

APUNTS

Comunicació terapèutica

2n. Grau d'Infermeria | Manresa 2014-2015 | prof. **Marta Figueras**

Alumne | **Carles Mayol Bonet**

Bonesvenes.com



UNIVERSITAT
A MANRESA

BLOC 1 • LA COMUNICACIÓ TERAPÈUTICA COM INSTRUMENT DE TREBALL

1. INTRODUCCIÓ

L'EVOLUCIÓ BIOLÒGICA

Característiques (Salvador, 2009):

- Naixem amb una individualitat molt precària
- Necessitem créixer amb vincles molt estrets (mamar)
- Necessitem del grup i de la cooperació de grups
- La nostra vida es desenvolupa en territoris limitats, per tant, necessitem delimitar espais, territoris i àmbits per els grups petits front els que ocupen els grups grans.
- Estem dissenyats per comunicar-nos
- Necessitem transcendir del que és purament biològic

Conclusions:

- La grupalitat és necessària per créixer.
- **Vida grupal** → facilita el desenvolupament cerebral
- **Les espècies animals que fan vida grupal** → tenen més desenvolupada la comunicació i la especialització.

EL SÍMBOL

La **capacitat d'abstracció** ens **ajuda a transcendir a allò purament biològic.**

Les intel·ligències múltiples (Gardner, psicòleg):

Llenguatge, lògica, espacial, musical, corporal, comprensió dels altres i d'un mateix progressen alhora, reforçant-se mútuament.

La música i la dansa (Mithen, paleontòleg):

Essència de la comunicació anterior al llenguatge

Evolució abstracció:

(comunitats, caçar, curar, enterrar, eines, art pictòric, llenguatge, metàfores)

2. TEORIA DE LA COMUNICACIÓ

2.1 LA CIBERNÈTICA

Fan una **observació dels essers vius per poder-ho aplicar a màquines.**

- Moviment intel·lectual i científic que es va desenvolupar amb independència de la biologia organicista i de la teoria general de sistemes.
- Eren matemàtics, neuro-científics, científics socials i enginyers.
- Es centaven en els patrons de comunicació, especialment en xarxes i bucles tancats.
- Etimologia: governador (prové del grec)
- **És la ciència que s'ocupa dels sistemes de control i de comunicació de les persones i organismes vius i de les màquines.**
- La cibernètica sorgeix dels problemes plantejats a la 2a Guerra Mundial en relació al desenvolupament dels cervells electrònics i els mecanismes de control automàtic com els visors de bombardeig per abatre aparells d'aviació (*Wiener, Neumann*, etc. finançats per l'exèrcit)
- El marc conceptual desenvolupat a Nova York (**conferències Macy, 1946**)
- Es van trobar els científics matemàtics, neurocientífics, enginyers i científics en humanitats (Bateson i Mead).

Wiener: matemàtic i filòsof interessat per la biologia, els sistemes vius i naturals.

- Buscava pautes d'organització tenint en compte els aspectes socials i culturals

Neumann:

- Matemàtic, autor d'un tractat de física quàntica, iniciador de la teoria del joc, inventor de l'ordinador digital.
- Fascinat per funcionament cerebral.

Bateson: (zoòleg, biòleg, antropòleg, psiquiatria)

- Molta entesa amb Wiener. Podien dialogar des de diferents disciplines.
- Buscaven "patrons que connecten", principis d'organització comuns a la diversitat.
- Van començar Wiener i Bateson l'enfoc sistèmic.
- Bateson fou el pioner de l'aplicació del pensament sistèmic a la teràpia de família.

2.1 LA CIBERNÈTICA

POSTULATS: Ja NO es pensa que la comunicació és lineal.

- **La teoria de la comunicació:** sistema de **canals múltiples** en que la persona participa en tot moment, tant si ho desitja com si no: pels seus gests, mirada, silenci, inclús per la seva absència...
- La persona forma part d'una cultura i, per tant, forma part de la comunicació d'aquesta.
- **Metàfora de l'orquestra:** no hi ha director però cadascú toca posant-se d'acord amb l'altre.
- L'observador o l'investigador pot elaborar una "partitura" progressivament. (Comunicació, hi han silencis, un ritme, un to...)

CONCEPTES:

- Retroalimentació/retroalimentació subjacent: causalitat circular (ex. gat atrapat un ratolí, una persona aixecant un vas a la taula...)
- **Homeòstasi:** la retroalimentació permet als organismes vius a un estat d'equilibri dinàmic (processos metabòlics autoreguladors)
- Bucle de retroalimentació: estan omnipresents en el món viu.

TEORIA DE LA COMUNICACIÓ HUMANA (Watzlawick)

1r Axioma: és impossible no comunicar-se

2n Axioma: tota comunicació té un aspecte de contingut i un aspecte relacional.

- **Aspecte referencial** (informació)
- **Aspecte conatiu** (meta-informació)

3r Axioma: la naturalesa d'una relació depèn de la puntuació de les seqüències de comunicació entre els comunicants.

4t Axioma: tota comunicació és digital i analògica.

- **Aspecte referencial:** es comunica de forma digital (comunicació VERBAL)
- **Aspecte conatiu:** es comunica de forma analògica (comunicació NO VERBAL)

5è Axioma: tots els intercanvis comunicacionals són simètrics o complementaris.

La comunicació PATOLÒGICA: derivada del dèficit de cada axioma.

- La circularitat comença a impregnar en el pensament sistèmic.

2.2 SISTÈMICA

La Teoria General dels Sistemes s'adjudica a **Bertalanffy** però uns 20 anys abans **Bogdanov** (metge, filòsof i economista rus), havia desenvolupat una teoria de sistemes (Tektologia del grec constructor) igual de sofisticada però és encara poc conegut fora de Rússia.

Bertalanffy pretenia que la teoria general de sistemes fos un marc conceptual de diverses disciplines científiques.

20 anys després de la mort de Bertalanffy, l'any 1972 comença a sorgir una concepció sistèmica de la vida, la ment i la consciència que uneix disciplines que fins llavors estaven separades. (la concepció té les seves arrels en la cibernètica).

- **Les propietats essencials** d'un organisme o sistema vivent **són propietats del tot que cap part les poseeix.** (una part NO és el TOT ja que totes aquestes parts interactuen)
- Aquestes emergeixen de les interaccions i relacions entre les parts.
- Si dissecionem física o teòricament, destruïm les propietats.
- Podem discernir parts individuals de tot sistema tenint en compte que les parts no estan aïllades i la naturalesa del conjunt sempre és diferent a la simple suma de les parts.
- Canvi de paradigma cartesià, el mètode analític de Descartes.
- A Palo Alto, **Bateson**, s'interessa per la psiquiatria i **observa a les famílies amb membres psicòtics.** **Desenvolupa el terme "ecologia de la ment"** (al llibre "pasos para una ecología de la mente"):
 - **Veü la interdependència entre els diferents organismes** que viuen en un medi
 - Pensa que la ment està relacionada amb altres ments dins d'un context.
 - **Context:** **dóna significat** (dona significat a les conductes verbals i NO verbals).
- **Constructivisme** (Maturana i Varela):
construïm la realitat amb l'aparell ment, de pensar.

3. LA COMUNICACIÓ NO VERBAL

3.1. CARACTERÍSTIQUES DE LA COMUNICACIÓ NO VERBAL

- Permet comprendre el procés emocional del pacient (aspectes analògics)
- Ens pot donar informació de l'estat d'ànim, les incongruències entre el llenguatge verbal i no verbal.
- Transmetem sentiments.
- És un llenguatge molt primitiu i també es troba en els primats.
- Diem que és inconscient perquè és difícil controlar els gestos.
- Admet moltes interpretacions, en dependència del receptor, de la situació i la cultura.



La comunicació NO verbal **segons Albert Mehrabian:**

Missatge:

- **55%** senyals i gestos
- **38%** aspectes paralingüístics
- **7%** components verbals

Conversa cara a cara: És major l'impacte de la comunicació NO verbal.

- **65%** de l'impacte comunicació no verbal
- **35%** comunicació verbal

3.2. CLASSIFICACIÓ DEL LLenguATGE NO VERBAL

7 dimensions, Knapp, 1992

1. Kinèsica
2. Tactèsica
3. Proxèmica
4. Paralingüística
5. Característiques de l'interlocutor
6. Artefactes
7. Factors ambientals del procés comunicatiu

1. KINÈSICA:

- Llenguatge corporal, gestos
- Mirada, contacte visual
- Expressions facials
- Postura del cos
- Moviments posturals



Significat a Espanya: "posar les banyes" a la Xina: "t'estimo"

2. TACTÈSICA:

- Contacte corporal (pell)
- Més diferències culturals
- **Dos tipus:**
 - **Instrumental:** quan toquem a una persona per fer una prova sense cap finalitat comunicativa.
 - **Comunicativa o expressiva**

3. PROXÈMICA:

- La percepció i l'ús de l'espai físic.
- **Distància interpersonal:**
 - **Distància íntima:** avarca des de els **15 als 45 cm** entre els interlocutors (relacions sexuals, lluita i protecció o acariciar).
 - **Distància personal:** entre els **45 cm i 1,25m**.
Implica relacions personals properes.
 - **Distància social o professional:** entre **1,25 i 3,5 m**.
Interaccions no íntimes, comunicació amb clients, pacients.
 - **Distància pública:** **més enllà dels 3,5m**, s'utilitza per conferències, xerrades, no es necessari conèixer les persones a la que es parla.

