

CONSCIÈNCIA DE DESCONNEXIÓ

L'*INSIGHT* EN EL TRASTORN ESQUIZOFRÈNIC

ANNEXOS

TREBALL DE FINAL DE GRAU EN PSICOLOGIA

SÁNCHEZ PERAL, Cristina

Curs: 2014 - 2015

Àngel Serra Jubany

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic

Vic. Maig 2015

CONTINGUT

Annex 1: MODEL D'ENTREVISTA	3
Annex 2: ENTREVISTES PROFESSIONALS	7
Annex 3: CATEGORITZACIÓ RESPOSTES (INVESTIGADOR).....	31
Annex 4: CATEGORITZACIÓ RESPOSTES (JUTGE EXTERN)	39
Annex 5: REFORMULACIÓ CATEGORIES	46

Annex 1: MODEL D'ENTREVISTA

A. Fase inicial

1. Font de derivació
2. Motiu de consulta
3. Motivacions
4. Expectatives
5. Inici simptomatologia
6. Manifestació patiment
7. Manifestació interferència en la vida quotidiana
8. Manifestació simptomatologia cognitiva

B. Fase de Tractament i Seguiment

1. Protocol de tractament
2. Objectius psicoterapèutics
3. Adhesió al tractament
4. Habilitats psicoterapèutiques

C. Fase de Tancament

- 1.** Ítems WAI-T / WAI-C
- 2.** Ítems SUMD - EICB

D. Continguts específics

1. Consciència de trastorn
2. Consciència de la simptomatologia
3. Consciència de necessitat de tractament
4. Fluctuació de la presa de consciència
5. Consciència d'alteracions en l'esfera social

Entrevistats:

R1: Psicòleg al Servei Osona Salut Mental

R2: Infermera de psiquiatria Hospital de Dia d'adults Osona Salut Mental

R3: Psiquiatra a l'hospital de dia d'Adolescents de Sant Joan de Deu.

A. Fase inicial: Contempla les primeres visites on es fan els contactes inicials amb l'usuari

1. Com acostumen a arribar els pacients afectats d'esquizofrènia? Quina és la via d'accés al teu servei: la font de derivació més comuna?
2. Aquests usuaris acostumen a acudir als serveis de salut mental per voluntat pròpia o la d'un familiar?
3. Venen al servei de salut mental acompanyats o sols?
4. S'acostuma a atendre al pacient i també la família?
5. En quin moment de la simptomatologia acostumen a demanar assistència? Acudeixen al servei en etapa prodròmica o s'intervé un cop l'usuari presenta una fase aguda o brot quan acudeixen als serveis mèdics d'urgències?
6. Quin professional sanitari realitza aquesta primera atenció assistencial dins del servei? infermera, psiquiatre, psicòleg?
7. Quin acostuma ser el motiu inicial que els porta a demanar ajuda? Quina és la motivació que els hi fa acudir?
8. Quines són les expectatives inicials depositades en els professionals sanitaris?
9. Els usuaris acostumen a expressar patiment? Aquest fet es relaciona amb la persona qui fa la demanda (ells mateixos/acompanyant)? A què solen atribuir aquest patiment?
10. En aquesta fase inicial de contacte amb els usuaris, aquests manifesten que la simptomatologia que refereixen els ha interferit en la seva vida diària? De quina manera (personal/social)? De manera explícita o més aviat implícita?
11. En aquests primers contactes, acostumen a posar en dubte la certesa de les seves percepcions?
12. I acostumen a associar els símptomes al trastorn que pateixen? Si no és així, com solen viure'ls?

B. Fase de Tractament i Seguiment

13. Normalment, quan es fa un diagnòstic d'esquizofrènia -després de la fase de contacte amb l'usuari- quin és el protocol general a seguir?
14. Quins són els passos d'intervenció que consideraries més rellevants com a professional des del teu camp d'especialització?
15. Es combina tractament psicofarmacològic i psicoteràpia?
16. Quins són els objectius psicoterapèutics més sovint establerts amb els pacients? Pel que fa al teu perfil professional, com són aquestes aplicats?
17. Els usuaris acostumen a assistir a les visites programades/HD?

18. Quines habilitats psicoterapèutiques creus que ajuden a l'usuari a mantenir una bona adherència al tractament proposat?

C. Fase de Tancament

19. Quins tipus d'indicadors, conductuals, psicològics o biofisiològics mostren que els usuaris poden deixar d'acudir als serveis de salut mental?
20. Com són els casos d'usuaris que fan un tancament o alta "voluntària" del procés terapèutic?
21. Al fer el tancament de la relació terapèutica, la relació d'entesa entre l'usuari i el professional solen ser suficients per a que l'usuari segueixi amb estratègies que promoguin els canvis desitjats?
22. Com s'acostuma a percebre que l'usuari té clar com li seria possible anar desenvolupant els canvis desitjats, d'enfocar el problema i de ser conscient de les seves responsabilitats en el procés de millora?

D. Continguts específics: presa de consciència

23. Quina acostuma ser l'opinió inicial dels usuaris al voltant de l'ingrés i/o de l'assistència al centre de salut mental, etc.? Canvia al llarg del procés terapèutic?
24. En termes generals, els usuaris creuen que tenen un trastorn mental, un problema psiquiàtric, una dificultat emocional, etc.? Arriben a associar els símptomes positius com a deguts a la seva imaginació, a comprendre que algunes d'aquestes creences són falses? Aquesta percepció va canviant al llarg del procés terapèutic?
25. Creus que la presa de consciència de malaltia i de necessitat de tractament va variant al llarg del procés de la malaltia o es manté estable?
26. Els usuaris acostumen a percebre que el professional pot entendre millor que ells les seves "alteracions" o per el contrari solen pensar que són ells els únics que entenen les seves experiències? Aquesta idea té a veure amb la fase de tractament en la qual es troben?
27. Quins creus que són els elements del trastorn esquizofrènic que més dificulten la presa de consciència sobre aquest trastorn?
28. En l'esfera social de l'individu, es habitual que aquests acceptin que podrien haver mal interpretat actituds dels demés? O per el contrari, solen mantenir-se en la posició de que les seves interpretacions sempre són correctes i no poden confiar o no creuen en el que opinen els demés? Aquest fet té a veure amb la fase de tractament en la qual es troba? Aquestes idees solen fluctuar d'un extrem a l'altre?
29. En general, quina creus que és la rellevància de fomentar la consciència de patir un trastorn dins el procés terapèutic? I concretament, en els usuaris que presenten trastorn esquizofrènic?

- 30.** En l'atenció a aquest tipus d'usuaris, es solen utilitzar eines (estratègies, tècniques específiques) que fomentin aquesta presa de consciència? Si és així, quines?
- 31.** Des de la direcció dels serveis de salut mental on exerceixes la teva professió, es faciliten aquestes eines que ajudin al professional a promoure la presa de consciència en l'esquizofrènia? Quina importància se li dona?

Annex 2: ENTREVISTES PROFESSIONALS

A. Fase inicial: Contempla les primeres visites on es fan els contactes inicials amb l'usuari

1. Com acostumen a arribar els pacients afectats d'esquizofrènia? Quina és la via d'accés al teu servei: la font de derivació més comuna?

R1: Doncs poden accedir de dues formes: Una mitjançant la derivació del metge de capçalera i una altra anant a urgències un cop ha esdevingut el brot psicòtic. Normalment venen acompanyats de la família o fins hi tot, a vegades, per agents de policia si la persona s'hi nega o es posa agressiva. De totes les persones que pateixen esquizofrènia, no totes poden ser tractades per un psicòleg, els perfils més habituals són les persones joves que necessiten entendre la malaltia i ajudar-les a que en tinguin un bon maneig, i una altra són les persones que els símptomes positius són molt resistents, llavors el psicòleg faria un treball més per a ajudar a que la persona pugui viure amb aquests símptomes.

R2: A l'hospital de dia, en concret, uns venen de la unitat d'aguts en una fase de estabilització, acabats d'estabilitzar i ja registrat el tractament farmacològic després d'una estada molt llarga. Normalment són pacients que poden passar-se en hospitalització un mínim 3 setmanes, per tant, és un trencament a la seva vida, una parada al seu dia a dia fins que nosaltres els tornem a reincorporar a la seva rutina. Per a això és l'hospital de dia, per veure com s'adapten a l'entorn un altre cop. El tractament farmacològic que porten a la unitat d'aguts no és el que continua, ja que no els hi permetria fer el seu dia a dia. Això seria en general. Després seria veure en els primers brots com accepten l'entrada a l'entorn i com es tornen a posar en contacte amb la gent després de demostrar-nos que no hi ha alteracions a la conducta, o sigui, perquè abans ja han tingut problemes. El com es tornen a incorporar a la dinàmica familiar...son coses que s'han d'avaluar en concret i cadascun dels casos, molt individual, per nosaltres es això. L'altre és la via consultes externes, pacients de consultes externes que es descompensen o estan a mitges en un "fil penjant" i que, com que tenim molta consciència de la malaltia per part del pacient o que tenen una família que "apunti" molt bé i ens permet passar a l'hospital de dia... perquè els ingressos al hospital de dia son voluntaris. El pacient accepta venir i per tant el pacient és conscient del que té i de que necessita ajuda i necessita estar a l'hospital de dia, o hi ha una família que ens ajudarà a que vingui. La font de derivació seria a partir d'un psiquiatre si parlem d'aguts. També pot ser el psicòleg que vegi que el pacient està malament i consideri que el ingrés al hospital.... però li dirà al psiquiatre.

Més que res és com un treball en equip, si jo el veig malament li comento a l'altre company que el veu, que es un psiquiatre, per veure si està conforme, però si un dels dos veu que està malament, normalment ingressa. Si està malament està malament, tant pot ser la visió d'un o de l'altre.

R3: Jo estic a l'hospital de dia, i m'arriben adolescents a partir de 12 anys que ja han tingut simptomatologia psicòtica i me'ls deriven normalment de la unitat d'hospitalització, ja que han hagut d'ingressar, o nens amb simptomatologia psicòtica no molt greu que no cal ingressar-los però si que cal fer un seguiment estret. Però sempre me'ls deriva un altre especialista, o bé des d'urgències o des de l'hospital.

2. Aquests usuaris acostumen a acudir als serveis de salut mental per voluntat pròpia o la d'un familiar?

R1: Normalment és un familiar o un agent de la comunitat que ha detectat el problema i que té capacitat a forçar a portar-lo, policies, ambulàncies... El percentatge de persones que acudeixen voluntàriament és molt baix, normalment no venen per què creguin que estan malalts, si ho fan molts cops es degut al deliri, per exemple, per que creuen que tenen un xip al cap i llavors acudeixen a urgències per a que se'l treguin.

R2: L'hospital de dia és voluntari, les portes sempre són obertes. A mi, si el pacient hem diu que vol marxar, ha de marxar. Una altra cosa és que considerem el motiu que diu per marxar... es valora, perquè pot ser que, si està malament, si està desorganitzat, està més angoixat... Si és un psicòtic per exemple, em de valorar si hi ha les veus, si hi ha algun tipus de deliri o alguna cosa. Si és per un motiu d'aquests no el deixarem marxar, se'l reconduirà al psiquiatre, psicòleg... Donem més medicació per frenar-la... a veure que es el que passa. No deixem marxar així com així perquè no sabem que passa, ha de ser una justificació bona.

