

Màster General Sanitari de Psicologia

Segon Curs

La depressió prèvia a l'ictus com a factor de mal pronòstic en la recuperació i el procés de dol.

Cristina Alavedra Barceló

Tutoritzat / Dirigit per: Carol Palma

15 de gener de 2018

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

c. Císter, 34
08022 Barcelona

www.blanquerna.edu

ÍNDIX

Abstract.....	3
1. Context del cas i mètode.....	4
2. El pacient/client.....	4
3. Marc teòric.....	7
4. Avaluació.....	18
5. Pla terapèutic.....	22
6. Curs de la intervenció.....	23
7. Monotorització.....	27
8. Reflexions sobre les dificultats d'abordatge y propostes de millora.....	32
9. Referències Bibliogràfiques.....	34

Abstract

L'ictus és la patologia neurològica més freqüent i la tercera causa de mort. Patir-ne un suposa un canvi immediat pels individus afectats i per les persones del seu entorn. La persona afectada ha d'enfrontar-se a la tasca d'encaixar i donar un sentit a la pèrdua imposada per l'ictus alineant la seva autoimatge amb la nova realitat forçada. Aquest procés de dol es caracteritzaria per la cerca de la recuperació i la fluctuació entre l'eufòria i la desesperació i una exaltació dels sentiments de ràbia. Per tal que el procés d'acceptació de la pèrdua sigui exitós, serà cabdal el suport social, la motivació de l'individu per la millora, la seva personalitat i les característiques psicopatològiques prèvies a l'accident cerebrovascular.

Paraules clau: ictus, procés de dol, pèrdua, rehabilitació, personalitat, depressió i suport social.

Abstract

Stroke is the most frequent neurological pathology and the third cause of death around the world. Suffer one implies an immediate change for who has it, but also it means a change for people who surround them too. The affected person must face the task of fitting and giving meaning to the loss imposed by stroke by aligning their self-image with the new forced reality. This process of mourning would be characterized by the search for recovery and the fluctuation between euphoria and despair and an exaltation of feelings of rage. In order for this process to be successful, it will be crucial, the social support, the motivation for the improvement, the personality and the psychopathological characteristics prior to the stroke.

Key words: stroke, grief process, lost, personality, rehabilitation, depression and social support.

1. Context del cas i mètode

El cas que explicarem a continuació, és un pacient que assisteix al Sociosanitari Vallparadís. El sociosanitari pertany a la Xarxa d'Utilització pública de CatSalut, proporcionant cobertura als sectors sanitaris de Terrassa, Rubí, Sant Cugat i rodalies. En aquest s'atenen pacients en coordinació amb l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa del qual n'està connectat. El recurs que s'utilitza en el cas escollit pel present treball és l'hospital de dia rehabilitador (HD), aquest funciona de dilluns a divendres i s'ofereix a les persones amb necessitat de suport, rehabilitació o diagnòstic i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori (de 9 del matí a 16:30 de la tarda). L'objectiu de la rehabilitació neuropsicologia es basa en la restauració de les funcions però també en la disminució dels problemes causats pel dèficit i l'impacte que això pugui tenir el dia a dia i la socialització del pacient.

El cas que s'exposa a continuació ha estat supervisat durant el període de pràctiques. Per tal de mantenir la confidencialitat del pacient, tots els noms han estat canviats.

2. El pacient/client

El pacient, el qual l'anomenarem Andreu, és un home de 52 anys que va ingressar a la planta de neurologia el març del 2017 després de patir un ictus isquèmic de tipus embòlic que va cursar en forma de pèrdua de força del braç i cama esquerra, la qual va millorar paulatinament al cap d'una hora, però tot i així, va persistir una lleu parèsia a la cama esquerra.

Posteriorment aquest episodi, va presentar dos episodis similars d'una hora de durada, millorant fins a la seva situació basal. El pacient presentava com a antecedents patològics hipertensió arterial i diabetis *mellitus* tipus II, ambdues malalties tractades amb fàrmacs orals.

L'Andreu arriba al sociosanitari, dos mesos més tard d'haver patit l'embòlia cerebral ja que, la debilitat a les extremitats inferiors (cames) havia augmentat durant els darrers dies, sobretot l'esquerra, condicionant així l'estabilitat de la marxa. Així i tot, nega que hi hagi una paràlisi lleugera o incompleta (parèsia) i alteració de la sensibilitat. Tampoc mostra alteració de la parla i el llenguatge, ni febre clínica infecciosa respiratòria, urinària o abdominal.

Des de l'equip multidisciplinari es fa una primera valoració i d'acord amb el servei de neurologia passa al servei de rehabilitació intensiva amb l'objectiu de rehabilitar l'equilibri i la marxa. Es trasllada a Hospital de dia (HD) per continuar el procés rehabilitador en les àrees de fisioteràpia, valoració cognitiva i psicològica i tractament amb logopèdia. L'Andreu és el germà petit d'una família de 5 germans, 4 noies i ell el noi. Fa 5 anys es va divorciar de la seva dona amb qui tenia una filla de 25 anys i dos bessons, un nen i una nena de 16.

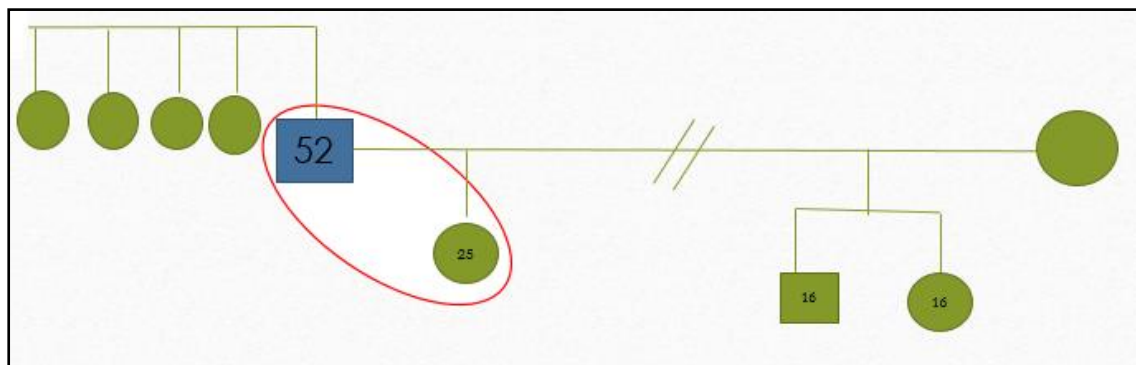


Figura 1. Genograma

A la primera visita amb la psicòloga, ve acompanyat d'una de les seves quatre germanes. Es mostra molt reticent a parlar i verbalitza desconfiança cap als metges i al sistema sanitari. Aquesta desconfiança cap a l'entorn sanitari va ser la causant de què quan tingués la primera embòlia no truqués o anés a cap metge, fet que el va portar a tenir dues embòlies més. Finalment, va ser la germana (que viu al pis de dalt) qui va obligar-lo a anar a l'hospital. Al llarg de l'entrevista discuteix amb la germana i s'observa una important irritabilitat, però quan se li pregunta pel seu estat d'ànim manifesta estar tranquil i no estar trist. La germana, però, explica que fa cinc anys que es va separar de la dona, amb la qual té una filla de 25 anys i dos bessons (un nen i una nena) de 16 anys, i què des d'aleshores sempre l'ha vist trist. Tot i així, ens comenta que sempre ha tingut un caràcter fort. S'observa també frustració i preocupació per temes econòmics, té força deutes; el cotxe, el pis i diferents préstecs del banc que demanava perquè la seva dona es pogués comprar capritxos, com ara joies o objectes de la *teletienda*. En el divorci ell es va quedar amb tots els deutes, manifesta que no volia discutir amb ella, ara però verbalitza “*vaig ser molt tonto*”, “*no sé per què li vaig donar però ara ja està fet*”. Té un discurs coherent amb lleu disàrtria. Lleu alentiment. Se li recomana que vagi al metge per tema de medicació, es contempla la necessitat d'antidepressiu però no es vol deixar ajudar, durant l'entrevista es dirigeix a la germana

amb frases com “*sempre us voleu posar a la meva vida*”, “*no em deixeu tranquil*” i s’observa expressió de tristesa a nivell facial.