4. PARALINGÜÍSTICA:

- Aspecte extern de la persona
- To de veu
- Velocitat de la parla

5. CARACTERÍSTIQUES DEL INTERLOCUTOR:

- Color de pell
- Forma del cos
- Olor corporal
- Atractiu físic

6. ARTEFACTES:

- Objectes que modifiquen l'aspecte físic (anar amb bastó, cadira de rodes, portar piercing...)

7. FACTORS AMBIENTALS DEL PROCÉS COMUNICATIU:

- Característiques de l'entorn

3.3 ASPECTES ESPECÍFICS DEL LENGUATGE NO VERBAL EN LA RELACIÓ AL PACIENT

Conèixer la **disposició bàsica** del pacient:

Cooperadora:

- És la habitual en pacients que **demanen voluntàriament** ser vistos per la infermera.
- Aspecte general relaxat, postures obertes, parla atenta, etc.

Evitativa:

- No sol·liciten l'atenció voluntàriament
- Molts d'ells presenten molta por cap a la malaltia greu o presenten desconfiança cap el sistema sanitari.
- **Evita el contacte visual**, no acostuma a donar la mà, si ho fa, sense energia, distància interpersonal exagerada, etc.

Agressiva:

- Solen sol·licitar l'infermera per protestar o exigir cures.
- **Mirada directe**, mantinguda més temps de l'habitual, to desafiant.
- Seny frunzit, llavis i galtes apretades, tensió muscular, etc.

Indiferent:

- L'atenció l'ha demanat un familiar.
- Amb adults no hi ha una postura molt evident, però amb nens i adolescents sí.
- Presenten una postura indolent, **contacte ocular dispers**, tendència a silenci, encongiment d'espatlles, etc.

4. LA COMUNICACIÓ EN LA RELACIÓ ASSISTENCIAL

Aspectes **cognitius, d'actitud i emocionals** (Clèries, 2006).

COMPONENTS	PACIENTS	PROFESSIONALS SALUT
Idees ›	Creences i informació sobre salut i malaltia	Coneixements, habilitats, valors, model assistencial.
Personalitat ›	Passiu / Actiu	Autoestima, característiques personals
Experiència prèvia ›	Subjectivitat simptomàtica , percepció de malalties anteriors. Influència família/amics.	Objectivitat clínica. Capacitat d'aprendre de l'experiència.
Esperances ›	Alliberar-se del dolor i de la incomoditat. Rebre ajuda, bon tracte. Poder descarregar ansietats i les queixes.	Ser útils , comprendre, ser tolerants, ser valorats, esperar que els pacients siguin col·laboradors.
Temors ›	Tenir malaltia incurable Ser culpabilitzats. Ser abandonats. Que se'ls faci mal.	Fallar, fer mal, ser invasius, ser poc útils, no comprendre, trobar malaltia incurable.

5. ELS MODELS ASSISTENCIALS

Característiques:

Model BIOMÈDIC	Model BIOPSIKOSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Etiologia biològica de la malaltia, causalitat lineal. • Tendència a negar la incertesa. • Visió reduccionista • Reconeix la malaltia sense malestar però no el malestar sense malaltia. • Separació entre la subjectivitat del malalt i l'objectivitat del metge. • Medicina curativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • La malaltia és multi-causal, interaccionen aspectes biològics, psicològics i socials. • Tolerància incertesa. • Visió holística. • Diferència entre els processos patològics que causen malaltia i la percepció de malestar del malalt. • La subjectivitat del malalt forma part del procés assistencial • Salut i malaltia com un continu.

6. EMPODERAMENT

Introducció: El verb empoderar i el seu derivat empoderament no estan recollits en les obres lexicogràfiques catalanes, però s'usen a bastament amb el sentit de «donar poder». **Definició:** tenir autoritat per alguna cosa, no sobre alguna cosa.

Tres eixos (dimensions) del empoderament:

- **Empoderament personal** (familiars...)
- **Relacions pròximes** (professionals, ...)
- **Relacions col·lectives** (país, universitat...)

La persona empoderada, té el poder de prendre decisions i té un potencial de les seves capacitats i ha de ser responsable de les seves decisions.

Definició apoderament: Procés consistent a donar informació i poder a un professional de la salut o a una persona atesa perquè participi en la presa de decisions del procés de salut. (font: <http://www.termcat.cat/ca/Cercaterm/Cerca/apoderament>).

Característiques principals:

Apoderament del professional:

- **Autonomia.** (pren decisions, té coneixements previs) però treballa en un entorn d'interdependència.
- Tothom té una responsabilitat per fer funcionar l'àmbit o es treballa.
- Tenir coneixement sobre l'entorn, tècniques i coneixements necessaris.
- Ajuda a sentir que es té en compte la opinió del professional i el fa sentir-se part del grup.

Apoderament del pacient:

- Més informació, més capacitat de decidir, més col·laboració i més satisfacció.
- **Les actuacions en aquest àmbit són de dos tipus:**
 - D'una banda, potenciar la capacitat dels malalts – i dels seus familiars – per conviure amb la seva malaltia, tot preservant-ne la qualitat de vida i l'autonomia fins on sigui possible.
 - De l'altra, aprofundir en els sistemes d'avaluació de què ja disposa el sistema de salut per adaptar al màxim possible els seus serveis sanitaris a les demandes dels usuaris.

La responsabilitat i l'empoderament són sinònims? No són sinònims, ja que la responsabilitat ha de ser una característica del professional empoderat. I no vol dir que tots els professionals empoderats siguin a priori responsables.

Què és necessari perquè infermeria sigui empoderada? Que hi hagi un compromís del col·lectiu infermer per assumir aquestes responsabilitats. Que les estructures organitzatives afavoreixin aquest empoderament dels professionals i que existeixi un marc legal que ho recolzi.

7. HABILITATS COMUNICATIVES AMB EL PACIENT

Existeixen **diferents marcs assistencials** que marquen la relació establerta entre el professional i el pacient:

1. **PATERNAL:** el professional que es presenta en front del pacient com l'autoritat. Aquell que sap allò que li va bé.
(passa més en l'àmbit dels metges) - **provoca més dependència.**
2. **ENTRE AMICS:** relació d'una simetria absoluta
(passa més en l'àmbit d'infermeria) - **provoca més confusió.**
3. **CIENTÍFIC:** el professional que tracta al pacient com un número, rol més fred. - **provoca major desvinculació al pacient.**
4. **CENTRAT EN EL PACIENT:** es té en compte la subjectivitat del pacient per abordar la seva correcta assistència - **dona més autonomia al pacient.**

7.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ESTILS DE COMUNICACIÓ INTERPERSONAL

(Tazón, 2000; Clèries, 2006)

1. Passivitat
2. Agressivitat
3. Assertivitat

1. PASSIVITAT

- Incapacitat per expressar sentiments, opinions, pensaments, etc.
- Dificultat per defensar els seus drets.
- Sentiments d'inseguretat, falta d'autoacceptació.
- Tendència a que els altres no el respectin.
- **Pot desembocar en agressivitat.**

2. AGRESSIVITAT

- **Conductes agressives:** lluita, amenaces, etc.
- No es respecten els drets dels demés.
- Incapacitat d'autocontrol.
- Sorgeixen **sentiments d'insatisfacció**.

3. ASSERTIVITAT

- Expressió de sentiments, opinions i pensaments de manera eficaç.
- Respecte dels drets dels demés.
- Acceptació de sí mateix i respecte per part dels demés.
- Apareixen sentiments de satisfacció.
- **S'incrementa la probabilitat d'arribar a acords satisfactoris.**

Esquema psíquic i de relació de la PERSONA ASSERTIVA

- Tenir i canviar d'opinió
- Prendre decisions pròpies
- Cometre errors
- Ser tractat amb respecte
- Dir "no" sense sentir-se culpable
- Prendre's temps per tranquil·litzar-se i pensar
- Tenir i expressar sentiments propis
- Demanar informació
- Sentir-se bé amb si mateix
- Reclamar els propis drets

Regles bàsiques de L'ESCOLTA ACTIVA des de la perspectiva de l'assertivitat:

(Tazón, 2000)

OBJECTIU	Escolta INCORRECTA	Escolta CORRECTA
Avaluar el contingut	Es desentén si l'expressió és deficient	Avalua el contingut
Escoltar idees	Escolta dades aïllades	Escolta l'essencial
Escoltar activament	Fingeix escoltar. No s'esforça	S'esforça en escoltar i ho demostra
Evitar distraccions	Es distreu fàcilment	Sap concentrar-se. Controla distraccions
Aprofitar diferència entre velocitat de pensament i expressió oral	Pensa en altres coses	Resumeix el que s'ha dit i es fixa en llenguatge no verbal.
Prendre nota sense excessos	Pren excessives notes	Pren poques notes
No reacciona davant paraules amb càrrega emocional	Reacciona	No queda atrapat en les paraules sinó que avalua continguts.
Dominar els sentiments	Tendeix a avançar-se i no espera que l'altra acabi	No avalua fins haver entès l'interlocutor

7.2 L'EMPATIA

- Va ser utilitzat per primera vegada per significar els sentiments que produeix en l'espectador una obra d'art capaç de commoure.
- Habilitat per comprendre les experiències emocionals del pacient.
- Comunicar que se l'entén.
- L'empatia es pot ensenyar i aprendre.
- Empatia = **eina valuosa en l'entrevista**

Aquesta actitud té com **OBJECTIU**:

1. Infermera compregui el que viu el pacient.
2. Ajudar, si és necessari, a clarificar el que percep.
3. Transmetre al client que ella s'interessa per ell.
4. Donar a entendre al client que ell és important.
5. Motivar al pacient a obrir-se més i explorar-se.