R3: Normalment, amb aquest tipus de malaltia, un perd el contacte amb la realitat, i per tant, sol ser la gent de fora que veu que a la persona li passa alguna cosa, sol ser una persona del voltant que porta a l'hospital a la persona afectada en contra de la seva voluntat. També és cert que encara que no es donin compte potser... que encara que confonen realitat amb imaginació diguéssim... si que tenen patiment i, a través d'aquest malestar, a vegades accedeixen a ser tractats o a ser ingressats fins hi tot.

3. Venen al servei de salut mental acompanyats o sols?

R1: Normalment venen sols, entrar a consulta entren sols, es poden anar concertant visites familiars... però les visites normals són individuals ja que normalment es tracten temes que la persona no vol parlar davant la família. Pot haver-hi en un primer moment, després d'un brot, que la persona necessiti que l'acompanyin a venir, però de seguida que es recupera la persona sol venir sola.

R2: A l'arribada? Si poden mantenir la seva autonomia tots mantenen la seva autonomia, és a dir, si poden venir sols venen sols. Hi han vegades que sí, que hi ha moments a la fase de la malaltia del pacient que hem de demanar, si us plau, que els portin. Això més a la fase inicial, perquè estan més desorganitzats. De vegades els hi demanem que els acompanyin fins a la porta i que els vinguin a buscar. Poden estar desorganitzats, poden estar desconfiats, estan despistats o, de vegades, no poden venir perquè són reticents, i si tenen una oportunitat no t'entraran. Ens hem d'assegurar que ens arribin.

R3: Normalment quan acudeixen per primer cop venen acompanyats de la família, i al treballar amb adolescents no he vist cap cas que acudeixi la persona sola, ni tan sols en famílies desestructurades, des de la meua experiència no en conec cap cas. En les jornades a l'hospital de dia, però, els adolescents estan sols, els solen portar els seus pares, però un cop a dins de l'hospital de dia entren sols.

4. S'acostuma a atendre al pacient i també la família?

R1: Sí, des del punt de vista de la psicologia cognitiu-conductual sí. En psiquiatria, per exemple, moltes vegades els interessa que les consultes es facin amb familiars, per corroborar, per exemple, que la medicació es pren correctament. Però des de la psicologia s'ha d'atendre a la persona individualment per a que expliqui tot allò que li preocupa o que li passa, que no pot dir davant la família. A part d'aquesta atenció individual, però, també poden fer-se consultes amb la família per a què expliquin com veuen al seu familiar afectat o quines preocupacions tenen al voltant d'ell.

R2: Nosaltres estem en contacte amb la família pràcticament sempre. La família pot trucar sempre, ens pot venir a veure sempre, qualsevol dubte, qualsevol cosa... ells poden trucar en qualsevol moment i saben que els atendrem. Això a infermeria, perquè som els que sempre estem allà dins l'equip. Llavors estan els psiquiatres i psicòlegs quan sigui necessari. Però nosaltres sempre i som, sempre donem resposta. Això és molt important perquè sinó, deixem a la família penjada. L'angoixa de la família, el malestar de la família... El pacient està tractat, el tractem farmacològicament, el més necessari és estar en contacte amb la família les 24 hores del dia, 365 dies al any... Com no els cuidem una mica i ens claudiquin... què en fem de la persona?

R3: A la família se li donen sempre unes pautes, se les implica molt en el tractament i més tractant-se d'adolescents, ells com a menors requereixen una supervisió de l'adult. El treball amb famílies crec que és molt més equiparable al treball amb la persona afectada si comparem amb el tractament d'adults. Tenim grups terapèutics, tant d'adolescents afectats com de les seves famílies. Aquests grups es fan conjuntament i per separats, pares i adolescents, és més a nivell de psicoeducació, és una malaltia que costa molt d'entendre i ells necessiten saber més, es dona informació a la família, que li passa al nen... és molt important.

5. En quin moment de la simptomatologia acostumen a demanar assistència? Acudeixen al servei en etapa prodròmica o s'intervé un cop l'usuari presenta una fase aguda o brot quan acudeixen als serveis mèdics d'urgències?

R1: Aquestes persones són detectades quan esdevé el brot psicòtic, és quan la malaltia es fa més visual ja que hi ha un canvi de comportament, de dinàmica i rutina d'aquesta persona. Llavors la gent del voltant ho pot notar i és quan se'l pot fer venir a urgències. També és el moment en que la persona té més malestar i patiment i pot tenir intenció per solucionar-ho. En una fase prodròmica és molt difícil de detectar tot aquest tema, perquè de vegades veus en adolescents trastorns del comportament, baix rendiment escolar... però es difícil de fer l'orientació diagnòstica precoç abans de que esdevingui el brot.

R2: Des de l'inici, des del moment que es té el diagnòstic al primer brot. En el primer brot, no saps com se'ns ho agafarà la persona, amb el risc que comporta. Perquè, per exemple, a un jove que possiblement és un esquizofrènic, que li trenquem la seva vida... li estem dient que serà medicat tota la vida, que no pot sortir de festa, no pot consumir alcohol, no pot consumir drogues, li trenquem la rutina i això té un risc.

A partir d'aquí fan una negació que provoca que es puguin deprimir degut a tot el procés més la medicació, i amb el risc que comporta una depressió psicòtica... que se'ns puguin matar. Per tant des de el primer que es dona una simptomatologia psicòtica, ha d'haver-hi ajuda. Aquesta primera demanda, però, normalment es sol fer per altres que es donen compte que hi ha alguna cosa que no funciona en la persona. Un mateix li costa perquè no és una realitat certa.

R3: Pot ser molt diversa la simptomatologia, però sobretot solen referir un canvi a partir del brot psicòtic com a tal: de cop i volta fa coses estranyes... està desorganitzat, fa les coses sense ordre, comencen a aparèixer pors, a desconfiar, a aïllar-se... el nen canvia. Ara s'estan fent molts estudis per a detectar els pròdroms, es poden detectar perquè és veritat que abans del brot sol haver una fase prèvia on es noten canvis, el nen es tanca, no rendeix tant, fins hi tot canvia de gustos... poden ser subtils però hi són. En aquest cas són molt més difícils de detectar, no acudeixen als serveis ja que no són canvis molt evidents ni tant preocupants com quan el nen ha fet el brot, però això hauria de començar a promoure's, és difícil ja que són canvis inespecífics que poden derivar o no en una esquizofrènia... però hauria de mirar-se bé, per desgracia poques vegades acudeixen als serveis per això. A vegades s'alarmen perquè un nen que funcionava bé deixa de rendir a l'escola, i això fa que els pares vinguin, però el més comú es que vagin a urgències un cop s'hagi produït el brot.

6. Quin professional sanitari realitza aquesta primera atenció assistencial dins del servei? infermera, psiquiatre, psicòleg?

R1: El psiquiatre, sempre. Per tant, s'interpreta que la medicació seria la primera opció i és el tractament d'elecció, el líder, el bàsic. L'ajuda psicològica és el què ajuda junt al tractament psicofarmacològic, és una ajuda. Però sense el tractament psicològic no podria avançar-se psicològicament.

R2: Clar al entrar a urgències el primer que ho rep és infermeria i qui fa la valoració i la primera visita és el metge de família o un intern. Després els metges deriven, valoren i llavors diuen: aquest es un pacient psiquiàtric, l'ha de valorar un psiquiatria i el deriven al psiquiatra. Però de bones a primeres normalment es medicina interna qui valora i llavors aquí es classifica. El primer triatge el fa la infermera que fa una primera valoració. Però tot i així quan hi ha una sospita de que algú "és psiquiàtric", infermeria avisa i, amb el metge intern, ho valoren. La derivació l'ha de fer un metge. És la infermera comunitària qui fa el triatge és una infermera d'urgències, per tant son pacients de difícil maneig per les infermeres, no estan totalment formades i per tant no entenen les malalties mentals.

R3: Normalment són psiquiatres d'urgències i a partir d'aquí s'activa el que faci falta, si cal una hospitalització o un seguiment... però normalment aquesta detecció es fa a urgències.

7. Quin acostuma ser el motiu inicial que els porta a demanar ajuda? Quina és la motivació que els hi fa acudir?

R1: No sol ser voluntari, la persona no té consciència de malaltia, per tant la persona està convençuda del que creu, llavors no està malalta, sinó que li passen altres coses. La motivació que pot tenir es que no tornin a venir a buscar-la els mossos a casa o que estiguin més tranquils a casa meva... que un familiar li demana i ho fa per ells... El què passa és que, els professionals hem de treballar per a què vegi que el tractament li va bé, que pot mantenir el control de la seva vida... llavors si que sol aparèixer la motivació per a venir.

R2: Per exemple, en un primer brot és la por: m'està passant alguna cosa i no sé què em passa, no sé què tinc, o que no dormen... Et venen i et diuen: es que sento veus... però si t'ho diuen es perquè els està creant por i angoixa. Quan aquestes veus en comptes de ser bones són dolentes... llavors hi ha malestar i el problema és quan els hi crea malestar. Normalment és llavors quan ja ha passat un temps, uns quants mesos.

R3: Si el nen està molt malament a les primeres visites pot estar tant desconfiat i paranoic que no t'explica res i potser no pots... no et diu res. En els casos en que t'explica et poden dir... o tu veus, potser no et fa una demanda directa però explica que tothom es riu d'ell o que hi ha càmeres que l'estan mirant... Ell, la demanda que et pot fer, si es que et fa demanda, és que està espantat per tot això, fins hi tot que ell nota que ha canviat... es noten diferents, que "algo" passa que no sap ben bé què és, una sensació d'estranyesa. Jo diria que se centren més en el que noten, en un primer moment, que en les conseqüències del que noten, dels símptomes.

8. Quines són les expectatives inicials depositades en els professionals sanitaris?

R1: Al principi solen creure que som enemics, que ens hem inventat una malaltia, que diem que està malalt... En proporció més petita si que en un inici la persona pot pensar que d'alguna forma el podem ajudar encara que cregui que no esta malalt... El que passa és que si el tractament va bé, en molt pocs dies... és molt ràpid que la persona es senti molt millor i ja pot adonar-se'n que l'estem ajudant. Hem de pensar que, en un primer brot, la persona està molt confosa i això és diferent si la persona recau.

R2: Quan acudeixen a l'hospital de dia el primer que vol és que li treguin la medicació. És "lo" més freqüent donat tots els efectes secundaris que els hi dona... i tot això jo ho entenc. Els joves diuen que els hi retiris la medicació i els que son crònics: quan em baixareu la medicació? o: quan podré tornar a fer la meua vida normal? Que vol dir normal? És a dir, d'on venim hi ha on vols anar? Ho fem sense donar falses esperances mai, sempre diem que reajustem medicació, ni que pugem ni que baixem. Fem allò que sigui necessari per la persona per a què funcioni. No podem enganyar, sinó es tirar-se "merda" sobre nostre, genera desconfiança i trenques un vincle important amb la persona.