Uns dies més tard, es mostra més tranquil i col·laborador, com que anteriorment se’l va observar apàtic i tota la informació apuntava a una depressió ja prèvia a l’ictus, per la qual cosa es decideix explorar ideació suïcida. Comenta que no té pensaments suïcides, però menciona que no té motivació per cuidar-se i millorar. Se li explica que té una depressió prèvia a l’ictus, probablement reactiva a les situacions que ha anat vivint al llarg dels últims 5 anys (divorci i deutes) i es relaciona aquesta amb els dèficits de concentració, els quals l’Andreu admet. Es planteja fer escrit al metge de capçalera amb derivació psiquiàtrica per tal que li receptin un antidepressiu. A més, se li proposa estimulació cognitiva dos dies a la setmana. Així com un seguiment individual a nivell psicològic cada dues setmanes.

Durant les següents sessions, se li observa un millor estat anímic, tot i que continua certa apatia, tristesa i anedòhnia.

Els principals problemes que s’observen en aquestes primeres valoracions és l’estat d’ànim deprimit del pacient, d’anys d’evolució, així com les preocupacions econòmiques en les quals es troba immers i les quals es veuen agreujades a causa de la situació actual de no poder treballar i que li provoquen ansietat. També s’observa una manca de consciència de malaltia (anosognòsia), ja que és conscient de què ha tingut un ictus i accepta la rehabilitació física i cognitiva, aquesta última degut als lleus dèficits que es troben durant l’exploració, però no és conscient del que aquest implica; ell manifesta que en breus tindrà l’alta i tornarà a treballar “*jo d’aquí a dos dies ja puc tornar a treballar*”, malgrat que la seva feina és de transportista i ha de carregar amb objectes pesats fet que implica un esforç físic que en l’actualitat no podia realitzar. Per altra banda un altre problema detectat és la relació familiar força deteriorada i la pobra xarxa social de la qual disposa.

Davant d’aquestes diferents problemàtiques detectades en el pacient el que es proposa des de l’àmbit de psicologia és iniciar estimulació cognitiva per tal de millorar els lleus dèficits cognitius així com psicoteràpia individual per tal de que l’Andreu tingui un espai on pugui expressar el seu malestar i les seves inquietuds i se senti contingut a nivell emocional així com també es proposa aplicar tècniques de relaxació i tècniques cognitives, com ara la detenció del pensament per tal de millorar el seu estat anímic. A nivell familiar des de l’àmbit de psicologia ens oferíem per ser un mediador

entre el pacient i la família per tal de millorar i fortificar el vincle amb els membres de la família i l'Andreu.

3. Marc teòric

La patologia vascular cerebral és la més freqüent dins de les malalties neurològiques; representa aproximadament un 50% de la patologia neurològica hospitalària i és la tercera causa de mort (Junqué & Barroso, 2009). Es tracta d'un esdeveniment sobtat i catastròfic, que canvia immediatament la vida dels individus afectats i de les persones de l'entorn (Gallagher, 2011).

Aquestes malalties cerebrovasculares designen una anomalia cerebral que resulta d'un procés patològic com ara; lesió o alteració de la permeabilitat dels vasos, oclusió del vas degut trombosis o embòlia, ruptura del vas, increment de la viscositat o altres canvis qualitius de la sang. Tals malalties vasculares poden ser alteracions transitòries (l'afectació dura menys de 24 hores) o definitives del funcionament d'una o diverses zones de l'encèfal. Es denomina accident vascular cerebral (AVC) o ictus cerebral a un grup heterogeni de trastorns en els quals es produeix una lesió cerebral per un mecanisme vascular. Els dos tipus principals són l'isquèmic, en el qual el flux sanguini inadequat provoca una àrea circumscripita d'infart cerebral (Junqué & Barroso, 2009), l'alteració de la circulació provoca que les cèl·lules cerebrals de l'àrea afectada morin per carència d'irrigació sanguínia, és a dir falta d'oxigen i l'hemorràgic, en el qual les artèries es trenquen a causa, generalment, d'elevacions en la pressió arterial o bé per una malformació prèvia, i la sang es filtra pel cervell causant danys. Un tipus particular d'hemorràgia és el que es produeix quan la major part del sagnat es troba en la superfície del cervell i es denomina hemorràgia subaracnoidea (Generalitat de Catalunya, Malaltia Vascular Cerebral, Agència d'avaluació de recerca i tecnologia mèdica & L'Acadèmia, 2005).

Els factors de risc vascular són la hipertensió, les malalties coronàries, la diabetis *mellitus*, la hiperlipèmia i el tabaquisme. La hipertensió és el principal factor de risc pels infarts arterotrombòtics (ictus isquèmic) i les malalties cardíaques pels èmbols cerebral (Junqué & Barroso, 2009). Tenint en compte aquests riscos l'associació americana de l'ictus, com a prevenció primària recomana un seguit d'estils de vida que redueixen la probabilitat de patir un ictus.

- Per exemple; canvis en la dieta o activitat física (Brown & Conley, et al., 2012).

- La guia per superar l'ictus (Generalitat de Catalunya, et al., 2005) està dirigida a les persones afectades d'una malaltia vascular cerebral i als seus familiars i cuidadors també recomana un seguit de prevencions, un cop ja s'ha tingut l'ictus, per tal de no tornar-ne a patir. Aquesta prevenció però sempre dependrà del tipus d'ictus que s'hagi tingut i sempre requerirà consell mèdic. En general, i especialment en el cas de l'ictus isquèmic, el més recomanat és; seguir una dieta equilibrada, evitar l'obesitat, fer exercici físic (el que recomani el metge) i adoptar estils de vida saludables (no fumar, limitar el consum d'alcohol) i controlar amb l'ajuda del metge, les malalties esmentades anteriorment que augmenten el risc d'ictus.

A més, cal tenir present que pràcticament totes les malalties cerebrovasculars poden comportar alteracions neuropsicologies importants en el moviment, la parla, la sensibilitat i les emocions (Generalitat de Catalunya, et al., 2005), amb la qual cosa suposa, un impacte molt important, tant a nivell familiar com social i personal, independentment de l'ètnia (Brown & Conley, et al., 2012).

Les dades de l'exploració neuropsicologia permeten identificar la probable localització de la lesió responsable d'un determinat trastorn cognitiu, de caràcter, emoció i personalitat (Junqué & Barroso, 2009).

Des del moment en què es pateix l'ictus la persona experimenta una profunda desolació en el més íntim del seu ésser, ja que pateix una pèrdua significativa o una limitació important. En tota pèrdua significativa es desperta dins nostre un munt d'emocions i sentiments que van des de la tristesa i el dolor a la ràbia i l'agressió; des de la protesta a la desesperança; des de la rivalitat i la gelosia contra l'objecte perdut fins a l'enveja cap a ell; des del record de tot el que de bo ens va proporcionar fins al ressentiment pel dany que ens va causar o per allò que va deixar de donar-nos o fer-nos (Poch, 2013). Aquells que experimenten una pèrdua ambigua, com pot ser un accident cerebrovascular, estan plens de pensaments i sentiments conflictius. La tensió que es deriva d'aquestes emocions conflictives com ara, l'afirmació i la negació de la pèrdua, es torna tan poderosa que paralitza a aquells que estan en aquesta situació impedit que puguin prendre decisions, actuar o alliberar-se. Les emocions contradictòries es

combinen quan una separació envolta el potencial d'una pèrdua irrecuperable. Quan existeix la possibilitat de que no tornem a tenir mai més una capacitat, ens protegem de la perspectiva de perdre aquesta tornant-nos ambivalents. Ens resistim a la pèrdua, i al mateix temps, desitgem que aquesta acabi amb un adéu (Boss, 2001).