Una de les principals expectatives del pacient és ser comprés a nivell conceptual i afectiu. És important que infermera transmeti el que ella comprèn utilitzant tècniques de comunicació verbal o no verbal (gest amb el cap, una mirada, un somriure de complicitat, una mà sobre l'espatlla, etc.).

Condicions que **AFAVOREIXEN** aquesta actitud:

1. Si es comparteix algunes de les característiques generals (com edat, cultura, etc.)
2. Com més integrades estiguin les habilitats, actituds i coneixements que hem vist més fàcil serà reconèixer el que viu el subjecte i comunicar amb ell de forma adequada.

Condicions que **NO AFAVOREIXEN** aquesta actitud:

1. La falta de temps i de disponibilitat
2. La precipitació en escoltar i comprendre ràpidament el que viu el malalt.
3. La falta de valors, massa càrrega de prejudicis.
4. El malalt psiquiàtric greu.

7.3 L'AUTENTICITAT

- **L'autenticitat** és un estat d'ajustament intern entre que la persona és realment i el que ella percep, pensa, sent i comunica (Rogers i Auger)
- És **necessari** un elevat auto-coneixement.
- És important diferenciar el que es transmet i el que es viu en relació al pacient. No confondre.
- Amb aquesta actitud l'infermer mostrarà al malalt que pot confiar en ell.
- Ser autèntic no vol dir comunicar-ho tot sense diferenciació.

Exemple: *Infermera* – Estic contenta de saber que tornarà aviat a casa però em fa por que torni com la última vegada si deixa de prendre els medicaments prematurament. Com ho veu?

7.4 L'ESPECIFICITAT

- Segons **Carkhuff** (1969) aquesta actitud **té la finalitat d'ampliar el nivell de comprensió** del professional i del client que es dona durant les interaccions entre ambdós.
- La infermera motiva al pacient a la **precisió**: l'ajuda a prendre contacte dels seus processos emocionals.
- L'ajuda a estimular la capacitat d'observació.
- Important escollir paraules precises enlloc de genèriques.
- S'ha d'anar en compte en no ser invasiu.

7.5 L'AQUÍ I ARA

- Important **recollir la màxima informació en el moment present** de l'intercanvi infermera-pacient.
- Ressonància interna del professional.

Preguntes a fer-se:

1. Per què em parla d'aquest subjecte ara?
2. De quina manera parla d' ell?
3. Com marca la seva vida actual aquesta situació?
4. Com em trobo jo escoltant aquest discurs?
5. Què espera de mi parlant-me d'això?
6. Com sembla sentir-se davant meu?
7. Com em sento jo davant d'ell?
8. Quin tipus de relacions estableix?

7.6 LA CONFRONTACIÓ

- La confrontació pot ser també com una tècnica.
- Per **Carkhuff i Berenson** (1967) la confrontació és un desafiament cap el pacient perquè mobilitzi els seus recursos per tenir més autoconeixement.
- La confrontació és una acció dirigida per el professional.
- **El professional** no s'enfada amb la persona, posa de relleu les contradiccions del comportament i dels discursos.

Exemples:

Infermera - em deies fa uns minuts que tot anava bé en la relació amb la teva amiga però em dono compte de que vius moltes dificultats ,per exemple em dius....

Infermera - em dius que vols curar-te i, en canvi, no has fet cap exercici postoperatori des de que has sortit de l'hospital.

Principis importants en el moment de la confrontació:

1. El contacte ha d'estar ben establert (empatia i respecte cap el pacient)
2. Una bona aliança terapèutica entre els dos.
3. Abans de confrontar s'ha d'identificar amb claredat els objectius perseguits.
4. La infermera no ha d'esperar un canvi d'actitud en el pacient.
5. La confrontació s'ha de presentar en forma de temptativa no imposada.

8. LA RELACIÓ D'AJUDA ENTRE INFERMERIA- PACIENT

Emocions, sentiments i fantasies en la relació assistencial sanitària.

- La relació assistencial comença abans de que el consultant entri en contacte amb l'equip sanitari.
- Una actitud realista per part del sanitari
- Comprendre aquestes desconfiances i fantasies.
- Resposta neutra
- Una idealització o sobrevaloració del personal sanitari també està allunyat de la realitat. No alimentar-ho.

8.1 LA FANTASIA

Fantasia: ens referim a **les idees i sentiments amb que tenim qualsevol situació nova.** Diem que tenim fantasies de nosaltres, dels demás, de les nostres relacions, etc.

La fantasia forma part de la vida mental de cada individu.

Els malalts mentals es distingeixen de les persones menys pertorbades per:

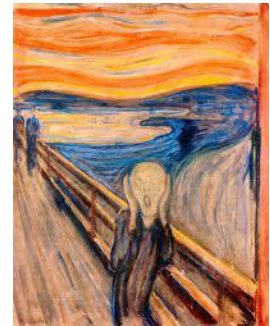
- La naturalesa de les fantasies
- El grau de sintonia amb la realitat



1. Dalí - vaixell



2. Frida Kalho



3. Munch - El crit

- Provenen del passat parcialment i continuen modificant-se i desenvolupant-se en el present, com a resposta d'estímuls interns i externs.
- **Per comprendre l'entrevista't és important tenir en compte la seva percepció de la realitat.**
- Els humans tenim oscil·lacions dels nostres estats d'ànim.
- I la manera que un s'experimenta a sí mateix pot variar sense que hagin modificacions externes.
- La persona corrent selecciona del seu medi els elements que s'ajusten més a les seves idees preconcebudes.

9. LA TRANSFERÈNCIA I LA CONTRATRANSFERÈNCIA

La TRANSFERÈNCIA:

- Descobriment de **Breuer** i **format per Freud** (1910).
- Patrons de relació primerenques que s'activen en totes les relacions.
- Es reviu el passat en el present i s'actualitza.
- Reedició d'actituds vers diferents figures de la infantesa (pares, avis).
- S'observa millor en la relació assistencial.
- La transferència ens ajuda a comprendre el pacient.
- Ens desvetlla uns sentiments concrets. **La ressonància** (la ressonància seria un mitja per adonar-nos que li passa al pacient).
- Necessitem la ressonància per arribar a la contratransferència.

La CONTRATRANSFERÈNCIA:

- La contratransferència és el seguit de sentiments i conductes que ens desperta el pacient.
- **Important no confondre**, per no respondre el desig de pacient sense pensar en el que és adequat i possible.
- La contratransferència és una eina per comprendre la vida psíquica i relacional del pacient.
- **Important l'autoconeixement per evitar confusions** i evitar reaccions negatives per part del professional.
- Com intervenir davant la idealització, la seducció, la frustració, etc.

10. ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT

Adherència terapèutica (comportament d'adherència, compliment de prescripcions mèdiques) = coincidència entre el comportament d'una persona i compliment dels consells sobre salut que rep.

Objecte d'estudi: **50% pacients incompleixen.**

Posa de relleu quina és l'eficàcia de la intervenció dels professionals de la salut.

Conductes relacionades amb el comportament d'adherència:

1. Iniciar i continuar un tractament
2. Prendre correctament la medicació prescrita.
3. Incorporar i mantenir els canvis d'estil de vida recomanats.
4. Acudir a les cites dels diferents especialistes.
5. Realitzar correctament la pauta terapèutica en el domicili.

Els problemes d'adherència poden aparèixer en una o més àrees enunciades.

Taxes d'incompliment terapèutic (Clèries, 2006)

- **54%** no segueix el tractament en cap moment del procés.
- **20%** no recull medicació prescrita.
- **50%** no pren la medicació prescrita.
- Compliment en pautes dietètiques: **30%** i el **70%**.
- Entre **20%** i un **50%** no acudeixen a la primera visita.
- Entre un **9%** i un **40%** dels pacients no acudeixen al metge després de la primera visita.

Taxes d'incompliment terapèutic específic:

- Malalties agudes **20%**
- Malalties cròniques **45%**

FACTORS QUE INTERVENEN EN L'ADHERÈNCIA

Circumstàncies VOLITIVES	Circumstàncies ACCIDENTALS	CIRCUMSTANCIALS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relació metge/pacient 2. Percepció de malaltia i tractament 3. Creences sobre la malaltia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fallo de memòria 2. Falta de comprensió 3. Règim complex 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectes secundaris

Preguntes dirigides al pacient per facilitar el compliment del tractament:

1. Què és el que més li preocupa de la seva malaltia?
2. Considera molt greu patir aquesta malaltia?
3. Quina creu que és la raó per la que ha emmalaltit?
4. Coneix algú que hagi tingut o tingui la mateixa malaltia?
Què li ha passat a aquesta persona?
5. Considera que pot tenir alguna dificultat per seguir el tractament?
6. Si no segueix el tractament que li hem indicat, què creu que li pot passar?
7. Alguna vegada ha deixat de seguir un tractament? Quan? Per què?
8. Li preocupa algun possible efecte secundari del tractament?

VARIABLES QUE INTERVENEN EN L'ADHERÈNCIA

Variables personals i contextuals:

- **Situació de consulta:** temps d'espera, tracte rebut, actitud del personal, etc.
- **Motivació del subjecte**
- **Comprensió de les prescripcions**
(tan depèn de les habilitats educatives del professional com del subjecte).
- **Estil d'interacció entre el professional de la salut i pacient.**
- **Competència del pacient per dur a terme les accions**
de l'adherència terapèutica
- **Locus de control (intern-extern):** Els pacients amb locus de control intern creuen que els esdeveniments passen per les seves pròpies accions. Millor pronòstic.
- **Creences sobre la salut,** a vegades es basen en concepcions errònies, informació equivocada.
- **El recolzament de la família.**

PAUTES DE PREVENCIÓ PER AJUDAR A L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA

- Incrementar la probabilitat de que el pacient acudeixi a la consulta (carta, trucada telefònica)
- Assegurar-nos que comprèn adequadament les prescripcions (informació detallada)
- Contenir les ansietats del pacient. Crear clima de confiança.
- Reduir els aspectes aversius o temuts de la situació (visita pel mateix metge perquè hi hagi una relació cordial, minimitzar temps d'espera, etc.)
- Explicar i anticipar els efectes indesitjables de les estratègies terapèutiques perquè el malalt no s'espanti.
- Explorar si el pacient està preocupat per la malaltia.
- Explorar si està motivat.
- Observar si el pacient es mostra apàtic o frustrat cap el tractament.
- Comprovar si han aparegut efectes secundaris.