R3: Les famílies tenen unes expectatives molt i molt altes. Jo crec que esperen que tu ho solucionis tot, però això en aquesta malaltia i en totes. Esperen que tu els curis, després tu els hi has d'explicar el procés, que té una evolució lenta...

9. Els usuaris acostumen a expressar patiment? Aquest fet es relaciona amb la persona qui fa la demanda (ells mateixos/acompanyant)? A què solen atribuir aquest patiment?

R1: Aquí pot haver-hi dos situacions: En el moment del brot, la persona primer està molt confosa i després hi ha una reinterpretació de la realitat que dona resposta a la persona i la preocupa, però no és una realitat real. Depèn de com sigui aquesta nova realitat la persona patirà més o menys. Pot donar-se el cas també que en algunes persones el patiment sigui molt baix i costin de detectar-se, encara que normalment hi ha patiment, perquè la reinterpretació de la realitat sol ser angoixant. Altres reinterpretacions, però, poden ser delirants i no porten a patir a la persona. Depèn de la interpretació de la realitat la persona expressarà o no patiment.

R2: Quan a nosaltres ens arriben no, perquè no saben ni què els hi passa. El patiment és molt relatiu, com pateixen pels símptomes, per el que ells estan sentint dins el procés de la malaltia... o el patiment de l'entorn, el malestar que poden generar ells a l'entorn, com repercuteix a l'entorn: Mira que els hi he fet a la meua família, la meua família està patint... Això últim és més quan hi ha les recaigudes, no tant en primers brots. El patiment d'un no ve fins que no hi ha consciència de malaltia, els poden angoixar els símptomes, però patiment per la malaltia no. Ho atribueixen a la por, això vol dir que hi ha un tema delirant pel mig. Quan diuen que hi ha patiment normalment és sense contingut, sense fonament, en els processos delirants. Quan la persona diu: es que tinc una esquizofrènia, pateixen per la por de descompensar-se un altre cop, però aquí ja hi ha consciència. És la por més irracional i la por més racional.

R3: Depèn del cas... per generalitzar jo crec que a l'hospital de dia molts tenen moltes dificultats per acceptar que tenen la malaltia, per tant, molts intenten aparentar normalitat i que tot va bé, almenys la meva sensació és aquesta. Intenten demostrar-te que les coses van millor del que sembla, no ho accepten, però sota hi ha un patiment. Volen ser normals i molts cops et minimitzen els símptomes, però de fons hi ha un patiment i una preocupació que acaba sortint, però molts cops en el primer contacte volen aparentar normalitat. En la pràctica no es veu tant clar si hi ha relació entre l'expressió inicial de patiment i si la mateixa persona fa la demanada. Jo crec que això va lligat molt amb la consciència de malaltia, que al principi normalment no hi és però després sí. Si hi ha una consciència inicial de malaltia potser sí que vindria lligat amb l'expressió de patiment, però des de la pràctica és difícil de concretar-ho.

10. En aquesta fase inicial de contacte amb els usuaris, aquests manifesten que la simptomatologia que refereixen els ha interferit en la seva vida diària? De quina manera (personal/social)? De manera explícita o més aviat implícita?

R1: (10,11,12) Si parlem d'un primer brot normalment hi ha molt poca consciència de malaltia i llavors no es pot parlar ni de malaltia, no pensen que tinguin cap malaltia encara que hagin estat ingressats. Et diran que han estat nerviosos, que es van atabalar...però normalment hi ha molt poca consciència de malaltia i no hi ha tampoc consciència de problema. Per tant no em de seguir per aquest camí, sinó que hem de veure en un moment actual aquesta persona quins objectius pot tenir, que vol aconseguir, quines mancances percep que té i proposar-li fer un tractament per millorar, així, sense dir-li que tractarem la malaltia, perquè llavors no ens posarem d'acord. Ajudar-lo en aquests aspectes implica treballar la malaltia indirectament. En aquest sentit el patiment es correlaciona amb la consciència de malaltia: quanta més consciència més patiment, com no te'n adones de res, no pateixes. Si és molt alta, la persona es pot deprimir i suïcidar-se: la consciència de malaltia s'ha d'administrar amb cura, trobant un estat òptim.

R2: Sí, perquè han deixat de fer coses que feien abans i són conscients que han deixat de relacionar-se amb el seu entorn. Ells ho fan com a mesura de protecció, però són conscients que ho fan. Sol ser per por, perquè no si senten bé, per temes més delirants de desconfiança...

R3: Ho solen atribuir a que veuen que hi ha hagut un canvi en ells, que no són els mateixos. Normalment després d'un brot el cap no va igual, va més lent... ho atribueixen a això: no sóc el mateix d'abans i les coses em costen més. Solen dir les frases aquestes més de depressió, són conscients que els hi ha passat alguna cosa i ha deixat alguna seqüela.

Expressen canvis dels dos tipus (personal i social) sí, perquè ho noten... noten que amb el grup d'iguals se senten diferents, així com també es senten diferents amb les coses que abans feien amb normalitat i ara no. Això s'expressa més implícitament, diria, no tenen tanta facilitat per a dir-ho.

11. En aquests primers contactes, acostumen a posar en dubte la certesa de les seves percepcions?

R1: (Respost a la p.10)

R2: Ells no posen en dubte el que els hi passa, és la seva realitat, és cert i això pot durar mesos des de la descompensació. Hi ha gent que fins hi tot pensen tota la vida que allò és així, s'encapsulen en aquella idea i així es queden, no en fan crítica. Amb la medicació la persona ja pot començar a plantejar-se si allò es veritat o no.

R3: En un primer moment, a l'hospital de dia solen venir des d'un recurs previ, per tant, tenen algun nivell de consciència, alguna cosa es nota que ha estat treballada. El paper de l'hospital de dia és consolidar el primer maneig que s'ha fet des d'urgències o hospitalització, s'ha d'ajudar a fer-lo conscient de que es té un problema però de manera positiva, una visió esperançadora. Però sí, quan m'arriben aquí sí, tenen aquest punt de consciència que aquelles percepcions... les fiquen en dubte, "el meu cap em va enganyar" o l'altre opció és que diuen "ja no em passa" i no hi pensen més. Poden haver-hi aquestes dues opcions.

12. I acostumen a associar els símptomes al trastorn que pateixen? Si no és així, com solen viure'ls?

R1: (Respost a la p.10)

R2: No, com que no hi ha consciència no es poden associar. És real i tot és real, el que penso i el que sento, que la gent em mira malament o parla de mi, és real. Ho viuen amb molta desconfiança, perdent contacte amb les persones, per tant és un contacte que costa agafar. Tampoc els hi pots dir que la gent els hi parla malament, els hi dius: ara creus això, "bueno"... no pots confrontar res perquè se't tancaran en banda i no confiaran en tu. Quan vas agafant un vincle pots començar a posar en dubte. En aquest primers brots, des d'infermeria intentem començar a posar en dubte, però qui determina quan es pot confrontar, ho determina més el psicòleg o el psiquiatra. Però nosaltres comencem a estovar una mica per començar a treballar poc a poc, nosaltres els veiem cada dia, són 5 hores, i podem fer molt treball amb aquella persona.

Després s'agafa més confiança amb el pacient, ja que no cal que ens enganyin tant, ens veuen més propers i això ajuda a que ens comencin a dir coses. A més, podem veure com es relacionen entre ells, com afronten algunes situacions, quines habilitats socials poden tenir, o realment si estan molt malament i no són capaços ni de relacionar-se.

R3: A l'hospital de dia sí, ja han tingut un contacte previ amb urgències... i són capaços d'associar els símptomes amb el seu trastorn. Quan em venen aquí sí, però abans de fer-ho no, no associen. En un moment anterior es creuran el deliri, les al·lucinacions... Per ells serà real i no ho associen a cap malaltia en un primer moment. El que poden sentir és el malestar, la por que els hi fa això, però que ho associïn a un trastorn... "bueno", en un primer moment no.

B. Fase de Tractament i Seguiment

13. Normalment, quan es fa un diagnòstic d'esquizofrènia -després de la fase de contacte amb l'usuari- quin és el protocol general a seguir?

R1: Quan a mi m'arriben els pacients sempre estan diagnosticats, el diagnòstic el fa el psiquiatra. Llavors te'l poden enviar per diferents objectius: per que està la persona està molt inactiva, perquè és jove i necessita treballar tot el tema de la malaltia, perquè hi ha dèficits cognitius o per el tema de que els símptomes positius, que no marxen. Depèn de l'expressió de la malaltia el protocol a seguir és diferent. Per exemple, una persona de llarga evolució que sent unes veus molt molestes per ell, llavors el que es fa és treballar allò que l'angoixa en concret. Si t'envien una persona jove i has de treballar des del principi, el procés és més llarg, i el protocol seria treballar el vincle. Hem de tenir en compte que de vegades hi ha molta pressa, però si no treballes bé el vincle aquesta persona no voldrà veure't, no creu que estigui malalt i que necessiti ajuda. Després, el següent seria fer un anàlisi funcional del símptomes (que pot donar 3-5 visites), has d'entendre bé els deliris, com es produeixen, si afecten a la seva qualitat de vida... Llavors es desenvolupa un pla d'intervenció sobre quins símptomes començar a treballar i es començaria per els que posin menys en risc el vincle i a mida que s'avanci es passa a tractar símptomes més potents. Alhora es treballa la consciència de malaltia però amb molta cura ja que massa consciència no és bo. També anem valorant el rendiment cognitiu i donem consells i exercicis per fer a casa, això també serveix per a fer venir al pacient a consulta, és una bona excusa per treballar el vincle. El procés acaba quan la persona sí té símptomes positius, però no l'impacten tant emocionalment i has pogut ensenyar a la persona a reduir l'impacte emocional del símptomes en general, donar-li sensació de control.

R2: Protocol hi és, l'únic que nosaltres... cada usuari és un món. El farmacològic sí que es segueix però el que és el funcionament... no, cadascú és un món. Tenim pacient sols, amb família... primers brots, joves, famílies desestructurades, crònics... El protocol general seria massa superflu per tractar-ho, no podem generalitzar. Ha de ser més individualitzat. Per tant, ens guiem per la persona, amb l'observació, escoltem... La pregunta de rigor és: perquè has ingressat? Així sabem si hi ha consciència o no. Tu saps perquè vas ingressar?: quan ja has la medicació permet fer la pregunta. I ara com estàs, encara estàs així? Llavors es quan comences a treballar.

R3: Des de l'hospital de dia no hi ha un protocol, no hi ha cap "cosa" protocol·litzada, no hi ha pautes protocol·litzades. Pel que fa al tractament sí, tu ja saps quin tractament has de fer, però no està protocol·litzat, sinó que fem el tractament que se li fa a qualsevol nen psicòtic. El que passa que aquest hospital de dia no està especialitzat en trastorns psicòtics, per tant no es fa una cosa concreta per ells. Aquí vindrà i, per exemple, primer s'administrarà una farmacologia per controlar la simptomatologia positiva, després sol aparèixer la simptomatologia negativa que s'ha de treballar, rutines... Amb cada persona, però, es treballa allò en que té més dificultats. Jo diria que fem una espècie de rehabilitació... que el pacient torni a adquirir els hàbits que tenia en el seu dia a dia, tornar-lo a la seva normalitat. No hi ha protocol, però ens basem en les dificultats de cada pacient, tingui depressió o un brot psicòtic.

