per primera vegada abans dels 20 anys tenen més risc de tornar a estar deprimides.

- El trastorn depressiu major (TDM) constitueix un dels problemes de salut amb major càrrega de morbiditat al món i representa el trastorn mental més habitual en la comunitat, amb una prevalença del 9,5% anual a Catalunya.
- L'especial proximitat, continuïtat i coneixement mutu entre el pacient i els professionals dels equips d'AP fan d'aquest àmbit assistencial l'entorn idoni per poder contenir, acompanyar i gestionar el procés.
- La depressió crea una connexió en el cervell entre l'estat d'ànim trist i els pensaments negatius, de manera que fins i tot la tristesa normal pot tornar a despertar pensaments negatius de gran magnitud.
- Els pensaments negatius tenen un paper molt important en la depressió.
- Els pensaments determinen l'estat d'ànim, no són els esdeveniments en si els que determinen les nostres emocions, sinó les nostres creences o interpretacions respecte aquests esdeveniments.
- L'estat del nostre cos té un efecte sobre el nostre estat mental, sense que en siguem conscients.
- *Mindfulness*: cultivar l'atenció plena, sorgeix quan posem atenció a les coses tal i com són de forma deliberada, en el moment present i sense jutjar. Ens pot ajudar a viure amb major plenitud i afrontar de manera més eficaç els reptes de la vida pràctica.
- *Mindfulness*: es considera una intervenció complementària; és un tipus d'atenció innovadora «centrada en el pacient». El pacient deixa de ser pacient i agafa un paper actiu en la cura de la seva salut.
- *Mindfulness* difereix de les teràpies que tracten l'estrès des del pla cognitiu, perquè no emfatitza que la persona jutgi les seves emocions com a positives o negatives ni intenti modificar certes creences considerades irracionals o desadaptatives. Aquest model pretén aconseguir major consciència del pensament per observar-lo de forma desvinculada, sense jutjar-lo, assumint la seva naturalesa efímera i la seva capacitat d'arrossegat-nos en diferents ocasions, sense reaccionar impulsivament.

Qüestionari d'autoavaluació

PREGUNTES

I Quins són els problemes psicosocials segons el DSM-5?

En Pere té 70 anys, pateix de diabetis, MPOC i ara ha patit un infart de miocardi que s'ha resolt amb un stent; ha de prendre doble dosi d'antiagregant durant un any. Anem al seu domicili, cridats per la seva esposa, la qual ens diu que en Pere s'ha posat a tremolar i que té dolors al pit i sensació d'ofec; el trobem assegut al llit i ens explica que es troba cansat: «No crec que me'n surti». També està trist i tip d'estar malalt: «Dono molta feina i ara no puc dormir». Ens diu que tot el dia té dolors al pit i que li costa respirar: «Segur que ara s'han complicat els pulmons».

II Descartat l'origen orgànic del seus símptomes, descriu l'enquadrament de la situació:

La Pilar, de 88 anys, està en una situació terminal i s'espera que mori en pocs dies; la Maria, que és filla única i cuidadora principal, està molt amoïnada, porta uns mesos al costat de la seva mare seguint tot el procés, ara ens diu: «Voldria que tot s'acabés, ja no hi podem fer res més». Una resposta adequada per evitar sentiments de culpabilitat podria ser: «Tens tot el dret a dir que no pots veure més aquesta situació si estàs al límit».

III Quins altres aspectes, tenint en compte que és filla única i cuidadora principal, hauríem de tenir en compte? Enumerem-ne almenys tres.

IV Quins efectes té medicalitzar el dol?

V Quan hem de derivar el pacient?

En Joan, de 45 anys, acudeix a la consulta per explicar-nos que fa quatre mesos que li costa dormir gairebé cada dia.

VI-1 Quin tipus d'insomni té?

VI-2 Què més hem de preguntar?

Explica que li costa iniciar el son unes dues hores i que molts dies es desperta una hora abans que soni el despertador; com que no pot dormir, escolta la ràdio al llit. No té pro-

blemes importants. No fa migdiada i durant el dia es troba cansat. No pateix cap malaltia orgànica ni mental.