BLOC 2 • ASPECTES PSICOSOCIALS DE LES CURES

LA PERSONA I LA FAMÍLIA DAVANT LA MALALTIA I L'HOSPITALITZACIÓ

Definició de salut: la resposta de l'organisme front a alteracions que afecten a l'equilibri o homeòstasi de la persona.

1. FACTORS QUE MODULEN LA RESPOSTA A LA MALALTIA I L'HOSPITALITZACIÓ:

FACTORS PERSONALS	FACTORS SOCIOCULTURALS
<ul style="list-style-type: none"> Sociodemogràfics Personalitat El Significat 	<ul style="list-style-type: none"> Significat social que tingui la malaltia La situació laboral i econòmica. Recolzament Religios.
FACTORS RELACIONATS AMB L'ORGANITZACIÓ HOSPITALÀRIA	FACTORS RELACIONATS AMB LA MALALTIA
<ul style="list-style-type: none"> Característiques de disponibilitat i de recursos Característiques dels professionals 	<ul style="list-style-type: none"> Estat actual del pacient i preparació psicològica Tipus de malaltia

2. QUÈ ÉS EMOCIÓ?

- Les persones podem sentir diferents emocions davant el mateix esdeveniment, però per comunicar-nos efectivament és necessari que utilitzem el vocabulari emocional amb precisió.
- Reacció corporal amb l'objectiu de millorar la productivitat del processament neurològic per elaborar experiències de la vida o molt bones o molt difícils.
- Emocionar-se és recordar
- Sentiment intens, agradable o penós i més o menys durador, que influeix poderosament sobre nombrosos òrgans, augmentant-alterant o disminuint la seva funció.
- Estat complex de l'organisme que està caracteritzat per una excitació o pertorbació que pot ser forta.
- Estat d'ànim produït per impressions dels sentits, les idees o els records i/o per les cognicions.

Tipus d'emocions:

NATURALS: funció adaptativa	DISTORCIONADES: mala adaptació
<p>POR: demanar ajuda.</p> <p>ENUIG: facilitar energia.</p> <p>DOLOR-AFLICCIÓ: demanar ajuda, elaborar-resoldre-acceptar, procurar aïllament necessari...</p> <p>AMOR-ALEGRIA: viure, establir relacions plenes...</p>	<p>ANSIETAT - PÀNIC - EVITACIÓ</p> <p>RESSENTIMENT - ODI - RÀBIA DESPLAÇADA</p> <p>VICTIMISME - AUTOCOMPASSIÓ -</p> <p>CULPA - DEPRESSIÓ...</p> <p>DEPENDÈNCIA - TRISTESA CRÒNICA -</p> <p>OPTIMISME IL.LUSORI -</p> <p>SOBREPROTECCIÓ...</p>

3. EL PROCÉS ADAPTATIU

"Qualsevol situació on la persona es veu forçada per les circumstàncies a renunciar a una visió del món i a acceptar-ne una altra per la qual no està preparada"

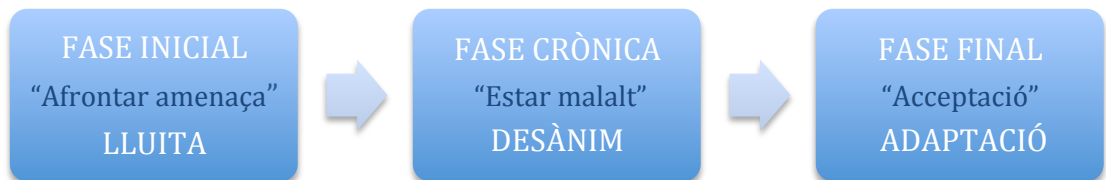
C. Murray Parkes

Models de procés adaptatiu:

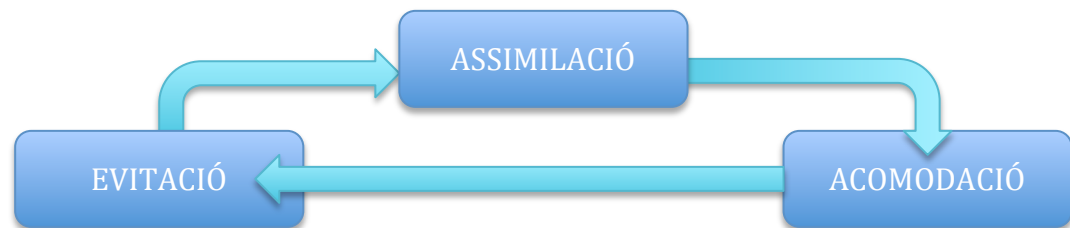
E.KUBLER-ROSS, 1969 :



R.BUCKAM, 1988 :



R.A. NEIMEYER, 2000 :



Emocions del procés adaptatiu:

ADAPTATIVES	MALADAPTATIVES
<ul style="list-style-type: none"> • Humor • Negació • Ansietat • Ràbia contra malaltia • Plor-Por • Negociació • Esperança realista 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilitat • Negació persistent • Ansietat +++ • Ràbia contra equip • Col·lapse • Manipulació • Esperança no realista

Efectes psicològics de la malaltia (Lain Entralgo, 1968):

Invalidesa.

Fenomen d'absorció pel cos.

Malestar.

Soledat.

Amenaça (psicològica, biològica, biogràfica)

4. HOSPITALITZACIÓ

- Un hospital modern és l'empresa més complexa que existeix.
- L'ingrés hospitalari és estressant per la persona.
- El 48% dels pacients quirúrgics tenen un alt nivell d'estrès.
- El 17% dels pacients quirúrgics tenen un indicador de baix estrès.
- Aïllament del pacient. Separació medi familiar, laboral.
- Supressió dels aspectes d'identitat personal.
- Pèrdua d'intimitat.
- Pèrdua del control dels hàbits quotidians (dormir, menjar, etc.).
- Reducció, limitació i control de la mobilitat.
- Separació del marc social habitual.
- Relació professional-pacient. Més asimètrica.
- L'hospitalització implica una malaltia que no pot ser tractada ambulatoriament. Més presència de la gravetat i de la mort.
- El disseny de l'ambient, horaris,... pensats per l'eficiència professional.
Poden entrar en conflicte amb la comoditat del pacient (llums, mobles, olors, ritmes, etc.)
- Ambient estrany que pot tenir efectes aguts.
Sobretot en nens i gent gran (desorientació)
- Procediments com les exploracions rutinàries són experiències noves pel pacient i generadores d'ansietat, sobretot, quan no se li ha explicat.
- L'equip professional pot donar informació, per la qual no està preparat el pacient.

5. CONDUCTA DELS PACIENTS HOSPITALITZATS

Es pot anticipar o prevenir la forma de reacció de l'individu al ser hospitalitzat ?

Taylor proposa 4 factors:

1. La pèrdua de control
2. Nivell d'expectatives
3. Sotmetre's a la privació de llibertat
4. La durada de l'hospitalització (indefensió)

6. PREPARACIÓ PSICOLÒGICA PRÈVIA A UNA INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA

Important: la comunicació entre professionals i pacients

Estudi paradigmàtic: l'anestesiòleg Egbert i equip (1964)

Objectius de la preparació:

- Reducció de l'activació en l'ansietat
- Reducció de la incertitud
- Augment del control personal
- Proporcionar instruccions per afrontar el dolor

Tipus de preparació (5'-30')

- **Entrevista breu:** proporciona informació i ensenyament de recursos per fer front al dolor o incomoditat
- **Recolzament emocional:** facilitant que expressi les seves pors, tranquil·litzar de forma realista
- **Informació:** dels procediments, característiques operació o exploració, les sensacions que habitualment s'experimenten
- **Ensenyament de recursos:** com afrontar la incomoditat i el dolor després de la intervenció, del maneig d'aparells, de com moure's després de l'operació, dels exercicis de respiració, de com controlar la tos perquè no augmenti el dolor. Procediments d'analgèsia controlada.

Persones implicades:

- Responsabilitat de tot l'equip terapèutic
- Es dirigeix al pacient i als seus familiars que sovint són els que poden completar i adequar la informació a les necessitats del pacient

Tipus d'intervenció:

- **És una variable que pot influir molt en l'ansietat del pacient:** no serà la mateixa en una operació del transplantament o en una amputació que en una operació trivial.
- **Cada tipus d'intervenció:** recursos adequats als problemes del postoperatori.