14. Quins són els passos d'intervenció que consideraries més rellevants com a professional des del teu camp d'especialització?

R1: (Contestat anteriorment)-el vincle i l'adherència.

R2: Aconseguir que segueixin el tractament farmacològic és el primer, sinó no podem fer res, el pacient se't descompensa. A partir d'aquí, llavors, la consciència de malaltia, començar a treballar símptomes, allò que li va passar... a veure si li podríem posar en dubte.

R3: Jo com a psiquiatra penso que és molt important que acudeixi al centre i que segueixi el tractament farmacològic, això es essencial en els trastorns psicòtics, a partir d'aquí es podrà seguir una relació terapèutica.

15. Es combina tractament psicofarmacològic i psicoteràpia?

R1: (Contestat anteriorment)

R2: (Contestat anteriorment)

R3: Ens segons quins casos. En el brot psicòtic, lo psicoterapèutic, aquí, en aquest moments, no li donem tanta importància encara que sí que té un paper. "Lo" ideal seria que sí, però en el nostre dia a dia no hi ha tants recursos com per a fer-ho, per a que tots els pacients tinguin "lo psiquiàtric i lo psicològic". En un brot psicòtic és més difícil treballar psicològicament, potser quan estan estabilitzats és més fàcil treballar coses, però més de cara a afrontar el dia a dia... El psicofàrmac sempre és un tractament de primera elecció en persones amb brots psicòtics. Hi ha casos de pacients que només han estat tractats amb psicofàrmacs, també existeixen psicòlegs que són capaços de tractar un brot psicòtic sense medicació, però desconec què fan realment.

16. Quins són els objectius psicoterapèutics més sovint establerts amb els pacients? Pel que fa al teu perfil professional, com són aquestes aplicats?

R1: Al principi no pots pactar el que tu voldries, has de tenir objectius per enganxar a la persona. Llavors, els altres passarien a ser interessants a treballar, però no són objectius principals. Quan ja està el vincle més treballat, ja podem parlar d'objectius principals, i s'enfoca dient que tenim una sèrie de problemes que impedeixen a la persona desenvolupar-se com es voldria. Se li proposa realitzar alguna intervenció per a què la persona pugui aconseguir els seus objectiu i superar les dificultats que es presenten. En general, des del punt de vista psicològic l'objectiu és tenir un bon maneig de la malaltia, que conegui bé el tractament, que tingui una bona adherència a ell, que tingui bons hàbits, eines psicològiques per afrontar els símptomes i que pugui desenvolupar-se bé dins la comunitat.

R2: Nosaltres seguim el què ens marca el psicòleg, el què fem és reafirmar la línia en el que el psicòleg treballa. Per a que vegi que tots anem a una, no donem missatges diferents perquè la persona no entendria res. Depèn de quins pacients mana el psicòleg o psiquiatre, i seguirem com treballen. Des d'infermeria es pot reforçar molt el què diu el psicòleg, ja que els veiem cada dia. A partir de comentaris que poden fer, i si apareixen comentaris nous, acudim al psicòleg per a saber per quina línia treballar. Si veiem que no ens pot anar prou bé, parlarem per trobar altres maneres d'actuar. El treball en equip és fonamental en tot el que fem, a consultes, a hospital de dia, a planta, etc.

R3: L'objectiu general és portar-lo a la normalitat, que pugui seguir el que feia abans. Jo com a psiquiatra... comptes amb altres professionals, amb el teu equip amb el que fem tota la feina. Cadascun fem una feina, és una cosa interdisciplinària, psiquiatra, mestres, educadors...

17. Els usuaris acostumen a assistir a les visites programades/HD?

R1: En general, als centres de salut mental, independentment de la malaltia de la que parlem, hi ha absentisme. Hi ha molt seguiment, és a dir, són contactes terapèutics que poden durar anys, i és normal que puguis fallar a alguna visita. L'hospital, per això, ha desenvolupat un sistema d'avís per missatge que recorda la visita i, per tant és una gran ajuda per a les persones amb esquizofrènia (com altres) que solen tenir problemes d'organització, de memòria... En general, però, no crec que hi hagin diferència entre l'esquizofrènia i altres trastorns mentals en respecte a l'absentisme.

R2: Hi ha un contracte terapèutic on se'ls hi explica l'horari, les normes... i si tu no pots venir has de dir perquè. Ells firmen i prenen el compromís de seguir la normativa i els horaris establerts. Pot costar al principi, on has de negociar molt... però llavors quan estan millor es van enganxant. Quan veuen que venen per una finalitat que els hi beneficia... no solen tenir problema.

R3: Hi ha molts casos, però en general sí, els nens psicòtics solen acudir al servei. En aquests casos influeix molt la família, una família complidora ajuda molt, encara que la persona no vulgui acudir. Ajuden a que es compleixi bastant el contracte terapèutic. En aquests casos, les persones tenen tantes ganes de ser normals... venir aquí implica que la persona està malalta i això costa molt d'acceptar, però hi ha de tot. Hi ha altres casos que sí volen acudir, ho has de treballar molt. Per això, per exemple, l'adherència a la medicació costa... hi has d'estar molt a sobre perquè normalment ho volen deixar, arriba un punt que veuen que estan millor i ja no ho volen prendre, és difícil.

18. Quines habilitats psicoterapèutiques creus que ajuden a l'usuari a mantenir una bona adherència al tractament proposat?

R1: Per treballar bé el vincle s'ha de tenir paciència, és un fracàs voler tenir pressa, després de moltes visites veus que això no pot anar bé. Amb una persona amb esquizofrènia s'ha de treballar molt més el vincle, ja que no trobem la motivació per el canvi com en altres trastorns. A més has de tenir molta empatia, posar-te en els seu lloc i entendre la seva dificultat per entendre el seu poc insight i no enfadar-te. Donar temps i entendre l'altre persona és el principal per a vincular-se, interessar-se per els seus gustos, interessos... S'ha de tenir en compte però, que malgrat el vincle és molt important per a una bona adherència, s'ha d'evitar que la persona sigui dependent del professional o servei de salut mental i, per tant, s'ha de ajudar a potenciar la seva autonomia.

R2: Tractar les persones com a persones. Això fa que et responguin. Si els tractes com a malalts, els hi poses una etiqueta i ja l'has "pifiada". T'has d'interessar per els seus gustos, la seva família... És una feina constant, has d'estar pendent de l'usuari i de tot el seu entorn. Això permetrà aproximar-se més a com se senten, que pensen... Intentem normalitzar al màxim la situació i tractar-los sense posar etiquetes ni només fixar-se en la malaltia.

R3: Jo penso que el més important és vincular-te des del seu patiment, trobar allò que els fa patir i a partir d'allà aliar-te amb ells... Si tu entres en fer-li veure que entens les coses que li costen, el seu patiment... es comença a fer l'aliança. Si només et centres en els fàrmacs, essent directiu... això no va a ningun lloc. Empatitzar amb el seu patiment, en els casos on volen aparentar normalitat és molt difícil, costa més fer el vincle. És l'habilitat d'intentar trobar la "grieta" on poder arribar a la persona, encara que aquell no sigui el símptoma que més et preocupa com a professional, però a ell sí, has de tenir-ho en compte.

C. Fase de Tancament

19. Quins tipus d'indicadors, conductuals, psicològics o biofisiològics mostren que els usuaris poden deixar d'acudir als serveis de salut mental?

R1: Un indicador bo és el desenvolupament en la comunitat. Això és bastant bon indicador i és bastant clar que aquesta persona està en un nivell final del tractament, li poden passar coses, tenir símptomes positius però no l'afecten en la seva vida, ho té controlat i li treu importància als pensaments delirants que pugui tenir. Mentre que la persona t'ho expliqui que ho intenta controlar però encara li costa, es manté el tractament psicològic. En el fons és el fet de que es veu que l'impacte emocional que tenen els seus símptomes ha disminuït moltíssim i ho té controlat. L'organització del temps, les seves rutines... són bons indicadors de tancament del tractament. Una prova de que no es creen relacions de dependència es que no li costa deixar de venir, per ella és un premi, ho ha aconseguit.

R2: Hi ha un moment quan la persona comença a dir-te que està cansat de venir i això és perquè té més ganes de ser fora que a dintre, es troben millor a fora que a dintre. Llavors ens comencem a plantejar en donar dies lliures per veure que realment funciona fora. Llavors la intenció és normalitzar el seu dia a dia: a tornar a anar al gimnàs, a estudiar, a comprar per la seva família, a anar a treballar... Quan això comença fem una adaptació fora a poc a poc per a què no es descompensin amb l'ansietat que pot provocar introduir-se un altre cop a la rutina.

El fet que la persona vulgui començar a adaptar-se a la seva vida anterior i pugui fer-ho a poc a poc és el major indicador per a poder tornar a reincorporar-se i deixar l'hospital de dia.

R3: Tenint un compte un tancament des del dispositiu de l'hospital de dia... s'han de tenir en compte com a indicadors, sobretot, que s'hagin assolit els objectius dels que parlàvem, que no tingui símptomes, que comenci a funcionar: anar a l'institut, sortir amb els amics, amb la família bé... i que porti estable un temps. Això indica que la feina des de l'hospital de dia ja està feta. Això, però, no significa que el nen no continuï amb un seguiment, però potser no tant estricte, pot passar a una fase ambulatoria.

20. Com són els casos d'usuaris que fan un tancament o alta "voluntària" del procés terapèutic?

R1: Una alta voluntària... el que passa es que poca gent t'ho diu clarament. El què pot passar és que directament la persona no vingui més, això pot passar quan no has fet bé el vincle. De vegades passa perquè el tractament amb aquella persona és impossible des de la psicologia, ja que està massa malament per fer tractament psicològic. Altres vegades la persona creu que ja està prou bé i deixa de venir sense fer un bon tancament de la relació terapèutica ni un treball a fons. Si hi ha un bon vincle, encara que hagi tingut impediments per a venir a algunes sessions, troba un espai per demanar hora, ja que se sent bé amb tu i vol parlar de com li van les coses des de que va decidir deixar de venir al servei.

R2: No, ja que si diuen que no volen venir més, però sabem que estan descompensats... solen anar a planta. Li preguntem normalment perquè no volen venir i intentes treure-li informació sobre la simptomatologia per saber si estan descompensats. Intentem parlar amb la família per veure si realment està funcionant. Si és així i es veu que la persona pot tornar a adaptar-se... això es fa a poc a poc, però mai de sobte. Això té els seus riscos i no te la pots jugar.