Tizón reflecteix en el seu llibre *Pérdida, pena, duelo* (2009) la relació que es dona entre les pèrdues sensorials i cognitives i alguns desencadenants de processos significatius de dol:

1. Les pèrdues sensorials i cognitives afecten emocionalment tots els que la pateixen i tothom que està en contacte amb aquestes persones.
2. Aquest tipus de pèrdues implica un llarg període de temors, frustracions, pena, ira, és a dir, processos de dol.
3. La negació i la denegació de la pèrdua dificulten l'elaboració del dol i, per tant, la rehabilitació.
4. Realitzar un dol anticipat i obtenir suport durant els processos de dol pot reduir problemes a llarg termini.
5. Les pèrdues de la visió o de l'audició tenen tendència a generar intenses reaccions psicològiques i psicopatològiques.
6. Les pèrdues cognitives generen diferents reaccions emocionals segons si la pèrdua és ràpida o lenta, o bé si està començant o està ja instal·lada i avançada.
7. La confusió i desorientació són típiques en les primeres (les pèrdues ràpides), així com l'ansietat excessiva. En la instauració progressiva, poden desencadenar "reaccions catastròfiques" davant les baralles i reconvencions dels familiars sobre la seva malaltia.

Els serveis especialitzats realitzen intervencions molt dirigides a pal·liar algunes pèrdues; concretament les físiques i neurocognitives. En aquesta línia, ofereixen tractaments de neurorehabilitació, rehabilitació física i acompanyament psicològic, tant en els moments més traumàtics del diagnòstic o de la mala notícia, ajudar-los a afrontar amb menys necessitat de negació la vivència de la pèrdua, procurant facilitar la trobada de nous horitzons de sentit.

Després d'una lesió cerebral, la persona afectada ha d'enfrontar-se a una tasca extraordinària d'afrontar i donar un sentit a la pèrdua: el deteriorament de la seva

identitat. Tal situació implica tractar d'alinear la seva autoimatge amb una nova realitat determinada pel AVC. Aquest procés de dol es caracteritzaria per la cerca de la recuperació, la fluctuació entre l'eufòria i la desesperació i una exaltació dels sentiments de ràbia (Molina, 2014). Aquest procés de dol també el viu la família, ja que davant la malaltia del pacient s'ha de tenir en compte que tota la família emmalalteix, pel fet que aquesta és una unitat o sistema interconnectat en què les accions d'un familiar afecten tots els membres del sistema familiar (Simón Stierlin & Wynne, 2011).

Kübler- Ross (1996) a través de la seva experiència en processos de dol, va definir cinc fases, on en cada una d'elles hi ha una reacció emocional diferent. La primera que va observar era la negació, aquesta és descrita com la impossibilitat d'acceptar i reconèixer com a fet real la malaltia que s'està vivint, aquesta fase ve precedida per la ira o ràbia; en aquesta el pacient es mostra hostil i ressentit per haver perdut la salut i es dirigeix d'aquesta forma cap a l'entorn que l'envolta (personal sanitari, familiars, amistats o fins i tot Déu). Aquesta hostilitat no té per què ser només en l'entorn, també pot ser cap a un mateix, culpant-se de ser el responsable de la malaltia, podent així arribar a cometre conductes de risc autodestructives per ell. El pacte o negociació, és una manera d'afrontar la culpa i donar peu, de forma imaginària o real, a reconciliar-se amb totes aquelles persones a les quals va dirigir la ira. Ara ja no es perceben com a culpables sinó com a parts compromeses amb la recuperació del pacient, amb la qual cosa aquest els fa promeses per tal d'arribar a les metes terapèutiques, de supervivència o desenvolupament personal. S'abandona qualsevol conducta autodestructiva i es comença a comprometre amb la recuperació. La depressió produeix uns sentiments de buit i de dolor molt profund davant de la situació que viu el pacient, adoptant d'aquesta forma una actitud de claudicació davant la malaltia. En aquesta fase es pot abandonar el tractament i deixar d'anar a les cures mèdiques. L'acceptació, en canvi, es defineix com el reconeixement de la malaltia i la situació de dolor i limitacions que aquesta comporta, sense buscar culpables, ni adoptar una posició derrotista sinó d'assumir una actitud responsable de lluita i de supervivència. En aquesta última fase s'hi arriba després d'haver fet un balanç de la pèrdua i de donar nous significats a la situació que es viu, cal però, no confondre la fase d'acceptació amb una resignació davant de la malaltia. Totes aquestes fases del dol, les viu també la família. A vegades, es viu a la part que ho viu el pacient i d'altres el pacient es troba en una fase diferent de la qual ho fa la família.

En un procés de dol no patològic, tant el pacient com la família tindran moments d'oscil·lació, és a dir, es trobaran davant d'un procés dinàmic en el qual hi haurà moments on els seus pensaments estran més centrats en allò que han perdut (orientats a la pèrdua) i d'altres que estran més orientats en com s'afrontaran els canvis (reorganització). Quan el pacient o la família estan més orientats cap a la pèrdua s'observa una negació o evitació dels canvis imposats, també s'observen pensaments intrusius sobre el dol així com una incapacitat de restablir vincles amb allò que s'ha perdut. En canvi, quan el pacient i la família es troben en la fase de reorganització de la pèrdua s'observa que se centren en els canvis que la pèrdua suposa, procurant fer noves coses adequades a la situació actual, busquen distractors que els ajudin a no pensar en la pèrdua, de la mateixa manera que intenten buscar nous rols i vincles, en l'estat de reorganització també hi podem apreciar la negació i l'evitació del dol. El procés normotípic d'un dol, és aquell en el qual hi ha un dinamisme entre l'orientació a la pèrdua i la reorganització (Fig.2). El dol complicat, apareix quan tant el pacient com la família només es troben situats en un dels dos extrems, o orientats a la pèrdua o en la reorganització d'aquesta (Stroebe & Schut, 1999).