Característiques del pacient:

- Experiències prèvies
- Estil d'afrontament
- Necessitat de control
- Alguns necessiten menys informació

Indicadors de resultats. Els més citats en els estudis:

- Temps d'hospitalització postoperatòria
- Petició i administració d'analgèsics o sedants
- Freqüència complicacions menors
- Temps de recuperació de les constants
- Judici dels observadors
- Mesures fisiològiques (resposta electro-dèrmica, freqüència cardíaca, temperatura, pressió sanguínia)
- Estimacions de dolor

6.1 Preparació psicològica prèvia a una intervenció quirúrgica. NENS

- Hospitalització pot ser traumàtica: allunyament ambient habitual
- Tècniques de preparació específiques
- Implicar el nen com els familiars (mare)
- Organitzar activitats per quan el nen es recuperi (recursos d'autodistracció són menors que en l'adult)
- Intervenció dels familiars en les cures del menut
- Preparació basada en tècniques d'aprenentatge per imitació o exposició a models (realistes)
- També poden ser veterans que fan de tutors als nous pacients (exemple: unitat de cremats)

ESTRÈS • BURN-OUT • ANSIETAT

1. ESTRÈS

- L'estrès o tensió és una reacció del nostre cos o ment a causa d'una sobre-estimulació del nostre entorn.
- En un origen és beneficiós ja que assegura la supervivència en situació de perill. (quan és una resposta adaptativa.)
- Et permet reaccionar.
- Quan l'estressor desapareix i la reacció continua és quan diem que no és adaptativa.

A) CLASSIFICACIÓ D'ESTÍMULS ESTRESSANTS (Elliot i Eisdorfer, 1982)

- **Estressants aguts:** limitats en el temps.
(ex. quan et tires amb paracaigudes...)
- **Seqüències estressants:** que ocorren durant un període prolongat de temps. (ex. pèrdua de feina, un dol perllongat...)
- **Estressants crònics intermitents:** poden ocorre un cop al dia, un cop a la setmana o un cop al mes.
(ex. quan es té una reunió amb gent que ja saps que serà conflictiva...)
- **Estressants crònics**

B) APROXIMACIÓ A L'ESTRÈS (Lazarus i Folkman, 1984)

- **Nova dimensió:** l'interacció entre la persona i el medi.
- La persona pot modificar l'impacta de l'estressor a través d'estratègies cognitives, emocionals o conductuals.

2. L'ESTRÈS COM A DESEQUILIBRI ENTRE L'INDIVIDU I L'ENTORN

- Signe estressor (positiu o negatiu)
(ex. Un canvi de casa és estressant però és positiu)
- Estrès pot ser fisiològic, cognitiu, emocional i de comportament.
- L'estrès es produeix a conseqüència dels dos tipus d'avaluació del succés:



3. CLASSIFICACIÓ DELS ESTRESSORS

1. TIPUS D'ESTRESSORS:

1. **FÍSICS** (fred, calor, estímuls dolorosos, etc.)
2. **BIOLÒGICS** (privació aliments o son)
3. **PSICOLÒGICS** (subjectiu)
 - **Dol**
 - **Amenaça**
 - **Repte**
4. **SOCIALS** (interaccions persones i entorn)

2. INTENSITAT

3. DURADA

4. FREQUÈNCIA

Anexo 2. Escala de evaluación de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe

Esta escala recoge 43 situaciones que pueden ser percibidas como negativas o no deseables causando estrés en el individuo. Los distintos acontecimientos recogidos se refieren a aspectos referidos a la familia, el hogar, el trabajo, la comunidad o la economía.

Cada ítem tiene una puntuación denominada "unidad de cambio vital", estas puntuaciones oscilan desde 100 que es la máxima, referida al acontecimiento más grave (muerte del cónyuge), hasta 11 que sería la menos relevante.

La que se presenta, es la escala de evaluación de reajuste social de Holmes y Rahe modificada¹. Para evaluar los acontecimientos se sumaron todas las unidades de cambio vital, es decir, la puntuación de cada ítem.

Cuando la suma es igual o superior a 150, se considera que estos acontecimientos pueden afectar negativamente a la familia o al estado de salud de uno de sus miembros.

Escala de evaluación de reajuste social

Señale con una cruz aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año

<input type="checkbox"/> 1. Muerte del cónyuge	100	<input type="checkbox"/> 22. Juicio por crédito o hipoteca	30
<input type="checkbox"/> 2. Divorcio	73	<input type="checkbox"/> 23. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
<input type="checkbox"/> 3. Separación matrimonial	65	<input type="checkbox"/> 24. Hijo o hija que deja el hogar	29
<input type="checkbox"/> 4. Encarcelación	63	<input type="checkbox"/> 25. Problemas legales	29
<input type="checkbox"/> 5. Muerte de un familiar cercano	63	<input type="checkbox"/> 26. Logro personal notable	28
<input type="checkbox"/> 6. Lesión o enfermedad personal	53	<input type="checkbox"/> 27. La esposa comienza o deja de trabajar	26
<input type="checkbox"/> 7. Matrimonio	50	<input type="checkbox"/> 28. Comienzo o fin de la escolaridad	26
<input type="checkbox"/> 8. Despido del trabajo	47	<input type="checkbox"/> 29. Cambios en las condiciones de vida	25
<input type="checkbox"/> 9. Paro	47	<input type="checkbox"/> 30. Revisión de hábitos personales	24
<input type="checkbox"/> 10. Reconciliación matrimonial	45	<input type="checkbox"/> 31. Problemas con el jefe	23
<input type="checkbox"/> 11. Jubilación	45	<input type="checkbox"/> 32. Cambio de turno o de condiciones laborales	20
<input type="checkbox"/> 12. Cambio de salud de un miembro de la familia	44	<input type="checkbox"/> 33. Cambio de residencia	20
<input type="checkbox"/> 13. Drogadicción y/o alcoholismo	44	<input type="checkbox"/> 34. Cambio de colegio	20
<input type="checkbox"/> 14. Embarazo	40	<input type="checkbox"/> 35. Cambio de actividades de ocio	19
<input type="checkbox"/> 15. Dificultades o problemas sexuales	39	<input type="checkbox"/> 36. Cambio de actividad religiosa	19
<input type="checkbox"/> 16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39	<input type="checkbox"/> 37. Cambio de actividades sociales	18
<input type="checkbox"/> 17. Reajuste de negocio	39	<input type="checkbox"/> 38. Cambio de hábito de dormir	17
<input type="checkbox"/> 18. Cambio de situación económica	38	<input type="checkbox"/> 39. Cambio en el número de reuniones familiares	16
<input type="checkbox"/> 19. Muerte de un amigo íntimo	37	<input type="checkbox"/> 40. Cambio de hábitos alimentarios	15
<input type="checkbox"/> 20. Cambio en el tipo de trabajo	36	<input type="checkbox"/> 41. Vacaciones	13
<input type="checkbox"/> 21. Mala relación con el cónyuge	35	<input type="checkbox"/> 42. Navidades	12
		<input type="checkbox"/> 43. Leves transgresiones de la ley	11

Modificada de Holmes y Rahe.

1. De la Revilla L. Acontecimientos vitales estresantes. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos en atención familiar. Barcelona: Doyma, 1994.

4. RESPOSTA A L'ESTRÈS

Activació general de l'organisme:

- **FISIOLÒGICS** (adaptativa en situació d'amença)
- **COGNITIUS** (processament)
- **CONDUCTUALS** (resposta)

RESPOSTES FISIOLÒGIQUES:

Conseqüències de l'activació del sistema adrenal-hipofisiari.

Resposta hormonal: **activadora o inhibidora**



Faciliten el transport de glucosa als músculs que han de reaccionar.

Resposta: **fugida/evitació**

- Increment de la freqüència cardíaca
- Increment de la pressió sanguínia
- Increment del ritme respiratori
- Disminució de la percepció de dolor: analgèsia per estrès
- Millores de la capacitat de memòria
- Increment en la detecció de sensacions perceptives
- Paralització de la digestió
- Paralització del creixement
- Reducció de l'activitat reproductora
- Inhibició del sistema immunitari

La resposta a l'estrès...

És un estat fisiològic que predisposa al consum d'energia.

5. AFRONTAMENT DE L'ESTRÈS

Objectiu principal:

- Restablir l'equilibri perdut entre la demanda de l'entorn i l'organisme.
- A través d'esforços conscients cognitius i conductuals.

ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT

Tres grans tipus:

- **Implicació activa:** basada en la solució del problema
- **Distanciament:** allunyar-se de l'amenaça
- **Cerca de suport:** ajuda del grup

Sovint s'activen diverses estratègies.

ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT DE L'ESTRÈS

Implicació activa	Distanciament	Cerca de suport
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reinterpretació positiva 2. Planificació 3. Afrontament actiu 4. Autocontrol 5. Acceptació de responsabilitat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negació 2. Distanciament mental 3. Distanciament conductual 4. Religió 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cerca de suport emocional 2. Cerca de suport instrumental 3. Descarregar les emocions

SÍNDROME GENERAL D'ADAPTACIÓ

Seyle (1956) desenvolupa el concepte de SÍNDROME GENERAL D'ADAPTACIÓ

Fases:

1. Fase d'alarma
2. Fase de resistència
3. Fase d'esgotament

6. EFECTES DE L'ESTRÈS

Quan l'estrès no és adaptatiu poden sorgir aquests efectes:

SUBJECTIUS: Ansietat, agressió, apatia, frustració, tristesa, baixa autoestima, nerviosisme, tensió, etc.

COGNITIUS: Oblits freqüents, hipersensibilitat a la crítica, incapacitat per prendre decisions, bloquejos mentals, incapacitat per concentrar-se.

FISIOLÒGICS: augment ritme cardíac, sequedat de boca, sudoració intensa, dilatació de pupil·les, etc.

SOBRE LA SALUT: Asma, mal d'esquena i pit, trastorns gàstrics, cefalees i migranyes, insomni, pèrdua d'interès sexual, etc.

EN LES ORGANITZACIONS: Absentisme, relacions laborals pobres, mala productivitat, canvis de treball, mal clima, etc.

EL SÍNDROME DE BURNOUT

Freudenberger, psiquiatre psicoanalista.