R3: Pot ser que passi, depèn de com estigui el nen. Si diu que vol marxar i està estable pots més o menys respectar, mantenint un seguiment, però que no vinguin tant a hospital de dia. Jo ho respecto, però faig visites més regulars, setmanals... per veure que realment es manté la millora. També són importants els pares, ja que una alta voluntària implica que estàs donant una alta que tu no creus que la requereixin i per tant els pares haurien de firmar conforme es fan responsables... en la pràctica. Si veig que està en una fase estable encara que sigui una mica abans del que jo havia pensat, faig un seguiment ambulatori més estret. Si el nen està molt malament i es nega a venir, com a l'hospital de dia no tenim recursos per a obligar a la persona a venir, es faria un ingrés per a estabilitzar la persona.

21. Al fer el tancament de la relació terapèutica, la relació d'entesa entre l'usuari i el professional solen ser suficients per a que l'usuari segueixi amb estratègies que promoguin els canvis desitjats?

R1: Com que normalment ja ho has estat treballant en el sentit que, ja no es fa un seguiment tan intensiu, sinó que dones més espai encara que es segueixi amb visites espaciades... amb aquestes persones ja s'ha pactat de mica en mica, i aquestes visites més espaciades són per veure si és capaç de seguir amb els objectius i, un cop es veu que sí pot, se li dona l'alta.

R2: Nosaltres seguim una continuïtat, després de que estiguin a planta nosaltres seguim la línia de treball, i després, quan marxen de l'hospital de dia, es seguirà també amb el seguiment des de la mateixa línia de treball. Tots seguim un fil i això ajuda a la persona a poder seguir amb normalitat, ajudar-la a seguir amb les rutines i potenciar allò on la persona té més dificultats. Tot el que es decideix que s'ha de fer per a realitzar canvis en la vida de la persona es pacta amb ella. Si no hi està d'acord, el canvi ja no es planteja. Nosaltres no imposem, ens posem d'acord, sinó no farà aquests canvis ni els mantindrà. La persona ha de veure per si mateixa que els canvis són positius, nosaltres podem anar fent-li veure a poc a poc. Quan no s'aconsegueix, això es continua treballant a consultes externes.

R3: Es suposa que quan tu dones l'alta veus que estan preparats per a seguir el seu desenvolupament sols. Aquí això també ho podem veure perquè solem fer altes molt progressives, és a dir, al principi venen tots els dies de la setmana i acaben venint un cop només a la setmana. Tu ja tens certes garanties de que la cosa anirà bé.

22. Com s'acostuma a percebre que l'usuari té clar com li seria possible anar desenvolupant els canvis desitjats, d'enfocar el problema i de ser conscient de les seves responsabilitats en el procés de millora?

R1: Clar... per exemple amb tema de tòxics, que en aquestes malalties tenen molta importància. Llavors, amb hàbits i rutines, esport, el vincle, activitats en l'entorn social... això és molt important. També es important veure com la persona s'afronta als diferents estressors, això es contempla en les últimes visites. S'ha de tenir clar que la persona es veu capaç i responsable del seu procés de millora i això és com un èxit per a ella.

R2: Sense seguiment no seria possible. Necessiten un reforç de la gent, no són pacients que puguis deixar que facin per si sols, ja que la pròpia malaltia i efectes secundaris de la medicació els portarà a que es vagin deixant. El fet d'anar-los seguint és per anar reforçant allò que han aconseguit. Amb els anys pots aconseguir tenir pacients psicòtics que potser els veus dos cops l'any, però sempre hi haurà un seguiment. Tinc pacients que ja els veiem quan feia pràctiques aquí, i encara els veig, d'això fa 12 anys.

R3: Com a professional percep que sí, que ha de ser capaç, és l'esperança que tens, però ningú et diu que no hi hagi ninguna recaiguda. La mateixa persona sí que es sol sentir responsable de tot el seu procés de millora quan es fa l'alta, però això no vol dir que pugui empitjorar.

D. Continguts específics: presa de consciència

23. Quina acostuma ser l'opinió inicial dels usuaris al voltant de l'ingrés i/o de l'assistència al centre de salut mental, etc.? Canvia al llarg del procés terapèutic?

R1: L'ingrés mai sol ser molt agradable, el primer sobretot. Jo que faig grups amb joves amb esquizofrènia, quan surt el tema de l'ingrés, hi ha molt mala vivència per la majoria. Se sol recordar malament, ja que és una situació molt dura, així com també es recorda negativament al responsable d'urgències, els primers dies a planta... Una persona pot pensar que es troba molt millor i que el procés terapèutic li ha anat bé per la seva vida, però normalment el ingrés mai es recorda positivament ni clarament, és un moment de molt desordre.

R2: És una cosa molt lenta, molts no tenen consciència de malaltia però venen a posar-se una medicació i veure al psiquiatra. Per què venen? Pensen i tots pensem que deuen notar que hi ha alguna cosa que els hi va bé, però no entren en si estan malalts o no, però ells venen. No creuen que tinguin una malaltia però venen, i si els hi preguntes perquè prenen medicació responen: "Per què m'ho ha dit el metge". Al llarg de la malaltia sí que hi ha un canvi, tenim molts adolescents que al principi pensaven: això es una merda, per què m'envien aquí?... i ara ja no, ara pensen que sí, tenen una malaltia, s'han descompensat i han de fer el tractament. La percepció de la malaltia per tant no és estable. En una descompensació la persona no és conscient dels símptomes ni els associa a la malaltia, la medicació ajuda i comencen a ser conscients de que tot això es fruit de la malaltia, tu també pots ajudar molt a fer-ho veure.

R3: No volen estar ingressats, la majoria de vegades. A no ser que realment el nen... i hagi un patiment i tingui certa consciència de que "algo raro" li esta passant, però encara que ho vegin, molts cops el estar ingressats no ho porten bé els primers dies. Aquesta visió sí que canvia al llarg del procés terapèutic, sol canviar, quan comencen el tractament farmacològic i millora la simptomatologia són conscients que almenys "algo" els hi ha passat i estaven malament.

24. En termes generals, els usuaris creuen que tenen un trastorn mental, un problema psiquiàtric, una dificultat emocional, etc.? Arriben a associar els símptomes positius com a deguts a la seva imaginació, a comprendre que algunes d'aquestes creences són falses? Aquesta percepció va canviant al llarg del procés terapèutic?

R1: Això es veu bastant en gent jove que comença el tractament, és molt evident el canvi i l'associació dels seus símptomes, i és molt satisfactori per al professional. A vegades, però, necessiten una segona recaiguda per deixar de negar la malaltia i adonar-se de què és real, del que està passant. En segones recaigudes, però, costa més de recuperar-se, per tant, cal ajudar a la persona a entendre el que li passa abans de que recaigui. Hi ha persones amb una llarga evolució de la malaltia que poden no tenir consciència de trastorn ni de problema i accepten el tractament farmacològic a mitges. Reconeixen que els hi pot anar bé per alguna cosa, hi hauria una petita consciència de necessitat de tractament.

R2: La percepció de la malaltia no és estable. En una descompensació les persones no són conscients dels símptomes ni els associen a la malaltia, la medicació ajuda i comencen a ser conscients de que tot això es fruit de la malaltia, tu també pots ajudar molt a fer-ho veure.

R3: Depèn del moment del trastorn en el que estiguin, per això la consciència de malaltia s'ha de treballar, és una habilitat que es difícil que aparegui sense treballar, necessiten ajuda perquè precisament un dels primers símptomes és que no tenen consciència de malaltia. Per això s'ha d'ajudar a promoure. Això ajuda a que vegin que el que els hi està passant és causa de aquest trastorn. Amb els canvis generals que es van desenvolupant i amb ajuda concreta, amb una educació sobre el que els hi ha passat ajudes a desenvolupar aquesta consciència.

25. Creus que la presa de consciència de malaltia i de necessitat de tractament va variant al llarg del procés de la malaltia o es manté estable?

R1: Sí, la consciència de malaltia l'hem d'entendre com ser conscient o no de que es té una malaltia i de com s'atribueixen el símptomes que es tenen. La persona observa que no es desenvolupa com abans, llavors li dona pistes de que alguna cosa li passa. Pot haver-hi consciència de que es té una malaltia i no associar els símptomes a aquesta, això és una consciència parcial. El més difícil es tractar l'associació dels símptomes, s'ha de treballar molt, però un cop el vincle és molt fort es pot treballar millor aquest aspecte i aconseguir una bona consciència global. Jo crec que és estable en el temps però quan ve un brot desapareix.

Quan es recupera la persona, però, no comences des de zero, però si que es perd si bé un nou brot, la consciència pot oscil·lar.

R2: Sí, a vegades no van a l'hora i veuen que sí necessiten prendre la medicació perquè veuen que els fa estar bé, però no saben perquè els hi fa estar bé, veuen que estan més tranquils i es ajuda a dormir... Llavors la persona pot veure la necessitat de prendre el tractament però no haver-hi consciència de malaltia.

R3: Jo crec que pot variar. Si hi ha una descompensació pot perdre en aquell moment la consciència de malaltia, per tant jo diria que sí que pot canviar. En adolescents és més difícil definir-ho a la realitat ja que el procés de malaltia és molt més curt, però en adults aquesta realitat és molt més clara.

26. Els usuaris acostumen a percebre que el professional pot entendre millor que ells les seves "alteracions" o per el contrari solen pensar que són ells els únics que entenen les seves experiències? Aquesta idea té a veure amb la fase de tractament en la qual es troben?

R1: Ells tenen la veritat i la teva feina és fer-los entendre que tu els entens molt. Abans de confrontar res has de expressar la teva empatia cap al que els hi està passant, demostrar això és important. Crec que varia cap a millor si ho fas bé, si consideren que tu entens molt del tema i saps com donar-los pautes que els ajuden a millorar o a no notar tant el símptoma... cada vegada creuen més en tu com a professional. Al principi no hi creuen tant, així com si no ho fas bé. Evoluciona cap a millor, però l'esquizofrènia és molt "fotuda" en aquest tema, ja que com l'atribució de símptomes no està bé, no es fàcil que t'identifiquin com una persona que els ajuda a millorar els símptomes. En molts casos, quan s'acaba el tractament i la persona s'adapta a la comunitat, el percentatge de una total atribució dels símptomes i la consideració de a què ha ajudat el professional és més baixa del que sembla. La feina del psicòleg en esquizofrènia, llavors, és poc agràida, però si s'aconsegueix que la persona es reincorpori a una vida més o menys normalitzada hem d'estar contents.

R2: Ells saben que nosaltres els entenem, que no els hi discutim, no entrem en judicis de si allò es veritat o no ho és. Si estan molt descompensats no entren a explicar-te el què els hi està passant encara que els hi preocupi, i en el cas de que t'ho expliquin després no en són conscients de que ho han fet. Quan t'ho expliquen es perquè posen en dubte les seves percepcions i volen que els ajudis a diferenciar si són reals o no.

R3: Jo crec que aquesta percepció pot canviar. Si en un moment que estan malament... només ho saben ells i tu no entens res, tu no saps el que passa ni... però en un altre moment de la malaltia més estable poden depositar molta confiança amb el terapeuta i entens el que els hi passa. És una cosa que pot variar.

27. Quins creus que són els elements del trastorn esquizofrènic que més dificulten la presa de consciència sobre aquest trastorn?