VI-3 Quin diagnòstic podem fer?

VII Quins són els criteris d'inclusió per utilitzar la tècnica de resolució de problemes?

VIII Enumera les etapes d'una teràpia en resolució de problemes.

IX Explica les etapes d'una entrevista biopsicosocial.

X Dins de l'entrevista biopsicosocial abordem aspectes biològics, psíquics, culturals, demogràfics i socials, però ens en falta un de molt important, explica quin és.

La Núria ens ve a veure perquè des de fa un mes no pot dormir; ens diu que quan és al llit no para de donar voltes, obre el llum, es posa a mirar la televisió i també mira el mòbil.

XI Quin consell li hem de donar?

XII Si s'hagués de prescriure una restricció del son, com ho hauríem de fer?

XIII Amb quins problemes de salut es relaciona el dol?

La Ramona, de 70 anys, fa un mes que va patir la mort del seu marit; plora, no té ganes de fer res i està trista, però encara va a comprar i cada tarda surt a passejar; la filla ens demana si li podem donar alguna pastilla, ja que la veu patir.

XIV Quina ha de ser la nostra actitud?

XV En quin tipus de depressió no estaria indicat només fer *mindfulness*?

XVI Explica els motius per derivar una persona que pateix un dol al centre de Salut Mental d'adults.

La Jana és una nena de 10 anys a qui se li ha mort l'avi. La seva mare, l'Olga, ens diu que la seva filla no para de fer preguntes sobre la mort de l'avi; també ens diu que no va portar-la a l'enterrament.

XVII Quina resposta hem de donar a la mare?

La Sarai és una noia de 27 anys sense antecedents patològics d'interès. Mentre marxa de viatge a l'estranger acompanyada per un amic, presenta pèrdua de coneixement al carrer, és portada a l'hospital on ho etiqueten de crisi d'ansietat (després de fer-li anamnesi i exploració física amb constants normals i analítica normal).

XVIII Quina és la resposta falsa?

- a) Li recomanaríem practicar *mindfulness* potser començant per tècniques de respiració que l'ajudin a millorar l'ansietat que pateix habitualment, com en els moments de crisi.
- b) Li aconsellariem que fes exercici físic de forma regular.
- c) Que practiqués situar-se amb consciència plena en alguna activitat rutinària de la vida diària, com la dutxa de cada matí.
- d) Les intervencions de *mindfulness* orientades a descobrir i potenciar els recursos personals per poder-se convertir en participants actius en la seva vida.
- e) Les intervencions de *mindfulness* només es recomanen en casos de depressió.

La Maria té 65 anys, casada fa uns 40 anys amb un marit que vol decidir per tots i que fa poc que li van diagnosticar una DEMAE, ha perdut la visió d'un ull i es troba en procés d'insulinització. Té una forta convicció religiosa, treballa a casa i s'ocupa de tota la família, li agrada molt llegir. Té tres fills, tots independitzats, el més gran en tràmits de separació difícil, la segona pateix esquizofrènia i el seu marit també pateix una alteració mental, ludopatia; tenen dues nenes adolescents, tot i que són autònomes necessiten la mare com a suport. L'altre fill, que és el suport més gran per a la mare, ha anat al Brasil, d'ajuda humanitària. La pacient no havia tingut mai cap problema de salut fins ara que està sempre neguitosa, té insomni de despertar precoç, tristesa, apatia i no té ganes d'anar a fer ganxet amb les amigues; pateix per com s'ho faran si ella es posa malalta.

XIX Com podríem ajudar la Maria? Quina de les respostes no és correcta?

- a) Davant de la situació que pateix li donaria una benzodiazepina durant uns 15 dies, un antidepressiu tipus citalopram i la tornaria a citar a la consulta en un mes.
- b) Li ensenyaria a la consulta a practicar la tècnica de respiració i l'animaria que ho fes varies vegades al dia.
- c) Intentaria fer-la reflexionar sobre la importància de l'autocura en els cuidadors i de com cal potenciar els espais que ens nodreixen com el ganxet amb les amigues.
- d) Tornaria a citar la Maria per aprofundir en l'entrevista i poder discriminar si es tracta d'un malestar de la vida, un trastorn adaptatiu o una depressió.