Característiques:

- Esgotament emocional
- Despersonalització
- Falta de realització personal

FORMES D'AFRONTAMENT AL BURNOUT

ASPECTES PERSONALS	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaços d'identificar l'estrès. • Adequar les nostres expectatives a la realitat. • Realitzar activitats d'oci, trencar amb la rutina. • Acceptar les nostres limitacions. No som omnipotents. • Aconseguir bona acceptació amb nosaltres donem millor relació amb els demés.
ASPECTES EN RELACIÓ AL GRUP LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> • Bona comunicació entre l'equip. • Afavorir l'expressió emocional. • Fomentar un bon ritme laboral • Organitzar les tasques de forma raonable i assequible.
ASPECTES RELATIUS A L'ORGANITZACIÓ	<ul style="list-style-type: none"> • Importància de l'entorn físic • Oportunitats per accedir a formació continuada • Fomentar canals de comunicació efectius (departaments,...) • Participació responsable en l'elaboració de plans de treball. • Espais de recolzament psicològic a equips d'alt risc (oncologia, cures intenses, unitats de cremats, etc.)

7. LES ANSIETATS

- **Conjunt de reaccions fisiològiques, emocionals, cognitives i conductuals que tenim davant d'un perill objectiu o subjectiu.**
- Quan l'ansietat és elevada la persona o el grup utilitza diferents mecanismes psicològics o conductuals

Les diferents naturaleses de l'ansietat (patiment psíquic):

- **Ansietat persecutòria (Klein):**
És el conjunt de pors referits a la seguretat del self (sí mateix). L'agressivitat es viu com algú extern que genera una vivència d'amenaça i perill.
- **Ansietat confusional:**
Amenaça la capacitat de pensar i comprendre. La perplexitat i la desorientació serien vivències que acompanyen aquestes situacions.
- **Ansietat depressiva (Klein):**
És el conjunt de pors centrats en la pèrdua de l'estimació i la preocupació per la seguretat de la persona estimada.
- **Ansietat catastròfica:**
Relacionada amb experiències no pensables "el terror sense nom".
 - Molt present en les psicopatologies severes (autisme, psicosi)

DIFERÈNCIES ENTRE **POR**, **ANSIETAT** I **FÒBIA**

VARIABLE / TIPUS EMOCIÓ	POR	ANSIETAT	FÒBIA
RESPOSTA FISIOLÒGICA	Activació vegetativa	Activació vegetativa	Activació vegetativa
RESPOSTA PSICOLÒGICA	Fugida i/o enfrontament	Alteracions cognitives i/o conductuals	Fugida i/o enfrontament
ESTÍMUL PROVOCADOR	Concret, real i perillós	Difós, subjectivament perillós. A vegades inexistent	Concret i subjectivament perillós
TIPUS DE RESPOSTA	Reactiva i transitòria	Generalitzada i duradora	Reactiva i transitòria
RESPOSTA DELS DEMÉS	Compartida	No compartida	No compartida

Respostes a l'article de la Victòria Camps (**IMPORTANT**)

La profesionalidad como virtud. *Camps. V. La voluntad de vivir* (2005)

1. Com definien virtut els filòsofs grecs ?

A la filosofia grega, **la areté (virtut) remet a l'excel·lència de de cada cosa**: la virtut d'un cavall de curses, d'un instrument musical, d'unes sabates o d'una peça de vestir, consistia, en cada cas, en la utilitat de cada cosa en qüestió per servir per a la finalitat a la que estava destinada. D'alguna manera, **la virtut definia les coses des de un punt de vista instrumental.**

2. Quina és la finalitat de l'home segons Aristòtil ?

Com l'home ho podia aconseguir ?

Aconseguir la felicitat és la finalitat de l'home segons Aristòtil. Segons Aristòtil l'home virtuós, és aquell que té totes les condicions necessàries per ser feliç, des d'una riquesa material suficient, fins a un caràcter moderat, temperat, just, modest i savi. **Les virtuts són la condició de la felicitat, ajuden a l'home a aconseguir la felicitat.**

3. Quin és el model de societat moderna segons la filòsofa Arendt ?

El model de societat moderna es fonamenta en l'animal que treballa, l'homo laborans, avui en dia l'única activitat digna de consideració és el treball: la producció o la fabricació, tot i que aquesta producció sigui o no d'objectes materials sinó de serveis.

4. Què ocorre quan s'imposa el positivisme ?

El positivisme **imposa que totes les ciències es reflexin en el mirall de les ciències exactes** o susceptibles de verificació empírica. **Tot allò que no pugui assolir el rigor** i la precisió d'aquest model **és pura metafísica o mera literatura**, que **no mereix la consideració del científic**. D'aquest corrent en deriva la medicina basada en l'evidència.

5. A què es refereix Snow quan diu:

"es peligroso tener dos culturas que no pueden ni quieren comunicarse" ?

Segons Snow, **les dues cultures (científica / humanística) tendeixen a tancar-secada vegada més en les seves pròpies matèries, provocant distanciament** i desconeixement comú entre elles. És perillós sobretot, perquè **el valor humà de les tecnologies no podrà decidir-lo cap ciència**.

6. Per Gadamer què ha de fer el bon professional ?

El bon professional **ha de tenir en compte no només la teoria, sinó el context i les circumstàncies**, mèdiques i no mèdiques, de cada cas.

7. La bioètica és propietat d'una disciplina ?

No és propietat, és interdisciplinar.

8. A què es refereix el sociòleg Irving Goffman amb el terme, la fragmentació del jo ?

Es refereix que a la societat corporativa, **la persona realitza a la vegada diferents papers, i aquesta diversitat de papers divideix i fragmenta la persona**. Cada paper o cada funció - l'infermera, la esposa, la mare, la filla - té les seves normes, no sempre coherents entre sí. **Això té com a conseqüència la desaparició de les normes** que haurien de regir la conducta humana en general. Per això cal promoure el civisme.

9. Per què la bioètica ens enfronta a una concepció nova de la vida i de la mort ?

Perquè podem viure més però volem viure millor. Ja que actualment **hem de decidir la qualitat de vida que portem i que volem portar**, tot i que tinguem els mitjans per allargar la vida.

10. La figura del "bioeticista" ha de ser un expert ?

No és ni ha de ser un nou expert, sinó una persona amb voluntat d'ocupar-se de qüestions que fins fa poc, no eren de la seva inconvència.

11. Per què s'ha de recuperar el valor de la comunicació amb el malalt ?

Ja que el malalt vol que el cuidin i no tan sols que el curin. I per això cal la comunicació fluida.

12. Quines condicions haurà de complir la medicina segons False Hopes ?

Tres condicions:

- Orientar la població cap a polítiques de salut (prevenció, EPS...)
- Posar èmfasi en la responsabilitat de l'individu
- Reduir la dependència cap a la medicina tecnològica

Què significa viure millor ?

Podem viure MÉS (quantitatiu)

Podem viure MILLOR (qualitatiu)

Àrees de la QUALITAT de VIDA:

- Físic / salut
- Estatus econòmic
- Psicològic / emocional
- Social
- Entorn
- Família
- Sexe

EL DOL

1. DOL, CULTURA I SOCIETAT

- **Elaboració del dol:** processos psicològics a partir del impacte afectiu i cognitiu fins acceptar la realitat interna i externa.
- Estructuració de la personalitat.
- **Definició del dol:** conjunt de processos psicològics, conductuals i psicosocials que es generen quan es perd una persona estimada.
- És un procés normal i són "proves" inevitables a la vida.
- Els dols del cicle vital.
- La cultura, ritus, símbols, canvis socials.
- Paper de la medicina vs religió (dolor, patiment, aflicció, etc.).
- Occident: cures pal·liatives, pràctiques d'eutanàsia.
- Dilema moral i pràctic.
- "Prozac".

2. TIPOLOGIA DE DOLS (SEGONS EVOLUCIÓ)

- Dol normal
- Dol anticipat
- Dol retardat, inhibit o negat
- Dol crònic
- Dol complicat
- Dol patològic

MANIFESTACIONS NORMALS QUE PODEN APARÈIXER EN EL DOL

(Worden, 1997)

SENTIMENTS	SENSACIONS FÍSQUES	CONDUCTES	PENSAMENTS
<ul style="list-style-type: none"> • Tristesia • Enfado • Culpa • Bloqueig • Ansietat • Soledat • Fatiga • Impotència • Alivi • Insensibilitat • Confusió 	<ul style="list-style-type: none"> • Opressió en el pit • Opressió al coll • Hipersensibilitat al soroll • Falta d'aire • Debilitat muscular • Falta d'energia • Sequedat de boca • Buit en l'estómac • Sensació de despersonalització 	<ul style="list-style-type: none"> • Somiar amb la persona morta • Evitar records de la persona • Sospirar • Plorar • Atresorar objectes de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> • Incredulitat • Confusió • Preocupació • Al·lucinacions breus • Sentit de presència

2. AVALUACIÓ DEL DOL

Factors que afecten al seu curs. **Poden ser: factors adversos o protectors.**

1. **Característiques de l'objecte perdut.**
(característiques de la persona que hem perdut).
2. **Característiques del subjecte.**
(característiques de la persona que passa el dol).
3. **Característiques de la relació entre ambdós.**
4. **Circumstàncies de la pèrdua.**

3. FASES DEL DOL I LES SEVES CARACTERÍSTIQUES CLÍNQUES

- **Dol és un procés que evoluciona en etapes.**
- No sempre segueixen un ordre específic.
- A vegades es superposen i es mostra de diferents formes segons cada persona.