R1: Hi ha factors que no són determinants. El coeficient intel·lectual baix no ajuda a una bona presa de consciència, però tampoc un coeficient intel·lectual elevat ens assegura res. Que existeixi una correcta dinàmica familiar o adequat entorn familiar on entenguin bé la malaltia també ajuda, la manca d'aquest, per tant, no ajuda. Els tòxics no ajuden... L'edat d'inici primerenca empitjora la correcta consciència de malaltia. Aquí el que passa és que s'ha d'entendre una cosa molt important: l'esquizofrènia no és una malaltia, i per això és tant difícil de explicar. I que la consciència és un constructe molt complicat i variable, cada persona es diferencia en aquest sentit i això es difícil de visualitzar teòricament. La falta de consciència, però, és present en tot els tipus de esquizofrènia, ja sigui total o parcialment.

R2: L'estigma, en el moment que li diuen que és un esquizofrènic no vol ser-ho, tot per culpa de l'estigma. Un diabètic, per exemple, no li farà res dir que es diabètic o que ha estat ingressat. Però si ingressa per un brot psicòtic... si que no està ben vist. A part, el que dificulta molt la presa de consciència és la dificultat en discernir el que és real i el que no, aquesta ruptura, això es brutal.

R3: La malaltia en sí... els símptomes en sí, els positius sobretot. Els deliris i les al·lucinacions que van units a no ser conscient del que passa. Jo crec que és això el que els hi dificulta saber que tenen una malaltia.

28. En l'esfera social de l'individu, es habitual que aquests acceptin que podrien haver mal interpretat actituds dels demés? O per el contrari, solen mantenir-se en la posició de que les seves interpretacions sempre són correctes i no poden confiar o no creuen en el que opinen els demés? Aquest fet té a veure amb la fase de tractament en la qual es troba? Aquestes idees solen fluctuar d'un extrem a l'altre?

R1: Hi ha qui sí i qui no. Fins hi tot quan estan recuperats pot quedar encapsulat, és a dir, algunes persones estan "super" recuperades però tenen la seguretat de que els altres... poden mantenir aquest símptomes. Llavors hi ha persones que poden arribar a criticar-ho tot totalment i posar-ho en dubte, de fet hi ha persones (que són poques) que poden fer-la de seguida aquesta crítica després del primer brot. L'insight per tant és com una dimensió, on cada persona és diferent en cada tipus de presa de consciència.

R2: Depèn de la fase en la qual estiguin. Poden entrar-te al despatx i dir-te: aquest m'està mirant malament, i això es una senyal de que no estan bé o que en aquesta part encara no han millorat i aquest símptoma encara persisteix, encara desconfien... em de qüestionar una mica per a que es plantegi si es veritat o no: "Vols dir..?".

R3: Segons el moment de la malaltia, si està en un moment bo poden arribar a realment posar en dubte que ha sigut el seu cap. Això ho pots parlar amb ells quan estan bé, no quan estan malament, i poden arribar a entendre-ho: "ho vaig interpretar malament, el meu cap m'ha enganyat..." Hi ha altres que simplement... "ara ja no hem passa", encapsulen el deliri, no en fan crítica però... ja no els hi passa. La percepció d'aquestes dificultats socials que venen donades per el trastorn i el seus símptomes varien també al llarg del trastorn, si tinguéssim un altre brot, aquesta podria empitjorar. La percepció de l'entorn social... podria tenir variacions per tant, però també es recupera.

29. En general, quina creus que és la rellevància de fomentar la consciència de patir un trastorn dins el procés terapèutic? I concretament, en els usuaris que presenten trastorn esquizofrènic?

R1: S'ha de tenir cura perquè massa consciència de malaltia porta a la depressió i això es perillós, en canvi, poca consciència de malaltia no ens permet desenvolupar un bon maneig de la malaltia. Hem de aconseguir l'equilibri adequat. La qüestió és anar desenvolupant la consciència de malaltia però alhora donar missatges positius que no ens inventem, donem una visió el més esperançadora possible de les coses.

Intentarem crear una altra visió més positiva i mai falsa, que aportarà una consciència de malaltia òptima per la persona. Hem de procurar que la consciència no vagi acompanyada d'elements que provoquin baixa autoestima.

R2: Es que si no s'és conscient del que té no viurà bé o fins hi tot és pot matar pels propis deliris, per la falta de consciència, per considerar insuportable la seva vida, el viure així. Amb la consciència s'eviten recaigudes i, per tant, el deteriorament de la pròpia malaltia. El que no es pot fer és autoanalitzar-se constantment, han ser conscient i viure. Si hi ha un excés d'autoanàlisi del que a un li passa, la persona pot deprimir-se i acabar suïcidant-se. Això, però, no només passa amb els trastorns mentals o l'esquizofrènia, sinó que passa amb totes les malalties: una persona que ha patit un infart, ha de ser conscient d'allò per a cuidar-se més. La base de les malalties orgàniques i mentals és la mateixa, o ets conscient i comences a cuidar-te o no fem res.

R3: Té una gran importància, ja que s'eviten recaigudes, nous brots... i aquests deixen grans seqüeles, un gran deteriorament, per tant és important evitar-los. Millores l'adherència al tractament i per tant evites més recaigudes. En altres trastorns no psicòtics, jo diria que en segons quin trastorn és més important que en altres, potser hi ha casos en segons quin trastorn que tampoc cal que tinguin tant present que han tingut o tenen un trastorn psiquiàtric, és més important, potser, normalitzar més la situació. Trastorns no tan greus o que no depenen tant de medicació o no són tant invalidants com una esquizofrènia... potser val més la pena que no tinguin tant en compte el trastorn en si, el que els hi ha passat... depèn molt del cas. En adolescents també més val normalitzar que etiquetar a la persona amb la patologia, perquè això influeix molt. En tots els casos s'ha de trobar un estat òptim.

30. En l'atenció a aquest tipus d'usuaris, es solen utilitzar eines (estratègies, tècniques específiques) que fomentin aquesta presa de consciència? Si és així, quines?

R1: En principi, amb el vincle... la manera millor de treballar-la és buscar on aquesta persona té dèficits, quins detecta ella i vol treballar, això és consciència de problema, almenys. La informació a la persona sobre la malaltia i els seus símptomes ajuda molt a que entenguin que no són les úniques que ho pateixen. Però quan tot això ho fas massa ràpid, va malament, i a vegades s'aprèn a base d'equivocar-se.

R2: La teràpia de grup i la individual, el treball amb la família... perquè si la família ho entén és més fàcil de fer-li entendre al seu familiar. L'acceptació de la malaltia per part de la persona i de la seva família és important per a començar a treballar dia a dia.

S'han de tractar tots els pilars on la persona podria recolzar-se, i la família és la base. Si no hi ha la família, hi ha un problema, llavors nosaltres fem un seguiment molt més acurat i de proximitat per intentar que no es desvinculin.

R3: Tenim grups psicoeducatius, per pares i per nens on el que fomenta és educar sobre el què passa i, per tant, prendre consciència sobre el trastorn, per evitar recaigudes. La psicoeducació és una eina potent per a tractar la consciència amb grups participatius i a vegades dirigits on el professional explica el símptomes.

31. Des de la direcció dels serveis de salut mental on exerceixes la teva professió, es faciliten aquestes eines que ajudin al professional a promoure la presa de consciència en l'esquizofrènia? Quina importància se li dona?

R1: El que passa és que en la intervenció que nosaltres fem... la direcció en les coses concretes no s'hi fica. Ells confien en els professionals, ells demanen que realitzem tractaments basats en l'evidència científica, llavors si tu vas als protocols i les guies de l'esquizofrènia, la psicoeducació és el principal tractament de la consciència de malaltia, són els elements bàsics per part del psicòleg. Llavors el que ens demanen és que fem psicoeducació per millorar la consciència de malaltia. Ells saben com treballa cada professional i si els hi agrada i es veuen resultats, et deixaran treballar com ho estàs fent. A més, hi ha moltes noves teràpies entorn la consciència de malaltia que ens ajuden a treballar amb l'esquizofrènia, una de les últimes és la teràpia d'acceptació i compromís on acceptar la malaltia i superar-se són els pilars principals.

R2: Des del servei d'Osona Salut Mental també se li dona molta importància a la presa de consciència, si no, no es pot treballar. Si la persona no n'és conscient, no es pot fer res. Per això s'organitzen les teràpies grupals, individuals i de recolzament a la família.

R3: Des de l'Hospital de San Joan de Deu, com tenim la unitat de primers brots psicòtics, es faciliten grups per pares per nens i fins hi tot tenim la rehabilitació neurocognitiva per als nens, per a tractar les seqüeles que queden... això també es facilita i se li dona importància des del servei.

Annex 3: CATEGORITZACIÓ RESPOSTES (INVESTIGADOR)

A. FASE INICIAL

Pregunta 1.

Com acostumen a arribar els pacients afectats d'esquizofrènia?

- A. Brot psicòtic (R1)
- B. Acabats d'estabilitzar (R2)
- C. Simptomatologia psicòtica (R3)

Quina és la via d'accés al teu servei: la font de derivació més comuna?

- A. Metge capçalera
- B. Urgències
- C. Metge capçalera i urgències (R1)
- D. Unitat hospitalització
- E. Unitat hospitalització i urgències (R3)
- F. Consultes externes i hospitalització (R2)

Pregunta 2.

Aquests usuaris acostumen a acudir als serveis de salut mental per voluntat pròpia o la d'un familiar?

- A. Familiar
- B. Agent comunitat
- C. Familiar i agent comunitat (R3)
- D. Demanda pròpia per deliris
- E. Familiar, agents comunitat i demanda pròpia per deliris (R1)

Pregunta 3.

Venen al servei de salut mental acompanyats o sols?

- A. Sols
- B. Acompanyats
- C. Visites individuals però acompanyen familiars (R1, R2, R3)

Pregunta 4.

S'acostuma a atendre al pacient i també la família?

- A. Atenció pacient
- B. Atenció pacient i família (R1, R2, R3)

Pregunta 5.

En quin moment de la simptomatologia acostumen a demanar assistència? Acudeixen al servei en etapa prodròmica o s'intervé un cop l'usuari presenta una fase aguda o brot quan acudeixen als serveis mèdics d'urgències?

- A. Brot psicòtic (R2)
- B. Etapa prodròmica
- C. Fase d'estabilització
- D. Brot psicòtic, difícil detectar pròdroms (R1, R3)

Pregunta 6.

Quin professional sanitari realitza aquesta primera atenció assistencial dins del servei?

- A. Psiquiatre (R1, R3)
- B. Personal d'urgències (infermeria, metges, psiquiatres) (R2)
- C. Infermeria
- D. Metges capçalera

Pregunta 7.

Quin acostuma ser el motiu inicial que els porta a demanar ajuda? Quina és la motivació que els hi fa acudir?

- A. Por (R3)
- B. Malestar
- C. Por i malestar (R2)
- D. No voluntari/ a la força
- E. Motius no relacionats amb malaltia (deliris)
- F. No voluntari o per deliris (R1)

Pregunta 8.

Quines són les expectatives inicials depositades en els professionals sanitaris?