Experiència diària davant la pèrdua

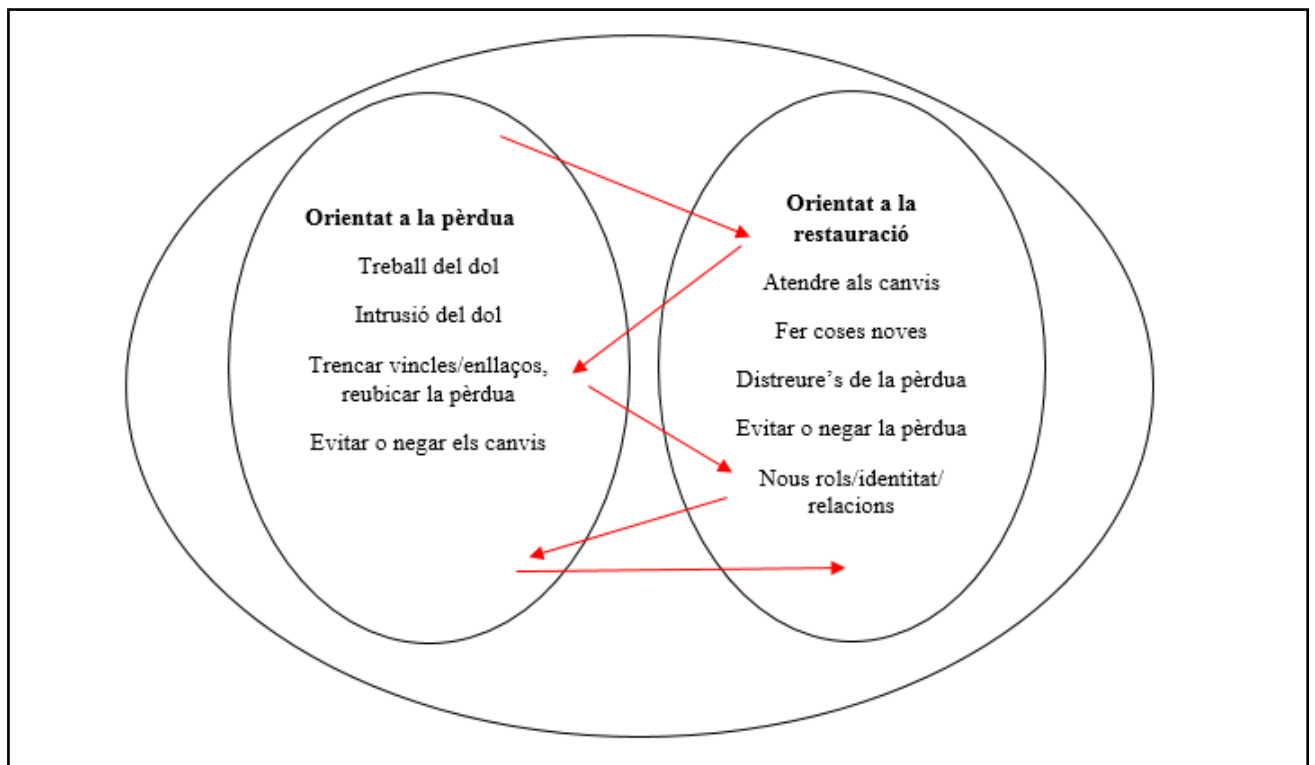


Figura 2. Doble model de processament per fer front a la pèrdua. Adaptat de Stroebe & Schut (1999).

Per tant, les persones que pateixen un dol complicat experimenten un sentiment constant “d’incredulitat persistent i inquietant pel que fa a la pèrdua” així com una resistència a acceptar la realitat (Shear & Shair, 2005) i aquest fet persisteix durant almenys 6 mesos provocant un deteriorament funcional. Lobb i col·laboradors (2010) en una revisió sistemàtica van examinar els factors que podien predir un dol complicat, aquests varen ser l'establiment d'un vincle insegur parental durant la infància, segons van veure aquelles persones que manifestaven haver viscut adversitats durant la seva etapa més primerenca patien més les conseqüències d'un dol que aquells que no n'havien patit. També varen trobar que els trets de personalitat dependent augmentaven la probabilitat d'un dol complicat. Un altre predictor del dol complicat que varen detectar va ser les conceptualitzacions cognitives prèvies a la pèrdua, es va veure que les cognicions negatives jugaven un paper cabdal en el desenvolupament i la persistència dels problemes emocionals després de la pèrdua, ja que els dolguts que participaven en intents contraproductius per evitar les implicacions i el dolor de la pèrdua. És a dir, les variables com les creences negatives, la percepció negativa d'un mateix, i la visió negativa del món i de la vida així com interpretar de forma amenaçadora les reaccions de pèrdua i l'evitació de problemes emocionals (Boelen, van den Bout & van den Hout, 2003; Boelen, van den Bout & van den Hout, 2006; Boelen et al., 2006; Beery et al., 1997; Lobb et al., 2010). Un altre factor que augmenta la probabilitat de dol complicat és el fet de tenir un trastorn psiquiàtric previ a la pèrdua, com ara ansietat i depressió o qualsevol trastorn psiquiàtric concurrent (Melhem, Day, Shear, Day, Reynolds & Brent, 2004; Lobb et al., 2010). La pèrdua juntament amb el trastorn psiquiàtric incrementava els atacs de pànic, augmentava la possibilitat d'abús d'alcohol així com els intents de suïcidi, també es van observar major nivells de disfunció social, a més d'agreujar-se la simptomatologia ansiosa i depressiva (Simon et al., 2005; Piper et al., 2001; Lobb et al., 2010).

El procés de dol davant de la malaltia també el viu la família, que se sent responsable de la persona malalta, desbordada i sense saber massa com ha d'afrontar el problema. La primera necessitat és acceptar les limitacions (pèrdues) que s'han produït en el malalt degut a la malaltia. S'ha vist que una bona xarxa social per part dels cuidadors afavoreix una millor adaptació de la situació de pèrdua que s'ha produït en el

familiar (Pigerson & Vanderwerker, 2007). És per això que pot ser de gran utilitat el tracte amb persones que es troben en situacions iguals o semblants a la pròpia, podent-se promoure el contacte amb associacions d'afectats, tant pel pacient com pel familiar (Poch, 2013). Els grups de familiars o associacions de referència promou un sentiment psicològic de comunitat, el fet de què una persona estigui assegurada davant d'una altra que està passant per circumstàncies similars a ella o que té característiques comuns disminueix la percepció de fracàs, aïllament, de no comprensió i d'autoavaluació negativa, a més també possibiliten un sentit d'identitat personal normalitzat i redueixen els sentiments d'incertesa, temor, rebuig i ambigüitat generat a partir com se senten tractats per la societat. Per altra banda, el clima d'igualtat i solidaritat que es crea en els grups de suport permet als participants compartir els seus sentiments i experiències, els anima a parlar a reconèixer sentiments de fracàs, de culpa, temor, etc., relacionats amb les experiències que tenen en comú. Aquest procés es pot considerar com una presa de consciència que serveix com a base per proposar-se i aprendre respostes individuals noves i que a la vegada serviran d'ajuda a la resta de membres del grup. Així doncs, les actituds i conductes positives que els participants expressen al llarg de les sessions de grup, servirà de model als altres membres i aquesta interacció que es crea també els permetrà aprendre estratègies efectives per afrontar les situacions quotidianes (Villalba-Quesada, 1996).

Un estudi fet el 2009 per Kessler; Dubolouz; Urbanowski i Egan va posar de manifest, a través de 12 persones (d'entre 44 i 74 anys) que havien patit un ictus almenys un any abans, que quan els individus valoren les seves perspectives de sentit (marc de referència per interpretar una experiència basada en el coneixement, els sentiments, els valors i les creences) aquestes es veien reformulades després de l'esdeveniment crític. Aquesta transformació de significat es troba modelada per quatre factors que són; els desencadenants, el suport social i familiar, la consciència de malaltia (coneixement de què ha succeït) i la capacitat d'optar per l'acció. Aquests quatre factors faciliten o entorpeixen el procés de recuperació. Es va veure que les persones que havien patit un ictus i tenien la capacitat de transformar el seu aprenentatge, i les seves perspectives de sentit, eren capaces de reconstruir competències i tornar a participar en activitats de valor per a ells (p.ex; treballar).