XX La Paquita és una senyora de 68 anys, que actualment està en tractament per una tuberculosi pleural, està amoïnada i espantada, ja que a la seva família han patit una tuberculosi el seu fill i una neta. No té cap malaltia afegida ni pren cap tractament, excepte l'antituberculós, ni presenta antecedents patològics d'interès. Ens explica que li costa dormir, es lleva a la nit, perd pes i plora. Quina actuació hem de tenir?

- a) Li hem de dir que, com que pren el tractament antituberculós, aquests símptomes són deguts a la medicació.
- b) L'hem de derivar a psiquiatria per fer el diagnòstic d'una probable depressió.
- c) Una vegada descartada la causa orgànica, hem d'aprofundir en l'entrevista, valorar els aspectes socials, culturals, espirituals i avaluar les pors; hem d'intentar fer un enquadrament de la situació.
- d) Li donarem lorazepam perquè dormi.

XXI En Joan és un metge de família que està patint un procés de separació de la seva parella; està neguitós i li manca concentració. Li acudeix a la consulta la Pilar, que està en procés de separació, li explica que no pot dormir, crida per tot i ara el seu company li reclama la custòdia de la filla. La Pilar li pregunta al Joan: «Tu què faries, Joan?». Com s'anomena aquesta conducta i com la respondríem?

XXII Una vegada donada la resposta, la Pilar insisteix en la seva simptomatologia, plora, està neguitosa, crida tot el dia, es troba cansada i molt irritable; li diu que el seu ex-marit és una mala persona. Quines de les respostes del Joan són adequades?

- a) Pilar, jo em trobo com tu i crec que tens tota la raó d'estar enfadada; si et vols sentir bé, has d'anar a per totes.
- b) Pilar, has de prendre sertralina, que et millorarà.
- c) Pilar, jo araestic en un moment difícil i no et puc ajudar tal com voldria, si vols et recomano un company perquè et pugui atendre millor.
- d) Totes són incorrectes.

XXIII La Marina té 72 anys, és una persona amb pluripatologia, diabetis, MPOC, angina de pit, arteriopatía distal i poliartròsi; ha estat estudiada per altres especialistes i actualment està estable de les seves patologies; és una persona demandant, fa 3 mesos li varen posar una pròtesi al genoll dret i fa 2 anys li varen posar a l'esquerre. Cuida d'un fill que té una minusvalia que el fa dependent, ve a la consulta per tenir mal a tot arreu. El seu metge, que aquell matí ha tingut la consulta plena, quan la veu entrar li canvia la cara, són les 14 h i encara ha de fer un domicili i, ara, la Marina li diu: «Ja sé, doctor, que té pressa, però em trobo malament, em fa mal tot: l'esquena, els genolls... El seu metge li respon: «Miri, Marina, li demanaré una anàlisi per mirar el reuma i unes radiografies dels genolls i esquena». Com creus que ha actuat el seu metge?

- a) Com que té pressa, li ha demanat el que calia i quan torni amb els resultats ja la mirarà millor.
- b) Li hauria d'haver donat un analgèsic, com paracetamol, i tornar-la a citar.
- c) El metge ha fet el que s'anomena una «evitació defensiva»: demanar proves amb discutible indicació.
- d) Cap resposta és correcta.

XXIV En Pere té 70 anys, pateix d'un càncer de pulmó amb metàstasi generalitzada, està en situació terminal; la Maria, la seva esposa de 68 anys, és la cuidadora principal; la Maria el vol cuidar a casa, però ara que el Pere està ja a la recta final, està angoixada, ens diu que: «voldria que tot s'acabés, ja no hi podem fer res». Quina resposta és correcta?

- a) Tens tota la raó, Maria, no s'hi pot fer res, ara has de mirar de tranquil·litzar-te, la vida no s'atura.
- b) Tens tot el dret a dir que no pots veure més aquesta situació i estàs al límit.
- c) Informar de la situació i de tots els canvis que sorgeixen, a més de fer un bon control dels símptomes. Promoure l'organització dels familiars per evitar l'esgotament.
- d) b i c són correctes.