- A. Negatives, enemistat (R1)
- B. Positives
- C. De retirada de medicació (R2)
- D. Expectatives familiars molt altes (R3)

Pregunta 9.

Els usuaris acostumen a expressar patiment? Aquest fet es relaciona amb la persona qui fa la demanda? A què solen atribuir aquest patiment?

- A. Depèn reinterpretació realitat (R1)
- B. No en un moment inicial
- C. Sí, però sense contingut (deliri)
- D. No en un moment inicial, després sense contingut (R2)
- E. Patiment encobert (R3)

Pregunta 10.

En aquesta fase inicial de contacte amb els usuaris, aquests manifesten que la simptomatologia que refereixen els ha interferit en la seva vida diària? De quina manera (personal/social)? De manera explícita o més aviat implícita?

- A. No (R1)
- B. Sí
- C. Sí, de manera social i implícita (R2)
- D. Sí, de manera personal i social i implícita (R3)

Pregunta 11.

En aquests primers contactes, acostumen a posar en dubte la certesa de les seves percepcions?

- A. No (R2)
- B. Mai en un primer brot (R1)
- C. Sí
- D. Comencen a fer-ho (R3)

Pregunta 12.

Acostumen a associar els símptomes al trastorn que pateixen? Si no és així, com solen viure'ls?

- A. No, no consciència malaltia ni problema (R1)
- B. No, crea desconfiança (R2)
- C. Sí
- D. Comencen a fer-ho, abans malestar i por (R3)

B. FASE DE TRACTAMENT I SEGUIMENT

Pregunta 13.

Normalment, quan es fa un diagnòstic d'esquizofrènia -després de la fase de contacte amb l'usuari- quin és el protocol general a seguir?

- A. Psicoeducació, vincle, consciència de malaltia (R1)
- B. Protocol farmacològic (R2)
- C. No es segueix cap protocol marcat (R3)

Pregunta 14.

Quins són els passos d'intervenció que consideraries més rellevants com a professional des del teu camp d'especialització?

- A. Vincle i adherència al tractament (R1, R3)
- B. Tractament farmacològic
- C. Tractament farmacològic, tractar símptomes i consciència (R2)

Pregunta 15.

Es combina tractament psicofarmacològic i psicoteràpia?

- A. Es combina des del principi
- B. Inicialment tractament farmacològic, després psicològic
- C. Tractament farmacològic de base, després treballar funcionament (R1, R2, R3)

Pregunta 16.

Quins són els objectius psicoterapèutics més sovint establerts amb els pacients?

- A. Maneig malaltia, adherència, afrontar símptomes, desenvolupament en comunitat (R1)
- B. Els proposats per el psicòleg / Psiquiatra (R2)
- C. Portar-lo a la normalitat (R3)

Pel que fa al teu perfil professional, com són aquestes aplicats?

- A. A partir del vincle (R1)
- B. Amb treball en equip, interdisciplinar (R2, R3)

Pregunta 17.

Els usuaris acostumen a assistir a les visites programades/HD?

- A. Absentisme com en altres M.M (R1)
- B. Costa al principi, has de negociar horaris i normes de H.D (R2)
- C. Influeix molt la família (R3)

Pregunta 18.

Quines habilitats psicoterapèutiques creus que ajuden a l'usuari a mantenir una bona adherència al tractament proposat?

- A. Pacència, treballar vincle, empatia, potenciar autonomia (R1, R3)
- B. Normalitzar situació, no etiquetar (R2)

C. FASE DE TANCAMENT

Pregunta 19.

Quins tipus d'indicadors, conductuals, psicològics o biofisiològics mostren que els usuaris poden deixar d'acudir als serveis de salut mental?

- A. Desenvolupament en comunitat, símptomes controlats, bons hàbits, autonomia personal (R1)
- B. Cansats de venir a H.D, més ganes de ser "fora" (R2)
- C. Assoliment objectius plantejats, sense símptomes, bon funcionament social i personal (R3)

Pregunta 20.

Com són els casos d'usuaris que fan un tancament o alta "voluntària" del procés terapèutic?

- A. Deixen de venir per mal vinculació (R1)
- B. Si estan descompensats van a planta, sinó, es planteja una alta progressiva amb seguiment ambulatori (R2, R3)

Pregunta 21.

Al fer el tancament de la relació terapèutica, la relació d'entesa entre l'usuari i el professional solen ser suficients per a que l'usuari segueixi amb estratègies que promoguin els canvis desitjats?

- A. Visites espaciades/altes progressives per veure si és capaç (R1, R3)
- B. La persona ha de veure que els canvis són positius, es continua treballant a consultes externes (R2)

Pregunta 22.

Com s'acostuma percebre que l'usuari té clar com li seria possible anar desenvolupant els canvis desitjats, d'enfocar el problema i de ser conscient de les seves responsabilitats en el procés de millora?

- A. Importància d'afrontament a estressors (R1)
- B. Importància de seguiment per reforçar canvis assolits (R2)
- C. Es veuen responsables en el seu procés de millora (R3)

D. CONTINGUTS ESPECÍFICS

Pregunta 23.

Quina acostuma ser l'opinió inicial dels usuaris al voltant de l'ingrés i/o de l'assistència al centre de salut mental, etc.? Canvia al llarg del procés terapèutic?

- A. Ingrés mai es recorda positivament, després consciència necessitat tractament (R1, R3)
- B. Medicació ajuda a saber que s'han descompensat i han de fer tractament (R2)

Pregunta 24.

En termes generals, els usuaris creuen que tenen un trastorn mental, un problema psiquiàtric, una dificultat emocional, etc.? Arriben a associar els símptomes positius com a deguts a la seva imaginació, a comprendre que algunes d'aquestes creences són falses? Aquesta percepció va canviant al llarg del procés terapèutic?

- A. Percepció de la malaltia no és estable (R2)
- B. Depèn del moment del trastorn, s'ha d treballar consciència (R3)
- C. Necessiten segones recaigudes, sí consciència necessitat tractament (R1)

Pregunta 25.

Creus que la presa de consciència de malaltia i de necessitat de tractament va variant al llarg del procés de la malaltia o es manté estable?

- A. Amb el brot desapareix però no es comença des de zero quan es recupera (R1, R3)
- B. Varia, pot haver consciència de tractament però no de trastorn (R2)

Pregunta 26.

Els usuaris acostumen a percebre que el professional pot entendre millor que ells les seves “alteracions” o per el contrari solen pensar que són ells els únics que entenen les seves experiències? Aquesta idea té a veure amb la fase de tractament en la qual es troben?

- A. Sí, sol evolucionar cap a millor amb empatia i bones pautes (R1)
- B. Sí, saben que els entenem i no jutgem a H.D. (R2)
- C. La percepció varia segons fase. Estables molta confiança amb professional (R3)

Pregunta 27.

Quins creus que són els elements del trastorn esquizofrènic que més dificulten la presa de consciència sobre aquest trastorn?

- A. C.I baix, males dinàmiques familiars, tòxics i edat inici primerenca (R1)
- B. Estigma i incapacitat de diferenciar real i fals (R2)
- C. Síntomes positius (al·lucinacions i deliris) (R3)

Pregunta 28.

En l'esfera social de l'individu, es habitual que aquests acceptin que podrien haver mal interpretat actituds dels demés? O per el contrari, solen mantenir-se en la posició de que les seves interpretacions sempre són correctes i no poden confiar o no creuen en el que opinen els demés? Aquest fet té a veure amb la fase de tractament en la qual es troba? Aquestes idees solen fluctuar d'un extrem a l'altre?

- A. Depèn de la persona, pot encapsular-se (R1)
- B. Depèn fase, en el brot empitjora però es recupera (R2, R3)

Pregunta 29.

En general, quina creus que és la rellevància de fomentar la consciència de patir un trastorn dins el procés terapèutic? I concretament, en els usuaris que presenten trastorn esquizofrènic?

- A. Equilibri adequat, massa consciència depressió, massa poca no maneig malaltia (R1)
- B. S'eviten recaigudes i deteriorament, massa pot portar depressió i suïcidi (R2)
- C. S'eviten recaigudes i deteriorament, millores adherència, cura en no etiquetar (R3)

Pregunta 30.

En l'atenció a aquest tipus d'usuaris, es solen utilitzar eines (estratègies, tècniques específiques) que fomentin aquesta presa de consciència? Si és així, quines?

- A.** El vincle, psicoeducació, buscar què vol treballar la persona (R1)
- B.** El vincle, teràpia grupal, individual i treball amb família (R2)
- C.** Prendre consciència, grups psicoeducatius pares i adolescents (R3)

Pregunta 31.

Des de la direcció dels serveis de salut mental on exerceixes la teva professió, es faciliten aquestes eines que ajudin al professional a promoure la presa de consciència en l'esquizofrènia? Quina importància se li dona?

- A.** Demanen evidència científica, han de veure resultats (R1)
- B.** Molta i importància, teràpies grupals i individuals i recolzament familiar (R2)
- C.** Unitat primers brots, es faciliten grups per a pares i nens i rehabilitació neurocognitiva (R3)

Annex 4: CATEGORITZACIÓ RESPOSTES (JUTGE EXTERN)

A. FASE INICIAL

Pregunta 1.

Com acostumen a arribar els pacients afectats d'esquizofrènia?

- A. Brot psicòtic R1
- B. Acabats d'estabilitzar R2
- C. Simptomatologia psicòtica R3

Quina és la via d'accés al teu servei: la font de derivació més comuna?

- A. Metge capçalera
- B. Urgències
- C. Metge capçalera i urgències R1
- D. Unitat hospitalització
- E. Unitat hospitalització i urgències R3
- F. Consultes externes i hospitalització R2

Pregunta 2.

Aquests usuaris acostumen a acudir als serveis de salut mental per voluntat pròpia o la d'un familiar?

- A. Familiar
- B. Agent comunitat
- C. Familiar i agent comunitat R3
- D. Demanda pròpia per deliris
- E. Familiar, agents comunitat i demanda pròpia per deliris R1

Pregunta 3.

Venen al servei de salut mental acompanyats o sols?

- A. Sols R1,R2
- B. Acompanyats R3
- C. Visites individuals però acompanyen familiars

Pregunta 4.

S'acostuma a atendre al pacient i també la família?

- A. Atenció pacient
- B. Atenció pacient i família R1,R2,R3

Pregunta 5.

En quin moment de la simptomatologia acostumen a demanar assistència? Acudeixen al servei en etapa prodròmica o s'intervé un cop l'usuari presenta una fase aguda o brot quan acudeixen als serveis mèdics d'urgències?

- A. Brot psicòtic R2
- B. Etapa prodròmica
- C. Fase d'estabilització
- D. Brot psicòtic, difícil detectar pròdroms R1, R3

Pregunta 6.

Quin professional sanitari realitza aquesta primera atenció assistencial dins del servei?

- A. Psiquiatre R1, R3
- B. Personal d'urgències (infermeria, metges, psiquiatres) R2
- C. Infermeria
- D. Metges capçalera

Pregunta 7.

Quin acostuma ser el motiu inicial que els porta a demanar ajuda? Quina és la motivació que els hi fa acudir?