En un altre estudi fet a Canadà per Gallagher l'any 2011, dut a terme a través de 9 pacients d'entre 42 i 82 anys va posar de manifest que el problema central que experimentaven els supervivents de l'ictus era el fort sentiment d'incompetència que experimentaven després d'aquest (se sentien inferiors al seu 100%). Aquest fet comportava un canvi d'identitat personal condicionat pels canvis físics que impediend que poguessin dur a terme les activitats que ells percebien com a auto definitòries. Per tant, Gallagher diu que no es tractaria de pèrdues sinó de sentir-se inferior a com eren anteriorment a l'accident cerebrovascular. Les persones tenim un esquema base (estructures de significat, teories sobre un mateix, el món i el futur, i constructes personals). Aquest esquema organitza i guia la informació que entra i surt a través de determinats processos i operacions informals (atenció, percepció, memòria). A més, els esdeveniments ambientals a la vegada interactuen entre si i retro-alimenten l'esquema de base, enfortint-lo o debilitant-lo segons el cas (Riso, 2006). En el cas de l'ictus, els efectes i canvis que provoca la malaltia afecta a allò que és central per la individualitat de la persona i el que els fa sentir realitzats. Se senten inferiors al seu 100%. La seva identitat personal està inextricablement lligada al fet de poder fer les activitats de la vida diària. Aquestes tasques que es veuen alterades a causa de l'ictus eren importants per als rols que exercien. Els homes veuen trencat el seu ideal de masculinitat; amb símptomes com la fatiga, el patiment, la pèrdua de força, invulnerabilitat, la destresa física, l'autosuficiència i la tenacitat (Clarke & Bennett, 2013). També el tipus de gènere té una influència davant la malaltia; per exemple en el cas de les dones trobem el condicionant dels diferents rols i responsabilitats socials que aquesta exerceix (mare, esposa, treballadora, etc.). A més les dones sovint es veuen consternades pel seu canvi físic (Clarke & Bennett, 2013). La recuperació d'aquestes crítiques cap a les habilitats personals és vital per la seva recuperació emocional (Gallagher, 2011). En aquest sentit Gallagher (2011) va veure que tant la recuperació física com l' emocional estan enllaçades.

Aquests darrers estudis ressalten que haver patit un accident cerebrovascular suposa un canvi important a la vida, i la necessitat d'adaptar-se a unes discapacitats i realitzar canvis en els hàbits, els costums, les activitats de la vida diària, l'entorn, etc. També posen especial èmfasi en la necessitat de disminuir l'anosognòsia, falta de consciència d'uns dèficits adquirits i que apareix amb relativa freqüència després d'un dany cerebral adquirit, ja que si aquesta disminució no es dóna tots els canvis esmentats anteriorment no es podran dur a terme (Blanco, Mosqueta, Martínez, 2015). En aquesta fase, els

pacients se senten vulnerables, es mostren preocupats pel seu estat de salut, tenen por de patir altra vegada un ictus, arriben fins i tot a pensar en si poden morir-se i en perdre el control, poden tenir sentiments de frustració i de desolació (Kessler, Dubolouz, Urbanowski & Egan, 2009 & Gallagher, 2011). Kessler i col·laboradors (2009) destaquen la importància de rebre suport d'altres persones com ara familiars, amics i professionals de la salut en aquesta fase de consciència i d'adaptació de l'ictus. També realcen la necessitat de rebre informació relacionada amb la recuperació, ja que proporciona esperança i motivació i dona sentit de control, a més el coneixement també obre una porta a la reflexió, a través de la qual les persones que han patit un accident cerebrovascular són capaços de guanyar consciència sobre la recuperació i el que significa la vida amb l'ictus així com re-examinar les seves prioritats. Davant d'una pèrdua ambigua, com pot ser l'AVC, costa tolerar durant molt de temps una situació que no podem controlar. L'estrès és excessiu. A mesura que l'ambigüitat persisteix augmenten els conflictes, per la qual cosa la comunicació exerceix un paper molt important, ja que quan es troben davant d'una malaltia crònica en la qual existeixen poques respostes, es necessita ajuda per ordenar les emocions, a vegades fins i tot és preferible un "no se sap fins a on millorarà" a un silenci (Boss, 2001). Kessler, et al., 2009 i Gallagher (2011) van observar que un cop els subjectes havien pres consciència del que els havia passat i del que l'ictus comportava, i s'optava per l'opció de treballar per la recuperació, en aquesta etapa els participants responien als seus sentiments de pèrdua imposats per l'ictus buscant el control, i aquest s'aconseguia treballant per la recuperació. Es va veure que a mesura que s'aconseguien resultats els subjectes estaven més motivats, sempre però tenint en compte que parts d'ells havien canviat.

Tot i així, en un estudi sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut en persones supervivents a l'ictus a llarg termini, definint la qualitat de vida com "el valor que s'assigna a la duració de la vida que es veu modificada per la incapacitat, l'estat funcional, la percepció i les conseqüències socials degudes a una malaltia, accident o una decisió política, social o sanitària" (Díaz, et al., 2012), conclouïa que l'ictus afectava negativament a la qualitat de vida sobretot en les dimensions de dolor/malestar i patiment/depressió. La presència de dolor, dèficit en la mobilitat i la dependència funcional en les activitats de la vida diària són factors que relacionen de forma significativa amb una percepció més baixa de qualitat de vida relacionada amb la salut dels pacients supervivents a un ictus després de 4 anys de l'esdeveniment (Díaz, et al., 2016).

Tota la literatura esmentada fins ara, posa de manifest que en l'ictus hi ha emocions que sovint són fàcilment compatibles o estan associades amb símptomes psiquiàtrics com l'estat d'ànim deprimat, l'ansietat i l'apatia (Chemerinski & Robinson, 2000). La guia per superar l'ictus (2005) menciona també que la persona que ha patit l'accident cerebrovascular pot experimentar també sentiments de soledat ja que, malgrat estiguin rodejats de gent, creuen que ningú els entén, per aquest fet és important mantenir i crear un espai de comunicació i permetre que el malalt pugui expressar com es sent i entendre millor el procés rehabilitador, i emocional que ha de realitzar. També és important oferir als malalts un entorn grupal que els permeti sortir de l'aïllament, conèixer-se millor a si mateixos, tenir informació sobre la malaltia, generar estratègies i actituds positives, trobant suport i la comprensió d'altres persones que estan passant la mateixa situació que ells, i aconseguir que el malalt prengui part activa d'aquest procés. En el DSM-V (2013) els criteris per diagnosticar una depressió post-ictus coincideixen amb els de trastorn depressiu degut a una condició mèdica.

La depressió es presenta com un conjunt de símptomes de predomini afectiu (tristesa patològica, apatia, anhedònia, desesperança, decaïment, irritabilitat, sensació subjectiva de malestar i impotència enfront a les exigències de la vida) tot i que, en major o menor mesura també estan presents símptomes de tipus cognitiu, volitiu i somàtic, per al qual cosa es podria parlar d'una afectació global psíquica i física, fent especial èmfasi a l'afectiva (Egede, 2007). Els primers estudis de la depressió post ictus van aparèixer en el 1960 sota una perspectiva "empàtica" i entenien aquesta com una reacció emocional natural i comprensible de l'individu davant d'una disminució de l'autoestima produïda per la combinació d'una lesió mortal, la discapacitat física i intel·lectual associada i la pèrdua d'independència resultant (Robinson, 2006).