Fases del dol segons diferents autors:

Lindeman (un dels pioners en la investigació del dol)

1. Commoció i incredulitat
2. Dol agut
3. Resolució

Parkes i Bowlby (dos investigadors que han treballat en el camp del dol)

1. Fase d'atordiment
2. Fase d'anhel i recerca
3. Fase de desorganització i desesperació
4. Fase de reorganització

Rondo

1. Fase d'evitació
2. Fase de confrontació
3. Fase de restabliment.

Tizón (2004) IMPORTANT !

1. **Impacte i crisi** (ira, aflicció)
2. **Pena, tristesa , turbulència afectiva, ressentiment.**
3. **Negació.** (no poder creure que la persona no hi sigui).
4. **Evocació de records i vivències. Desesperança reversible.**
(ajuda estar acompanyat en aquesta fase del dol)
5. **Elaboració, acceptació.**
6. **Reparació. Reorganització.**

4. ELABORACIÓ DEL PROCÈS DE DOL

Worden descriu **quatre tasques bàsiques per la recuperació:**

1. Acceptar la realitat perduda
2. Experimentar dolor emocional
3. Adaptar-se a l'ambient en el que el difunt no està present
4. Invertir l'energia emotiva en altres persones i relacions

5. ETAPES PSICOLÒGIQUES DEL PACIENT TERMINAL (*Kübler Ross*)

RECOMENACIONS CLÍNiques

Abans de la defunció:

- Control de símptomes
- Informar a la família sobre el diagnòstic i pronòstic (plantejament general)
- Comunicar el diagnòstic al malalt
- Informar als familiars sobre les activitats que poden realitzar en la cura del malalt i implicar al major nombre possible de familiars.
- Estimular la comunicació malalt/família.
- Preparar a la família per la fase d'agonia.
- Informar a la família amb certa antelació de la proximitat de la mort.
- Recomana que assisteixi al funeral tota la família (nens majors de 5 anys)



Després de la defunció:

- Aclarir dubtes
- Parlar sobre les circumstàncies en que es va produir la mort (enterrament, funeral)
- Explorar si hi ha sentiment de culpabilitat
- Valorar l'atenció i la cura realitzades per la família.
- Reorientar falses creences
- Explorar què s'ha fet amb les pertinences del difunt
- Informar sobre l'evolució del dol
- Oferir la possibilitat de noves consultes

ALTRES FORMES DE DOL

1. FACTORS PREDICTORS DE DOL DE RISC

Circumstàncies que compliquen el dol:

CIRCUMSTÀNCIES AL VOLTANT DE LA MORT

- Mort sobtada o inesperada
- Pèrdua ambigua (no s'ha trobat el cos de la persona)
- Morts traumàtiques (suïcidi, assassinat, etc.)
- Pèrdues múltiples
- Mort d'un nen, d'un jove

RELACIÓ AMB LA PERSONA MORTA

- Relació d'ambivalència (relació d'amor-odi)
- Relació simbiòtica (qui passa el dol sent que ha perdut una part d'ella)
- Relació de gran dependència

PERSONALITAT, ANTECEDENTS I CARACTERÍSTIQUES DE LA PERSONA

- Pèrdues prèvies no resoltes
- Nen o adolescent (els que han de fer el dol)
- Antecedents de depressió o altres trastorns psicològics
- Falta d'habilitats socials
- Baixa autoestima

CONTEXT SOCIOFAMILIAR

- Absència de xarxa social de suport
- Problemes econòmics
- Fills petits que cuidar

EXEMPLES DE DOL PATOLÒGIC | *Tizón* (2004) **IMPORTANT !**

- **Paranoide:** reivindicatiu
- **Maníac:** negació i eufòria
- **Depressiu:** Depressió Major després de 6 mesos, sentiments de culpa.
- **Ansiós:** ansietat, agitació, agorafòbia, tr. Estrés posttraumàtic.
- **Somatitzador:** amb tendència a somatitzacions.
- **Histeroide:** dramatització.
- **Obsessiu:** tendència als rituals
- **Abús drogues:** mantenir la negació i dissociació d'emocions.
- **Actuador:** busca perill, provocacions disocials.

DIFERÈNCIA ENTRE DOL NORMAL i EPISODI DEPRESSIU MAJOR

Tots els símptomes s'han de mantenir més de 6 mesos.

DSM-IV-TR · Aquests punts marquen que estem davant una depressió major.

1. **La culpa per les coses**, més que per les accions, rebudes o no rebudes per el supervivent en el moment de morir la persona estimada.
2. Els **pensaments de mort més que voluntat de viure**, amb el sentiment de que el supervivent hauria d'haver mort amb el difunt.
3. La **preocupació mòrbida** amb sentiment d'inutilitat.
4. **Alentiment psicomotor acusat**.
5. **Deteriorament funcional acusat** i prolongat.
6. Les **experiències al·lucinatòries** diferents de les d'escoltar la veu o veure la imatge fugaç de la persona morta.

2. EL DOL EN LA INFÀNCIA

(**Tizón, 2004**)

- **La separació (infància primerenca)**:
protesta, desesperança i desaferrament.
- **Pèrdua d'un progenitor (infància posterior)**:
patiment emocional, problemes de conducta.
- **Pèrdues importants en la infantesa**: més vulnerables. (no sempre és així però la criatura pot haver crescut amb dèficits)
- **Ajuda per elaborar pèrdues**:
objectes reals (substitutoris), **objectes simbòlics** (substituïts simbòlics).
- **Anticipar l'elaboració del dol**:
Veure el progenitor mort,... (poder-se acomiadar)

3. EL DOL EN LA SENECTUT

(**Grief**)

- Tema principal en les vides de la gent gran
- S'han d'afrontar a múltiples pèrdues
- Les manifestacions afectives són menys intenses

Respostes al document (IMPORTANT)

Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida. *Comitè de Bioètica de Catalunya*

1. Què és per vosaltres la mort ?

L'única cosa segura que sabem que arribarà com a conseqüència de la vida.

2. Què és per vosaltres morir en pau ?

Morir sense patiment, ni físic ni psicològic.

3. A què es refereix el text quan diu "sovint es fa massa per retardar la mort i massa poc per mitigar-ne el patiment que l'acompanya" ?

Tradicionalment sempre s'ha intentat retardar el moment de la mort i sovint els professionals veuen un fracàs quan aquesta finalment es produeix, però **cal realitzar un canvi de mentalitat** i en comptes de lluitar contra una mort inevitable cal concentrar tots els esforços a proporcionar unes bones cures que aportin confort en aquest moment final de la vida. **Proporcionar aquestes cures pal·liatives de qualitat haurà de veure's com un èxit per part dels professionals implicats.**

4. Què representa tenir decisions lúcides ?

Entenem que **una persona pren una decisió lúcida** quan aquesta ha estat presa **complint els tres requisits fonamentals:**

- **Llibertat** (absència de coacció)
- **Competència** (capacitat legal)
- **Informació**

5. Què ha canviat en la demanda de la societat cap els professionals sanitaris ?

Actualment **el ciutadà demana una relació més empàtica i compassiva** (que es basi en l'hospitalitat). **El malalt necessita més personalització** més mirament en vers al seu món personal que li permeti expressar pors, manifestar desitjos i descobrir preferències. I que afavoreixi arribar a decisions compartides basades en la confiança mútua.

6. Què ha d'atendre un equip de cures pal·liatives ?

Quines indicacions s'han de tenir en compte ?

Els equips de cures pal·liatives **atenen aspectes somàtics, emocionals, socials i espirituals per tal d'evitar el sofriment.** Tothom hauria de poder ser ben assistit en la mort, cada professional hauria d'incorporar aquesta inquietud, conjuntament amb els coneixements i les habilitats necessàries per portar-la a terme.

Indicacions comunes per a tots els malalts:

- **Mitigar el sofriment és l'objectiu prioritari**
- **Preveure i prevenir el dolor abans que es presenti**
(i s'ha de combatre quan hi és)
- **Estar atents a les necessitats i demandes personals**

7. A què es refereix el text quan diu:

"tenir dret a la informació no és sinònim de tenir-ne necessitat" ?

El dret a la informació **és un dret fonamental que té el pacient,** en canvi **la necessitat de rebre aquesta informació a vegades bé condicionada per diferents fets:**

- **La por i l'angoixa que pot produir aquesta informació** en el pacient.
- **El desconeixement de la seva situació** i per tant **el pacient no percep la necessitat de tenir aquesta informació.**
- **La rapidesa dels esdeveniments** que no permet que la informació arribi correctament.

8. Com ha de ser tractada la família del malalt ?

Les persones que comparteixen la vida amb el malalt **han de ser tractades en principi com a part del seu món.** Però cal tenir clar que **és el malalt el que té dret a decidir quina informació es comparteix amb la família i quina no, i amb qui.**

9. Què s'ha de tenir en compte perquè quedi clar que la persona és competent per prendre una decisió concreta ?

Cal avaluar la capacitat de decidir. Es a dir, és important no cometre l'error de considerar incompetent a qui no ho és i lesionar el seu dret a l'autonomia personal. O bé considerar competent a qui no ho és i posar en perill la seva seguretat. Ja que persones incapacitades legalment, com els menors, poden tenir competència suficient per alguna decisió, i en canvi malalts lúcids poden trobar-se en situació de no poder decidir. **La competència es pot restaurar.**

10. A què es refereix el text quan diu que "retirar els tractaments fútils no és una eutanàsia passiva sinó una bona pràctica" ?