XXV La Maria ens diu que no entén que li donem tants medicaments per aquesta agulla (via subcutània), val més deixar-lo morir en pau. Què li respondries?

- a) Potser tens raó, li suspendrem tota la medicació subcutània.
- b) Miri Maria, el metge sóc jo i faig el que crec que he de fer.
- c) Maria, necessitem el teu suport perquè el Pere prengui la medicació. El teu paper és fonamental en l'atenció. Sé que vols el millor per al Pere, les cures que estem fent li milloren el dolor i el patiment.
- d) Totes les respostes són correctes.

XXVI Per què és millor parlar de tasques del dol i no de fases o etapes?

XXVII Quines tres preguntes faries, en una entrevista clínica, per valorar el risc d'aïllament?

XXVIII La Milagros és una senyora de 55 anys, que viu en un barri amb escassos recursos, viu sola, surt de casa només per fer la compra. Fa uns dies que va anar al seu CAP i se li va suggerir fer alguna activitat al barri; avui ha d'anar a veure l'infermer, en Marc, per donar-li una resposta. La Milagros veu que encara és jove, creu que hauria de sortir més, però no li ve gaire de gust sortir; hi ha dies que ho veu clar i d'altres no. En quina fase motivacional creus que es troba?

- a) Contemplativa.
- b) Precontemplativa.
- c) Preparació.
- d) Acció.

XXIX Al cap d'un mes, la Milagros ha decidit fer alguna activitat al barri, avui té consulta i expressarà aquest interès; li ha portat un paper amb diverses activitats preferents. Com ha d'actuar l'infermer, en Marc?

- a) En Marc veu que ha subratllat diverses activitats i li diu que vagi a casa i en triï una.
- b) En Marc veu que ha subratllat diverses activitats i l'ajuda a triar-ne una, segons les característiques i valors personals (acompanyament).
- c) En marc li diu que es posarà en contacte amb el responsable de l'activitat per tal que la Milagros sigui acollida.
- d) b i c són correctes.

XXX L'Oriol és un nen de 8 anys, el seu avi de 90 anys ha mort, els pares et pregunten si ha d'anar al funeral. Quina resposta els donaràs?

- a) I tant que hi ha d'anar, com més aviat s'enfronti a la mort, millor.
- b) Millor que no, encara és petit i és millor evitar-li els mals tràngols.
- c) No s'ha d'obligar el nen a anar al funeral, podem tenir en consideració el seu desig i la seva opinió. Si hi va és imprescindible que hi hagi una persona que li doni suport i que tingui l'oportunitat d'abandonar el lloc si l'experiència és massa dura per a ell.
- d) Cap resposta és correcta.

RESPOSTES

I

- Factors psicològics o comportamentals que afecten l'estament mèdic general.
- Problemes de relació o familiars.
- Problemes relacionats amb l'abús o negligència.
- Problemes relacionats amb qüestions personals (biogràfics, d'identitat, religiosos, etcètera).
- Problemes socials (domèstics, econòmics, legals).
- Altres (dol, problemes acadèmics, comportaments antisocials, deteriorament cognitiu).

II

- **Pensaments:** no me'n sortiré, dono molta feina.
- **Sentiments-emocions:** tristesa, cansament emocional, sentiment de càrrega.
- **Síntomes:** insomni, dolors toràcics atípics, tremolors, manca d'aire.

Miri Pere, vostè, com sap, és diabètic i presenta problemes als bronquis; actualment els té ben controlats; ara va tenir un infart que ja ha superat; és normal que pensi que no se'n

sortirà i que dona feina i, per tant, que se senti trist, que estigui cansat de patir i que tingui la sensació que és una càrrega per a la seva família. Tot això li crea un neguit, una angoixa que li provoca un mal dormir; tremola i li falta l'aire; aquests símptomes milloren quan es tranquil·litza. El que li passa no té res a veure amb tot el que té, només té a veure amb un estat de neguit, ocasionat per tot el que li ha passat.