Actualment, però, alguns autors mantenen que la depressió post ictus s'hauria de distingir de la desmoralització que aquest comporta. Ara bé, diferenciar la depressió de la desmoralització pròpia de la circumstància no és tasca fàcil. I més si es tenen en compte els criteris descrits pel DSM-V (2013). En general, la desmoralització es relaciona amb sentiments d'incompetència i pèrdua d'autocontrol després de diversos fracassos, mentre que la depressió està marcada per l'anhedònia i la disminució de la motivació (Shader, 2005; Rashid, Clarke & Rogish 2013). Shader (2005) va observar que les persones amb desmoralització poden respondre favorablement als estímuls positius i alleugerir els estressos, mentre que els pacients amb depressió no poden

deslliurar-se del seu estat d'ànim negatiu, independentment dels canvis ambientals. Diversos autors han posat de manifest que la depressió post-ictus (DPI) és el principal factor de mal pronòstic en la recuperació funcional després d'un ictus, s'associa l'aparició de la DPI a una pitjor recuperació funcional i cognitiva, així com a un major deteriorament en les activitats de la vida diària, en la vida social i interpersonal disminuint considerablement la qualitat de vida i augmentant el risc de mortalitat fins a 10 vegades és que aquells subjectes que després d'un ictus no tenen depressió (Angelelli et, al., 2004; Pohjasvaara et, al., 2001; Llorca et, al., 2015). Avui en dia també s'ha vist que hi ha nombrosos factors de risc per l'aparició de la DPI, com una major severitat dels dèficits motors, una major discapacitat o un suport social pobre, d'entre altres (Llorca et, al., 2015).

Tot i així, un fet poc estudiat és què passa si la persona ja tenia depressió prèvia a l'ictus, si bé està demostrat que la depressió post ictus és un factor de mal pronòstic per la rehabilitació, què comporta una depressió prèvia? En una revisió sistemàtica feta en el 2013 per Ayerbe i col·laboradors amb l'objectiu de fer una estimació de quins eren els predictors i resultats de la depressió post ictus es va trobar que tant la depressió prèvia a l'AVC així com el fet d'haver realitzat un tractament antidepressiu previ a aquest eren factors predictors de la depressió post-ictus (Caeiro, et al., 2006 & Ayerbe, et al., 2011). En dos de tres estudis en els quals s'investigava la història clínica de trastorns psiquiàtrics previs en pacients que havien patit un ictus es va trobar associació positiva i significativa amb depressió post AVC (Beghi, et al., 2009; Fatoye, et al., 2009; Storor & Byrne, 2006). Altres factors que també prediuen la depressió post-ictus són l'ansietat, l'aïllament social, el fet de viure sol després de l'ictus, les comorbiditats amb altres patologies concomitants, la història de l'accident cerebrovascular, l'educació i el tipus de família (Eriksson, et al., 2004; Morrison et al., 2005; & Sagen et al., 2010).

La vida humana, per definició, és un camí de pèrdues. En aquest sentint l'existència de cadascun de nosaltres i el desenvolupament psicològic que suposa s'entén com un conjunt de processos de dol esglaonats en el temps i dependents entre ells. Per tant, com molts altres àmbits, la informació sobre el dol facilita el coneixement d'aquest, i ambdós són recursos imprescindibles per canviar les actituds poc encertades. La informació sobre quines són les possibles reaccions durant el procés de dol permet no "espantar-se" quan sorgeixen, pensant que són "anormals". Per canviar el que calgui, necessitem voluntat, esforç, recursos i temps. Les petites morts quotidianes, que dia rere dia trobem en el camí, ens mostren la gran importància que tenen els processos de dol

en una sana estructuració de la personalitat (Poch, 2013). És per aquest fet que la intenció d'aquest treball és remarcar la importància de que l'ictus és un procés de dol, fet que s'ha de tenir present a l'hora d'aplicar el tractament, ja que al llarg de tota aquesta introducció s'ha remarcat que l'AVC suposa una pèrdua d'autonomia per qui ho pateix, cal entendre que qualsevol ésser humà en aquesta circumstància haurà de fer un procés de dol i necessitarà algun professional que l'acompanyi en aquest procés. A vegades les teràpies van molt centrades en la rehabilitació neurocognitiva i física però poc enfocades en el procés emocional que aquests pacients fan.

4. Avaluació

Per tal de determinar l'afectació cognitiva causada per l'ictus, a l'Andreu se li va fer una exploració neuropsicologia a partir d'una bateria de proves.

Taula 1.

Proves neuropsicològiques..

Domini	Escala	Puntuació
Memòria	MEC	33/35
Atenció, memòria auditiva immediata i memòria de treball.	Test de dígit WAIS	Directe: 5/16 Invers: 3/14
Memòria verbal i aprenentatge	Palabras de Rey	5/5/7/7/8/ R-5
Praxis visoconstructives	Overlapping figures test	10/10
Afàsia	Boston Naming test	30/30
Funcions executives	Fluència semàntica	11
Funcions executives	Fonètica Combinada	5
Atenció (hemianòpsia)	Campanes	2' 26"
Habilitats motores adquirides	Praxis ideomotrius	Simbòliques: 5/5 Imitatives: - Unimanulas: 5/5 - Bimanuals: 5/5

A nivell neuropsicològic, s'observa que l'Andreu, per l'edat que té (52 anys) té lleus dèficits neurocognitius. Observem dèficits d'atenció i concentració i per tant de memòria de treball en el test de dígit del WAIS, així com també certes dificultats en la

memòria verbal i aprenentatge que es veuen reflectides en les “palabras de rey”, ja que malgrat en recordi forces a la seva edat s’haurien de poder fer totes. Per últim trobem alteració en la fluència semàntica i fonètica combinada, aquestes dues proves brinden informació sobre la capacitat d’emmagatzematge del sistema amnèsic semàntic, l’habilitat per recuperar la informació guardada en la memòria immediata de les funcions executives, particularment a través de la capacitat d’organitzar el pensament i les estratègies utilitzades per cercar les paraules. Si bé és cert que els dèficits gran part vénen marcats per l’AVC en aquest cas es creu que també es veuen alterats per la depressió, ja que aquesta provoca dèficits en l’atenció i la concentració que bàsicament és on s’observen més dificultats en l’Andreu.

De forma més qualitativa es va poder observar i contrastar amb informació provinent de la seva germana, la qual des de feia cinc anys que el veia trist, que l’Andreu tenia un trastorn depressiu ja previ a l’ictus i que probablement degut a aquest s’havia intensificat.

Quan s’explora més a fons la història de l’Andreu, ell explica que era el fill petit de quatre germanes i s’aprecia certa sobreprotecció per part d’aquestes des de petit, pel discurs que fa sembla que aquest no havia acabat de complir les expectatives familiars “*vaig deixar d’estudiar molt d’hora i em vaig posar a treballar, les meves germanes sempre han estat molt sobre meu*” motiu pel qual creiem que ara tampoc vol que entrin a la seva vida per ajudar-lo. A més, quan explica la relació amb la seva exdona, la psicòloga identifica un patró de maltracta psicològic d’aquesta cap a l’Andreu amb fets com ara què en diverses ocasions el feia dormir al sofà perquè no volia dormir amb ell, fet que pel que explica acotava sense mostrar oposició. Quan es va separar la parella, amb una filla i bessonada (nen i nena), ja tenia molts deutes. En el divorci ella es va quedar amb la custòdia dels fills menys amb la gran la qual va decidir anar a viure amb el pare, i ell es va quedar amb tots els deutes econòmics, es creu que en aquest punt l’Andreu va tenir una depressió reactiva a la situació, la qual ningú va detectar i amb la qual cosa no va ser tractada. Finalment, cinc anys després de la separació l’Andreu té un ictus i la depressió s’agreuja, aquí però és detectada quan va al sociosanitari i es vincula amb primària per tal que li donin antidepressius i s’ofereix psicoteràpia individual des de l’àmbit de psicologia.