Es refereix a que **quan els fàrmacs ja no fan efecte**, i per tant no tenen cap objectiu terapèutic, **retirar-los és una bona pràctica ja que donen millor qualitat a les cures del malalt no mantenir-lo sobre-medicat sense necessitat.**

11. Quina diferència hi ha entre sedació i eutanàsia ?

La **sedació consisteix en ajudar a morir el malalt sense dolor**, disminuint el nivell de consciència per protegir el malalt del malestar que està patint en una situació de fi de vida. En canvi, **l'eutanàsia provoca directament la mort d'un pacient que pateix una malaltia incurable i irreversible.**

LA MALALTIA CRÒNICA: EPIDEMIOLOGIA i AFRONTAMENT

1. EPIDEMIOLOGIA DE LES MALALTIES CRÒNIQUES

- Etimològicament **EPIDEMIOLOGIA:**
 - *Épi*: sobre
 - *Démo*: poble
 - *Lógos*: tractat
- “Tractat o estudi sobre els pobles”
- Es subratlla que **és de caràcter comunitari i no individual**

- Etimològicament **CRÒNIC:**
 - *Khronos*: temps
- Mitologia grega:
 - Déu del temps
 - Una de les divinitats més antiga
 - Fill d' Urà (déu del cel) i de Gea (deessa de la terra)
 - Pare de Zeus

Les malalties que afecten a les poblacions varien al llarg del temps.

Es divideixen les patologies, malalties o problemes de salut **en dos grans blocs:**

1. **Malalties agudes** (transmissibles o infeccioses)
2. **Malalties cròniques** (no transmissibles)

Les podem estudiar des de:

1. Focus **clínic** (estudiar al pacient)
2. Focus **epidemiològic** (estudiar com afecta al conjunt de la població)

FACTORS QUE CANVIEN EL DESENVOLUPAMENT DE LES MALALTIES CRÒNIQUES		
La transició demogràfica	Els canvis socio-econòmics	Els canvis sanitaris
1. Baixa fertilitat 2. Disminució de la mortalitat 3. Envel·liment de la població	1. De la societat post-industrial a la societat de la informació i comunicació. 2. La globalització.	1. Augment de la morbiditat i discapacitats 2. Grans avenços tecnològics i mèdics

Períodes de la transició sanitària

- **Abans 1850.** Era de les **pestes i la fam**
- **1850-1919.** **Final de les pandèmies**
- **1920-actualitat.** Era de les **malalties cròniques**
- **Futur.** Era de la **morbi-mortalitat associada a la senescència.**

2. CARACTERÍSTIQUES DE LES MALALTIES CRÒNIQUES

- **Trastorns orgànics i funcionals** que **obliguen a una modificació de la manera de viure** de l'individu.
- **Aparició lenta i insidiosa** i duren un període llarg o indefinit.
- També s'inclouen: m. Neuro-degeneratives, mentals

Diferència amb les malalties agudes:

1. **Causa** (multifactorial, factors de risc, internes i externes)
2. **Curs temporal**
3. **Resultats** (en una malaltia crònica normalment no hi ha cura, es busca la millor qualitat de vida amb el tractament.

3. PRINCIPALS MALALTIES CRÒNIQUES

CÀNCER

MALALTIES CARDIOVASCULARS

- Malaltia de cor
- Malalties cerebrovasculares
- Hipertensió

DIABETIS

MALALTIES MÚSCULO-ESQUELÈTIQUES (Patologia crònica osteo-muscular)

MALALTIA PULMONAR

MALALTIES MENTALS

MALALTIES INVISIBLES (Fibro-miàlgia...)

4. SALUT COMUNITÀRIA

Les malalties cròniques:

- **OMS, 2001:** representen el 60% del total de 56,6 milions anuals de defuncions que hi ha a tot el món.
- Pel 2020 es preveu que el percentatge anterior sigui el 75%.
- Actualment augmenten ràpidament en els països subdesenvolupats i en els grups de població més pobre dels països desenvolupats.

- Doble càrrega pels països en desenvolupament (Xina, Índia, Mèxic): malalties de transmissió i cròniques.
- En els països més rics representen més del 70% de les morts.
- Més del 60% dels costos d'atenció sanitària

5. INTERVENCIONS EN LES MALALTIES

1. **Prevenió primària:** és tota la prevenció que podem fer abans de que aparegui la malaltia (EPS, informació, programes de salut...)
2. **Prevenió secundària:** quan apareix la malaltia, hi ha un diagnòstic i un tractament.
3. **Prevenió terciària:** quan la malaltia ja requereix d'intervencions més rehabilitadores.

6. AFRONTAMENT DE LES MALALTIES CRÒNIQUES



- **L'adaptació inclou:** components cognitius, emocionals i comportamentals
- És necessari proposar metes vitals i organitzar el context de la persona.

Variables a tenir en compte, **per avaluar la capacitat d'afrentament** del pacient a aquesta malaltia crònica:

- **Dependència / independència**
(menjar, vestir-se, rentar-se, fer desplaçaments, etc.)
- **Ajustament emocional**
(malestar, depressió, angoixa, ansietat, frustració, etc.)
- **Ajustament cognitiu**
(positiu / negatiu)
- **Ajustament social**
(manteniment interacció social, interès per activitats d'oci, etc.)
- **Ajustament familiar** (activitats en la llar, comunicació, participació activitats família, manteniment i qualitat relacions sexuals).
- **Ajustament laboral** (problemes laborals, satisfacció laboral, canvis en els hàbits de treball, pèrdua d'ocupació).

FACTORS (que influencien en les variables anteriors):

1. La natura de la malaltia

- Com apareix (malaltia congènita, accident, gradual, etc.)
- Limitacions que implica
- Canvis en l'aparença física i funcions corporals.

2. El significat de la malaltia

- Gravetat de la funció danyada.
- Naturalesa i gravetat dels símptomes.
- Capacitat per controlar els símptomes.
- Valoració, normes i expectatives dels demés.

3. Respostes d'afrontament (control)

- De les possibles crisis
- Règims terapèutics
- Reorganització del temps
- Regulació dels sentiments i emocions
- Manteniment relacions adequades (familiars o professionals).

4. Context de la malaltia o ecosistema

- Context físic
- Context personal (amics, família, etc.)
- Context sociocultural (normes, valors, recursos econòmics i socials, etc.)

7. INVESTIGACIONS

Estudi de Framingham: aquest estudio va analitzar durant dècades els hàbits d'una població americana per tal de poder establir que causava els infarts.

Estudis de Barker:

- Publicats als anys 70 i 80
- **Circumstàncies en el període prenatal i postnatal relacionades amb:**
 - **La pobresa**
 - **Presència de malalties infeccioses**
 - **Desnutrició**
 - **Retard en el creixement**
- Increment risc malalties cròniques en l'adult

ABORDATGE INTEGRAL DE LA MALALTIA CRÒNICA

Aspectes que cal valorar:

- QUALITAT DE VIDA
- AFRONTAMENT
- RECOLZAMENT SOCIAL
- RESILIÈNCIA
- ESPIRITUALITAT

1. QUALITAT DE VIDA

Conceptes relacionats: satisfacció, felicitat, equilibri entre realitats aconseguides o assequibles, capacitat d'afrontament.

Objectiu: bona adaptació o ajustament.

La malaltia crònica i tractament modifiquen les expectatives, esperances, metes.

Adaptació: vincle entre qualitat de vida, afrontament i recolzament social.

La qualitat de vida...

- És un constructe compost per diverses dimensions
- Valoració subjectiva
- Indicadors objectius

Per valorar la qualitat de vida correctament **cal tenir en compte les dimensions de la malaltia crònica:**

- Estatus funcional
- Presència i gravetat de símptomes (malaltia, tractament)
- Funcionament psicològic
- Funcionament social

2. RECOLZAMENT SOCIAL

- Xarxes formals de recolzament
- Xarxes informals de recolzament
- Recolzament social i afrontament
- La família

3. RESILIÈNCIA

- Encara no es troba en la 22a edició (2001) del Diccionari de la Lengua de la Real Academia Española però hi serà en la 23^a edició.
- **Definició:** capacitat humana d'assumir amb flexibilitat situacions límit i sobreposar-se a elles.
- Etimològicament del verb llatí *resilio* = saltar cap endarrere, rebotar
- Diferents significats segons el context (enginyeria, ecologia, tecnologia, etc.)
 - **Món físic** = elasticitat; capacitat d'un cos per recuperar l'estat o posició original quan deixen d'actuar forces que el deformen, desplacen o submergeixin.
 - **Ciències de la vida** = adaptabilitat dels individus o els grups davant reptes o amenaces (pacients, professionals).
- Desenvolupat per la psicologia
- **Interès per la psicologia:**
 - Per què alguns nens, adults o famílies arriben a superar enfortits grans adversitats (genocidis, marginació socioeconòmica o cultural, ruptures parentals...) ?

4. ESPIRITUALITAT

S'utilitza molt a cures pal·liatives. No té perquè estar vinculada a la forma religiosa.

- Les variacions de Goldberg. Bach (Intèrpret: *Glenn Gould*)
- Reflexió: la dimensió espiritual de la persona
- Del llatí *spiritus* = alè
- Alè sinònim de vida
- Té diferents significats segons context (tradició, doctrina, escola filosòfica, ideologia, sistema de creences, etc)
- L'espiritualitat laica

El programa NECPAL:

Objectiu: atenció pal·liativa de qualitat i l'atenció a persones amb malalties cròniques avançades.

3 eixos: Recerca, Docència, Programa d'Implementació del nou Model

Instrument avaluació



UNIVERSITAT
A MANRESA

Comunicació terapèutica | APUNTS

professora: **Marta Figueras** | curs: **2on. Grau d'Infermeria** | alumne: **Carles Mayol**

Model d'Atenció Nuclear (ICO):

- **Necessitats nuclears**
(Espiritualitat, Dignitat, Autonomia, Afecte, Esperança)
- **Necessitats bàsiques** (Henderson)