III

- Promoure altres funcions, a més de les de cuidador/a, «pensem junts com seguir atenent la resta de la casa, sense oblidar cuidar el pacient».
- Reforçar la sensació d'utilitat del cuidador/a, «necessiten el teu suport perquè el/la pacient prengui la medicació. El teu paper és fonamental en l'atenció».
- Explorar pors i preveure aspectes pràctics si el cuidador/a pot estar sol en el moment de la mort. Hi ha persones que s'inquieten si s'han de quedar soles en el moment de la mort.
- Avaluar els factors de risc per a prevenir complicacions.
- Evitar sentiments de culpa posteriors, tenint en compte la situació familiar; si hi ha una bona organització familiar podem prevenir una claudicació emocional i el pacte de silenci, amb els conseqüents pensaments d'abandonament del pacient.

IV «Adormir el sofriment» no fa que desaparegui, sinó que el posposa. En el dol normal els ansiolítics i antidepressius són innecessaris. Els ansiolítics es poden recomanar en casos puntuals per alleugerir l'ansietat i l'insomni, en períodes curts, a dosis baixes i millor els de vida mitja curta. Els antidepressius estan contraindicats, excepte si hi ha depressió. Utilitzar aquests fàrmacs ens portarà al que Tizón anomena cronificació medicalitzada del dol.

V

- El dol ha derivat cap a un quadre de trastorn mental greu.
- Estils d'afrontament autolesius a curt i mig termini.
- El dol es dona en persones que ja tenen un trastorn mental greu i el dol està descompensat.
- El dol és patològic o complicat.
- Aparició de comorbiditat associada: trastorn per estrès posttraumàtic, fòbies, crisis d'angoixa...

VI

VI-1

Estem davant d'un insomni crònic, ja que porta més de tres mesos d'evolució.

VI-2

Saber més dades sociodemogràfiques, socials i psicològiques i si hi ha malalties, ingesta de substàncies o altres trastorns mentals. Li preguntarem per la història del son.

VI-3

Insomni primari.

VII Que el pacient presenti un trastorn mental, com trastorn d'ansietat, depressió o adaptatiu. Que el pacient reconegui l'existència del problema i que aquest li provoqui malestar emocional. Si el pacient no té consciència de malaltia o de no patir un trastorn mental, no està indicada la teràpia de resolució de problemes.

VIII

- Percebre que a la seva vida hi ha un o diversos esdeveniments estressants i els percep com un repte que s'ha de resoldre. El professional l'ha d'ajudar a percebre aquests estressors.
- La persona ha de creure que és capaç de tenir èxit en solventar aquest problema. El professional ha de fer una valoració de les capacitats d'afrontament del problema.
- Definir de manera curosa el problema i que aquest sigui realista.
- Generar una sèrie de solucions o opcions de com afrontar-lo. *Brainstorming*.
- Escollir la millor solució, la més efectiva o la més realista, i predir-ne les conseqüències. El professional l'ha d'ajudar en aquesta tasca.
- Implementar la solució escollida.
- Observar i avaluar els resultats amb l'ajut del professional.

IX Cordialitat i escolta activa; delimitar la demanda i creences d'atribució; maneig de les emocions; salut psicossocial; exploració psicològica; síntesi dels problemes; pla terapèutic.

X Un aspecte a considerar és l'espiritualitat de les persones que atenem; per tant, hauríem de:

- Registrar les creences de les persones a la història clínica.
- Respectar la religió de cadascú com un dret de la persona, mentre no perjudiqui la seva vida o la dels altres (com passa amb les sectes).
- Potenciar les creences com un recurs personal important.
- Recórrer a les creences de l'individu davant d'esdeveniments vitals estressants.