S’observa que al llarg de la vida de l’Andreu aquest ha tingut forces dols, tal com es pot observar en la figura que trobem a continuació del text. El primer que observem és el del maltracta. No entrarem en el de sentiments d’inferioritat en la família, ja que

pel nombre de sessions només vam poder fer una apreciació de què aquest fet passava però no ho va arribar a verbalitzar mai, tot i que amenaçava amb no tornar a assistir al centre si s'intentava a través d'ell que la família assistís al centre per parlar de la seva situació i de com el podien ajudar, deia “*sempre he estat molt meu*”, tenia molta por que es trenqués la seva confidencialitat garantida per part de la psicòloga amb la seva família. En el maltracta psicològic l'Andreu poc a poc va anar perdent l'autoestima, ja que aquesta es construeix a partir de les persones que ens envolten, les experiències, vivències i sentiments que es produeixen al llarg de la nostra vida, la pèrdua d'aquesta tendeix a trencar-nos a nosaltres mateixos, ja que trenca amb la “pròpia percepció que té una persona sobre els seus propis mèrits, actituds i capacitats”. Posteriorment en el divorci l'Andreu es troba davant de la pèrdua d'un vincle amb un ésser estimat, aquest comporta una sèrie de situacions emocionals que es poden agrupar en dues categories: factors que s'expressen en el món interior de cada individu i factors procedents de l'entorn. Entre els primers, el més estès és la sensació de fracàs i de culpa per reconèixer-se incapaç de mantenir una relació estable. A nivell extern també es troben modificacions i canvis que es donen en l'estil de vida, en els hàbits i els costums, en les relacions amb la família i amics, i també amb les qüestions econòmiques. En definitiva, es tracta de construir una nova realitat i crear una perspectiva de futura, encara que no sigui possible “destruir” del tot allò que ha significat la relació de parella al llarg del temps (Poch, 2013). Sumat al dol del divorci també hi trobem el de les pèrdues materials degut als deutes. Amb l'ictus trobem el següent dol, el de la pèrdua de salut a la qual se li suma la baixa laboral, una feina és molt més que uns ingressos implica també la pèrdua de rutines diàries així com d'una xarxa social que crees en aquesta, a l'Andreu per altra banda se li sumava la incertesa de no saber si podria tornar a realitzar la mateixa feina que feia, fet que altra vegada afectava a la seva autoestima i confiança en si mateix. Per últim, tenim que la filla de 25 decideix independitzar-se, en general, no resulta fàcil veure com els fills marxen de casa, però per moltes parelles és el moment de retrobar-se amb ella com a única companya quotidiana, ara bé en el cas de l'Andreu aquesta emancipació suposa un augment dels seus sentiments de soledat, baixa autoestima, etc.

Sentiments d'inferioritat a casa seva amb les seves germanes	Maltracta psicològic per part de la dona, que provoca baixa autoestima i sentiments de tristesa	Separació + deutes (apareix depressió reactiva)	ICTUS+ baixa laboral (apareix depressió reactiva)	La filla s'independitza
--	---	---	---	-------------------------



Estil de funcionament Cluster C (dependent i evitatiu). S'observa que l'Andreu no ha afrontat diverses situacions conflictives al llarg de la seva vida.

Figura 3. Cronograma

Apreciació diagnòstica

El cúmul de dols no processats i la manca d'afrontament d'aquestes pèrdues han portat a l'Andreu a tenir una distímia que finalment amb l'aparició de l'AVC i la posterior emancipació de la filla que han actuat com factors desencadenant perquè aquest compleixi criteris per a una Depressió Major. Probablement aquesta dificultat en afrontar els dols es veu reforçada pel seu estil de funcionament de tipus més dependent i evitatiu (factor de risc).

5. Pla terapèutic

Es va dissenyar un pla d'intervenció per l'Andreu conjuntament amb tot l'equip multidisciplinari del sociosanitari a partir de les necessitats detectades. Aquest era el següent:

Taula 2.

Pla d'intervenció multidisciplinar.

Àrea d'intervenció	Problema detectat i causa	Activitats proposades
Patrons Cognitius	Dificultat en la presa de decisions noves. Episodis d'inquietud.	Ajudar en la presa de decisions i fomentar l'autonomia. Psicoteràpia.
Funcionament físic/problemes estructurals	Deteriorament funcional, falta de concentració, marxa inestable. Supervisió en AVD.	Motivar-lo per la col·laboració en AVD. Fomentar la deambulació amb bastó en trajectes curts amb ajuda parcial.
Estat d'ànim/comportament	Estat anímic alterat (trist, desesperació, irritabilitat, ansietat...)	Iniciar noves pautes per fomentar la seva participació en activitats i motivar a l'usuari. Reforç positiu.
Activitats d'esbarjo	Poca participació	La integració en AVD i la motivació per aquestes millorant així el seu estat anímic,

		realitzant reforç positiu.
Patrons de salut i estat oral/nutricional	HTA. Diabetis mellitus.	Tractament habitual i una dieta sense sal. Tenir hàbits saludables.
Tractaments procediments especials	Dispositius nutricional.	Teràpies d'adaptació (orientació de la realitat, comunicació...)

Per tal de complir amb el pla terapèutic des de l'àmbit de psicologia es va oferir l'estimulació cognitiva amb treball atencional i de concentració. També es proposa la psicoteràpia individual per tal de brindar suport emocional, oferir contenció en el procés de dol i treballar la presa de decisió, l'ansietat i la baixa autoestima així com disminuir el sentiment de tristesa i augmentar les habilitats socials.

6. Curs de la intervenció

Després de les primeres visites i que la psicòloga li recomanes anar al metge de capçalera per tal que li receptes antidepressius l'Andreu hi va anar. Explica que li van modificar la medicació i li van donar antidepressius, i que actualment l'estava prenent. Es va mostrar més col·laborador que dies anteriors, actitud la qual es va reforçar i emfatitzar la importància d'aquesta així com la de la motivació cap a la millora. Uns dies més tard es fa una sessió de seguiment anímic en la qual s'observa i ell comenta que es troba més motivat i animat que temps enrere, anava seguint el tractament antidepressiu i assistia a les teràpies d'estimulació cognitiva. Una setmana després en la sessió s'observa més comunicatiu que sessions anteriors, explica la situació de divorci i també els motius inicials de la depressió, la qual ja tenia prèviament a l'ictus i que el van portar a descuidar-se física i mèdicament. També va comentar però que tenia ganes de millorar, de fet assistia a tots els controls de la diabetis i hipertensió, recuperant l'autocura que havia perdut temps enrere a causa de la depressió. En aquesta sessió es treballa validació de sentiments, permeten així que l'Andreu tingués un espai on pogués expressar el seu malestar, ja que la seva xarxa social era molt limitada i amb les

persones que des de psicologia es creia que ho podia fer ell no ho volia, també se'l va ajudar a identificar els seus sentiments i components de l'emoció (disparadors, sensacions corporals, etc.), ja que a vegades s'observava que aquest fet li costava.