- A. Por
- B. Malestar R1
- C. Por i malestar R2, R3
- D. No voluntari/ a la força
- E. Motius no relacionats amb malaltia (deliris)
- F. No voluntari o per deliris

Pregunta 8.

Quines són les expectatives inicials depositades en els professionals sanitaris?

- A. Negatives, enemistat R1
- B. Positives
- C. De retirada de medicació R2
- D. Expectatives familiars molt altes R3

Pregunta 9.

Els usuaris acostumen a expressar patiment? Aquest fet es relaciona amb la persona qui fa la demanda? A què solen atribuir aquest patiment?

- A. Depèn reinterpretació realitat R1
- B. No en un moment inicial
- C. Sí, però sense contingut
- D. No en un moment inicial, després sense contingut R2
- E. Patiment encobert R3

Pregunta 10.

En aquesta fase inicial de contacte amb els usuaris, aquests manifesten que la simptomatologia que refereixen els ha interferit en la seva vida diària? De quina manera (personal/social)? De manera explícita o més aviat implícita?

- A. No. R1
- B. Sí.
- C. Sí, de manera social i implícita R2
- D. Sí, de manera personal i social i implícita R3

Pregunta 11.

En aquests primers contactes, acostumen a posar en dubte la certesa de les seves percepcions?

- A. No R2
- B. Mai en un primer brot R1
- C. Sí
- D. Comencen a fer-ho R3

Pregunta 12.

Acostumen a associar els símptomes al trastorn que pateixen? Si no és així, com solen viure'ls?

- A. No, no consciència malaltia ni problema R1 R2
- B. No, crea desconfiança
- C. Sí
- D. Comencen a fer-ho, abans malestar i por R3

B. FASE DE TRACTAMENT I SEGUIMENT

Pregunta 13.

Normalment, quan es fa un diagnòstic d'esquizofrènia -després de la fase de contacte amb l'usuari- quin és el protocol general a seguir?

- A. Psicoeducació, vincle, consciència de malaltia R1
- B. Protocol farmacològic R2
- C. No es segueix cap protocol marcat R3

Pregunta 14.

Quins són els passos d'intervenció que consideraries més rellevants com a professional des del teu camp d'especialització?

- A. Vincle i adherència al tractament R1
- B. Tractament farmacològic R3
- C. Tractament farmacològic, tractar símptomes i consciència R2

Pregunta 15.

Es combina tractament psicofarmacològic i psicoteràpia?

- A. Es combina des del principi
- B. Inicialment tractament farmacològic, després psicològic
- C. Tractament farmacològic de base, després treballar funcionament R1, R2, R3

Pregunta 16.

Quins són els objectius psicoterapèutics més sovint establerts amb els pacients?

- A. Maneig malaltia, adherència, afrontar símptomes, desenvolupament en comunitat R1
- B. Els proposats per el psicòleg / Psiquiatra R2
- C. Portar-lo a la normalitat R3

Pel que fa al teu perfil professional, com són aquestes aplicats?

- A. A partir del vincle R1
- B. Amb treball en equip, interdisciplinar R2, R3

Pregunta 17.

Els usuaris acostumen a assistir a les visites programades/HD?

- A. Absentisme com en altres M.M R1
- B. Costa al principi, has de negociar horaris i normes de H.D R2
- C. Influeix molt la família R3

Pregunta 18.

Quines habilitats psicoterapèutiques creus que ajuden a l'usuari a mantenir una bona adherència al tractament proposat?

- A. Paciència, treballar vincle, empatia, potenciar autonomia R1, R3
- B. Normalitzar situació, no etiquetar R2

C. FASE DE TANCAMENT

Pregunta 19.

Quins tipus d'indicadors, conductuals, psicològics o biofisiològics mostren que els usuaris poden deixar d'acudir als serveis de salut mental?

- A. Desenvolupament en comunitat, símptomes controlats, bons hàbits, autonomia personal R1
- B. Cansats de venir a H.D, més ganes de ser "fora" R2
- C. Assoliment objectius plantejats, sense símptomes, bon funcionament social i personal R3

Pregunta 20.

Com són els casos d'usuaris que fan un tancament o alta "voluntària" del procés terapèutic?

- A. Deixen de venir per mal vinculació R1
- B. Si estan descompensats van a planta, sinó, es planteja una alta progressiva amb seguiment ambulatori R2, R3

Pregunta 21.

Al fer el tancament de la relació terapèutica, la relació d'entesa entre l'usuari i el professional solen ser suficients per a que l'usuari segueixi amb estratègies que promoguin els canvis desitjats?

- A. Visites espaciades/altes progressives per veure si és capaç R1, R3
- B. La persona ha de veure que els canvis són positius, es continua treballant a consultes externes R2

Pregunta 22.

Com s'acostuma percebre que l'usuari té clar com li seria possible anar desenvolupant els canvis desitjats, d'enfocar el problema i de ser conscient de les seves responsabilitats en el procés de millora?

- A. Importància d'afrontament a estressors R1
- B. Importància de seguiment per reforçar canvis assolits R2
- C. Es veuen responsables en el seu procés de millora R1, R3

D. CONTINGUTS ESPECÍFICS

Pregunta 23.

Quina acostuma ser l'opinió inicial dels usuaris al voltant de l'ingrés i/o de l'assistència al centre de salut mental, etc.? Canvia al llarg del procés terapèutic?

- A. Ingrés mai es recorda positivament, després consciència necessitat tractament R1
- B. Medicació ajuda a saber que s'han descompensat i han de fer tractament R2 R3

Pregunta 24.

En termes generals, els usuaris creuen que tenen un trastorn mental, un problema psiquiàtric, una dificultat emocional, etc.? Arriben a associar els símptomes positius com a deguts a la seva imaginació, a comprendre que algunes d'aquestes creences són falses? Aquesta percepció va canviant al llarg del procés terapèutic?

- A. Percepció de la malaltia no és estable
- B. Depèn del moment del trastorn, s'ha d treballar consciència R2, R3
- C. Necessiten segones recaigudes, sí consciència necessitat tractament R1

Pregunta 25.

Creus que la presa de consciència de malaltia i de necessitat de tractament va variant al llarg del procés de la malaltia o es manté estable?

- A. Amb el brot desapareix però no es comença des de zero quan es recupera
- B. Varia, pot haver consciència de tractament però no de trastorn R1, R2, R3

Pregunta 26.

Els usuaris acostumen a percebre que el professional pot entendre millor que ells les seves "alteracions" o per el contrari solen pensar que són ells els únics que entenen les seves experiències? Aquesta idea té a veure amb la fase de tractament en la qual es troben?

- A. Sí, sol evolucionar cap a millor amb empatia i bones pautes R1
- B. Sí, saben que els entenem i no jutgem a H.D. R2
- C. La percepció varia segons fase. Estableixes molta confiança amb professional R3

Pregunta 27.

Quins creus que són els elements del trastorn esquizofrènic que més dificulten la presa de consciència sobre aquest trastorn?

- A. C.I baix, males dinàmiques familiars, tòxics i edat inici primerenca R1
- B. Estigma i incapacitat de diferenciar real i fals R2
- C. Símptomes positius (al·lucinacions i deliris) R3

Pregunta 28.

En l'esfera social de l'individu, es habitual que aquests acceptin que podrien haver mal interpretat actituds dels demés? O per el contrari, solen mantenir-se en la posició de que les seves interpretacions sempre són correctes i no poden confiar o no creuen en el que opinen els demés? Aquest fet té a veure amb la fase de tractament en la qual es troba? Aquestes idees solen fluctuar d'un extrem a l'altre?

- A. Depèn de la persona, pot encapsular-se R1
- B. Depèn fase, en el brot empitjora però es recupera R2, R3

Pregunta 29.

En general, quina creus que és la rellevància de fomentar la consciència de patir un trastorn dins el procés terapèutic? I concretament, en els usuaris que presenten trastorn esquizofrènic?

- A. Equilibri adequat, massa consciència depressió, massa poca no maneig malaltia R1
- B. S'eviten recaigudes i deteriorament, massa pot portar depressió i suïcidi R2
- C. S'eviten recaigudes i deteriorament, millores adherència, cura en no etiquetar R3

Pregunta 30.

En l'atenció a aquest tipus d'usuaris, es solen utilitzar eines (estratègies, tècniques específiques) que fomentin aquesta presa de consciència? Si és així, quines?

- A. El vincle, psicoeducació, buscar què vol treballar la persona R1
- B. El vincle, teràpia grupal, individual i treball amb família R2
- C. Prendre consciència, grups psicoeducatius pares i adolescents R3

Pregunta 31.

Des de la direcció dels serveis de salut mental on exerceixes la teva professió, es faciliten aquestes eines que ajudin al professional a promoure la presa de consciència en l'esquizofrènia? Quina importància se li dona?

- A. Demanen evidència científica, han de veure resultats R1
- B. Molta i importància, teràpies grupals i individuals i recolzament familiar R2
- C. Unitat primers brots, es faciliten grups per a pares i nens i rehabilitació neurocognitiva R3

Annex 5: REFORMULACIÓ CATEGORIES

A partir de l'avaluació del jutge extern, on es ítems no coincidents eren les número 3, 7, 12, 14, 22, 23 i 25; s'ha procedit a la reformulació de les preguntes 7, 14, 22 i 25. Aquesta reformulació implica un canvi en la coincidència en la categorització que passa de 77'42% de coincidència a un 90'4% de coincidència en la categorització del ítems. La reformulació d'aquests ítems és la següent:

Pregunta 7.

Quin acostuma ser el motiu inicial que els porta a demanar ajuda? Quina és la motivació que els hi fa acudir?

- A. Por i/o malestar R1, R3
- B. No voluntari/ a la força
- C. Motius no relacionats amb malaltia (deliris)
- D. No voluntari o per deliris que provoquen por i/o malestar R1

Pregunta 14.

Quins són els passos d'intervenció que consideraries més rellevants com a professional des del teu camp d'especialització?

- A. Vincle i adherència al tractament R1
- B. Tractament farmacològic
- C. Vincle, adherència i tractament farmacològic R3
- D. Tractament farmacològic, tractar símptomes i consciència R2

Pregunta 22.

Com s'acostuma percebre que l'usuari té clar com li seria possible anar desenvolupant els canvis desitjats, d'enfocar el problema i de ser conscient de les seves responsabilitats en el procés de millora?

- A. Importància de seguiment per reforçar canvis assolits R2
- B. Es veuen responsables en el seu procés de millora, afronten estressors R1, R3

Pregunta 25.

Creus que la presa de consciència de malaltia i de necessitat de tractament va variant al llarg del procés de la malaltia o es manté estable?

- A. Varia, amb el brot desapareix però no es comença des de zero quan es recupera R1, R2
- B. Varia, pot haver consciència de tractament però no de trastorn R3

Després d'haver fet aquesta reformulació dels ítems, se li va tornar a demanar al jutge extern la reavaluació de les categories anteriors ja reformulades (en les quals hi va haver més desacord en l'avaluació inicial). A partir d'aquí el jutge extern sí hi va coincidir amb l'investigador en un 90'4%.