XI

- No utilitzar el llit ni el dormitori per altra activitat que no sigui dormir o fer sexe. No llegir ni veure la televisió, no utilitzar el telèfon, evitar preocupacions, discutir amb la parella o menjar al llit.
- Establir una sèrie de rutines prèvies al son que indiquin que s'acosta el moment d'anar a dormir, com rentar-se les dents, posar-se el pijama, posar el despertador... Acomodar-se bé al llit.
- En posar-se al llit, tancar el llum amb la intenció de dormir, si als 15-20 minuts no es dorm, aixecar-se i anar a una altra habitació, fer alguna activitat tranquil·la i, quan es noti que entra son, tornar al llit. Si no es dorm, tornar a repetir la mateixa operació tantes vegades com faci falta.
- No utilitzar l'ordinador ni les tauletes al llit, ja que la lluminositat de la pantalla pot activar la hipòfisi i fer que la secreció de melatonina per la hipòfisi s'alteri i presenti una alteració del son.
- Si després de 20-30 minuts no es pot dormir, aixecar-se del llit, anar a una altra habitació i fer algunes activitats relaxants, com llegir, fer algun exercici de respiració, però no fer activitats estimulants com veure la televisió, netejar, treballar, etcètera.

XII Les persones amb insomni tenen tendència a quedar-se al llit més temps del necessari. Aquesta estratègia intenta produir una lleugera falta de son i així evitar les interrupcions del son i aconseguir un son més profund. Per aconseguir-ho reduïrem la quantitat d'hores que els pacients es passen al llit per intentar aproximar-les al temps òptim.

La restricció del son no podrà ser mai inferior a 5 hores. Abans d'aplicar la tècnica s'ha d'avaluar el temps total que la persona està al llit i el temps que dorm (eficiència del son = temps al llit / temps dormint). A mesura que millora l'eficiència del son incrementarem el temps entre 15 i 20 minuts, setmanalment, fins que el pacient estigui 7 hores al llit o la seva eficiència del son sigui del 85 % o més.

XIII

- El risc de depressió en vidus/es es multiplica per quatre durant el primer any.

- Augmenta l'abús d'alcohol i de fàrmacs. La meitat de les vídues utilitzen algun psicòtrop durant els 18 primers mesos.
- Entre un 10-34% dels afectats desenvolupen un dol patològic.
- Augmenta el risc de mort per problemes cardíacs i suïcidi. Els vidus tenen un 50% més de probabilitats de morir prematurament durant el primer any.
- Somatitzacions, por a patir la mateixa malaltia de què va morir el cònjuge.

XIV Explicar que fa poc de la mort del seu marit, és normal que estigui trista i sense ganes de fer res. Un aspecte positiu és que surt a passejar i va a comprar. Hem d'esperar un temps i, si deixés de fer aquestes activitats, que vingui a la consulta.

XV En depressió moderada i greu el pacient s'ha de tractar amb fàrmacs, i el *mindfulness* pot acompanyar.

XVI

- El dol ha derivat cap a un quadre de trastorn mental greu.
- Estils d'afrontament autolesius a curt i mig termini.
- El dol es dona en persones que ja tenen un trastorn mental greu i el dol està descompensat.
- El dol és patològic o complicat.
- Aparició de comorbiditat associada: trastorn per estrès posttraumàtic, fòbies, crisis d'angoixa...

XVII Les preguntes s'han de respondre. Si pregunten per les circumstàncies de la mort, també s'han de respondre, intentant no entrar en detalls que puguin ser especialment dolorosos i innecessaris.

No ha d'obligar-se el nen a anar al funeral. Però és bo que el nen pugui recordar al familiar d'alguna manera, segons els costums familiars i socials (encendre una espelma, resar, revisar fotografies, explicar una història). Els nens han de poder expressar la pèrdua i pena com ells creguin millor.

S'ha de preguntar el motiu de no anar al funeral, sense fer cap judici, només per obtenir informació.

XVIII L'exercici físic aeròbic pot ser eficaç per reduir els símptomes en la depressió lleu o moderada. Es pot recomanar la pràctica d'activitat física com córrer, caminar, nedar o anar en bicicleta, almenys durant mitja hora de tres a cinc dies a la setmana. Els efectes positius es deuen tant a efectes fisiològics directes de l'exercici en l'acció dels neurotransmissors com al fet que l'exercici distreu, ajuda a activar el pacient amb tendència a la inhibició, ajuda a l'augment de l'autoestima i facilita la socialització, si l'activitat física es fa acompanyat o en grup.

Mindfulness: pot ajudar-nos a viure amb major plenitud i afrontar de manera més eficaç els desafiaments de la vida. Els seus beneficis no deriven del seu coneixement sinó de la pràctica diària. La pràctica de *mindfulness* és interessant per desenvolupar resiliència i cuidar la salut en moments d'estrès, per poder fer millor la feina, prendre millors decisions i cultivar una millor forma de relacionar-nos amb nosaltres mateixos i amb els altres. *Mindfulness* pot facilitar un entorn d'aprenentatge, en el qual les persones poden explorar els seus comportaments de forma espontània i segura. Després es pot analitzar com s'ha reaccionat i com es podia haver fet. Per tant, no només en casos de depressió.

XIX La resposta a) és falsa: davant d'aquest cas ens falta informació per fer un diagnòstic de depressió (només sabem que té patiment, que es troba neguitosa; té símptomes de tristesa, apatia, no té ganes de fer coses que li agradaven, com fer ganxet amb les amigues; el context familiar no és contenidor, tot el contrari, és ella la que sosté la família; no ens parla de la funcionalitat actual, tampoc sabem si té antecedents familiars o personals de trastorns mentals). Caldria fer un seguiment.

ment proper de la pacient i aprofundir en l'entrevista per poder fer un diagnòstic i decidir si el tractament més adequat és el farmacològic. Donar consells, com les tècniques de respiració, l'ajudarà a regular l'ansietat i mantenir els espais que la nodreixen; també l'ajudarà a equilibrar-se i poder-se adaptar saludablement a la situació.

XX Una vegada descartada la causa orgànica, hem d'aprofundir en l'entrevista, valorar els aspectes socials, culturals, espirituals i avaluar les pors; hem d'intentar fer un enquadrament de la situació.

XXI Evitació defensiva. Les meves circumstàncies són diferents de les seves i, per tant, les solucions que li podria donar no li servirien.

XXII Pilar, jo ara estic en un moment difícil i no et puc ajudar tal com voldria, si vols et recomano un company perquè et pugui atendre millor.

XXIII El metge ha fet el que s'anomena una «evitació defensiva», demanant proves amb discutible indicació.

XXIV b) i c) són correctes.

Tens tot el dret a dir que no pots veure més aquesta situació i estàs al límit.

Informar de la situació i de tots els canvis que sorgeixen, a més de fer un bon control dels símptomes. Promoure l'organització dels familiars per evitar l'esgotament.

XXV Maria, necessitem el teu suport perquè el Pere prengui la medicació. El teu paper és fonamental en l'atenció. Sé que vols el millor per al Pere, les cures que estem fent li milloren el dolor i el patiment.

XXVI Les fases o etapes col·locarien la persona en una posició passiva, en la qual no cal fer res més que esperar que passin aquestes fases; per tal d'evitar aquesta situació, Tizón prefereix parlar de tasques de dol i no de fases; aquestes tasques ajudaran les persones que han patit la pèrdua a manifestar les emocions, sense jutjar-les ni lluitar contra elles i a donar-los sentit, per anar, poc a poc, assumint la pèrdua.

XXVII Té propostes per sortir amb altres persones i distreure's? Té algú amb qui parlar dels seus problemes? Té persones que es preocupen del que li passa?

XXVIII Està en fase contemplativa, creu que ha de fer alguna activitat però encara no està preparada. Situació ambivalent.

XXIX b) i c) són correctes. En Marc veu que ha subratllat diverses activitats i l'ajuda a triar-ne una, segons les característiques i valors personals (acompanyament).

En Marc li diu que es posarà en contacte amb el responsable de l'activitat, per tal que la Milagros sigui acollida.

XXX A partir de 6-7 anys no s'ha d'obligar el nen a anar al funeral, podem tenir en consideració el desig i opinió del nen a l'hora d'anar al funeral. Si hi va és imprescindible que hi hagi una persona que li doni suport i que tingui l'oportunitat d'abandonar el lloc, si l'experiència és massa dura per a ell.