Juntament amb la validació es treballa també reestructuració cognitiva, ja que s'observa que l'Andreu té molts pensaments de; *“tot és culpa meva”*, *“que la meva dona em deixes va ser culpa meva perquè no valc res”*, *“ho vaig tirar tot per la borda, siestic com estic és perquè m'ho mereixo”*, *“no em mereixia la dona que tenia”* etc., és per això que s'aplica la tècnica del rebuig d'idees irracionals, primer el que es va fer és que l'Andreu escollís una d'aquestes idees/creences que tenia i que expliqués l'esdeveniment que el va fer sentir així i quin era el seu diàleg intern mentre aquest fet passava (no valc res, tot em passa a mi, etc.) i com el feia sentir, després el que es va fer va ser buscar fets que poguessin refutar aquesta idea i intentar canviar aquest diàleg intern (avaluant les dades a favor i en contra d'aquest pensament) en el qual tots els fets negatius són auto referencials, tot passa per culpa seva i per tant l'objectiu era ajudar a interpretar la situació negativa d'una altra manera alternativa i d'aquesta manera reduir els pensaments dicotòmics, la magnificació de fets negatius i minimització de fets positius, la generalització de frases com *“tot em passa a mi”*, *“sempre sóc jo el que ho faig malament”* o les falses atribucions com; *“m'ha passat a mi perquè em mereixo tot el dolent”*. També és realitzar entrenament en resolució de problemes, lligat a la tècnica anterior, ajudant-lo a identificar els problemes i a generar alternatives als problemes valorant cada una de les conseqüències que tindria aquestes alternatives a curt i llarg termini i motivant-lo perquè la decisió que prengués ho dugués a terme. Per últim en aquesta sessió es van treballar les habilitats socials per tal d'ajudar a l'Andreu a percebre les situacions socials d'una forma menys amenaçant i més realista. Dues setmanes més tard, en la sessió segueix amb actitud col·laboradora, i s'observa un millor estat general i anímic. L'Andreu comenta que es troba més content, es reforça el seu estat actual i es remarca el fet de què l'antidepressiu l'ajuda a estar millor i més motivat, ambdues coses necessàries pel procés que està passant i per l'objectiu final de millorar però que la seva actitud positiva envers el tractament és el més important.

A la següent sessió, l'Andreu es torna a mostrar col·laborador. En aquesta sessió es treballa establir objectius que puguin ser motivadors en el procés i que puguin millorar i mantenir l'estat anímic actual, marcant objectius a curt i llarg termini (curt termini seria activació conductual com ara temps d'oci i vida activa i a llarg termini més obertura emocional i capacitat de buscar alternatives a la feina que realitzava). Se li explica que

incorporar activitats que a ell li agradin ajuda a millorar el seu estat d'ànim, distreu de les ruminacions negatives, combat retraïment i evita la passivitat i el sedentarisme, també juntament amb aquest fet reforcem la idea de què fóra bo que quan assolís ell algun dels objectius marcats, com anar a caminar o bé quedar amb amics (ja que actualment aquest fet li suposava un esforç important) sigui capaç ell mateix de fer-se autoafirmacions positives, com ara; ho he aconseguit, si m'ho proposo puc, es creu que en aquest cas és molt important que ell mateix sigui una font de reforçament per canviar també aquestes ruminacions negatives envers ell mateix, per contra, coneixent el caràcter auto-culpabilitzador que té també es remarca que si no ho fa tampoc s'ha d'autocastigar S'insisteix amb la importància de demanar ajuda a la família quan ho necessiti. Després d'aquesta sessió, no va assistir a la posterior, ja que va trucar dient que tenia dolor i no podia venir. En la pròxima sessió de psicoteràpia, es troba a l'Andreu altre cop més decaïgut, se l'observa amb manca de recursos i d'estratègies per afrontar les dificultats, i baix estat d'ànim. Diu que hi ha dies que li costa molt aixecar-se del llit i que té molt dolor. Es treballa doncs amb psicoeducació, se li comenta que l'ictus provoca aquest dolor, anomenat dolor neuropàtic i que aquest millora fent la rehabilitació física que es proposa al centre, per contra si no fa res i es queda a casa degut a al dolor aquest augmenta. També es tornen a treballar objectius, com el de mantenir una vida més activa, se li proposa que vagi a caminar una estona cada dia, ja que té un gos que també ha de sortir a passejar i que aprofiti per fer-ho amb algun dels seus fills més petits, per tal de començar a establir un més bon vincle. Se li presenta l'exercici com una forma d'esbarjo i també d'activar el cos, reforçant que quan fem exercici s'alliberen substàncies que ens fan sentir millor. També se li proposa exercicis de relaxació, per tal d'afrontar les frustracions, se li explica que quan es troba angoixat per tota la situació actual (temes econòmics, estat de salut, etc.) pot estar bé aplicar tècniques de respiració i relaxació en imaginació (algun paisatge que el relaxi), les quals s'aniran treballant en les properes sessions. A més, se li explica que fóra bo també que quedés amb amics i que fes coses que li agrades amb ells, com ara anar al cine o a prendre alguna cosa, es fa èmfasi que en moments com aquests és important que ens rodegem de gent amb la qual ens sentim a gust, ja que fets com aquests també ens ajuden a sentir-nos millor, per últim també treballem l'obertura emocional, validem el fet que a vegades no és fàcil obrir-se emocionalment a algú, per aquest això li proposem que en un primer moment no fa falta que ho comenci fent amb tothom sinó que entre la psicòloga i ell es busca a una persona amb qui començar, es creu que la millor candidata

és la filla gran, és qui conviu amb ell i qui sempre ha estat allà en els moments difícils. Se li proposa que intenti anar fent aquests objectius establerts de cara a la pròxima sessió de la setmana següent, ell accepta. Quan arriba el dia de la propera sessió, se li pregunta a l'Andreu pels objectius proposats en la sessió anterior, ens explica que va anar a caminar però que tampoc es va sentir millor, s'observa que el que busca l'Andreu són recompenses immediates i s'explica que l'exercici poc a poc va fent activar el cos, que el primer dia notarà que es cansa més però que mica en mica el cos anirà cedint més i finalment sortirà a caminar i no es cansarà tant com ho fa ara i el farà sentir millor. Pel que fa a la resta d'objectius ens comenta que no els ha dut a terme, en aquesta sessió es mostra preocupat pels temes econòmics, es validen sentiments i s'explica que actualment aquest tema ja està en mans de les treballadores socials, per tal d'intentar pal·liar aquest sentiment d'angoixa que aquest tema li suposa. Es torna a remarcar davant d'aquestes preocupacions la importància de compartir-les amb alguna persona del seu entorn més pròxim així com també el fet d'iniciar activitats (que no suposin un cost econòmic elevat) com l'exercici d'anar a caminar per tal d'evadir-se. La setmana següent l'auxiliar que porta hospital de dia ens comenta que l'ha tornat a veure força apagat, a psicoteràpia reforcem tot el treball que està duent a terme dins del centre, es parla també de la situació familiar. Al parlar d'aquest tema ell diu que no vol que ningú entri en els seus problemes que no els vol preocupar, s'explica que en certa manera el seu entorn ja està preocupat per ell després del que li ha passat i des de psicologia s'ofereix fer una sessió conjunta amb una de les seves germanes i la filla per tal que l'Andreu pugui exposar com se sent i preocupacions que té amb aquestes. Ell declina aquest oferiment. En l'última sessió de psicoteràpia que es va fer amb l'Andreu es mostra molt desanimat, ens comunica que la filla gran s'independitza i que es queda sol. Manifesta no tenir ganes de res, no tenir forces per res. Explica per exemple; que s'ha passat tot el cap de setmana tancat a casa sense fer res, que ni tan sols obria el timbre quan trucaven, manifestava també tenir dolor. Comenta també que va sortir a caminar un dia. Es donen pautes conductuals i es reforcen actituds adaptatives com les de sortir a caminar. En aquesta sessió es decideix passar a fer dos dies a la setmana psicoteràpia. En aquesta última sessió on se l'observa tan desanimat, es parla amb el metge d'hospital de dia per tal que el visiti i li aclareixi dubtes mèdics sobre aspectes de les seqüeles de l'AVC. L'Andreu li comenta a aquest que actualment ja no s'estava prenent l'antidepressiu, el metge doncs en vista d'aquest fet el que fa és receptar-li un altre antidepressiu que és vàlid tant per l'estat d'ànim com pel dolor neuropàtic, emfatitzant

que li reduirà el dolor. També li manifesta que no li importaria morir-se, però quan aquest investiga més enllà no té idea suïcida estructurada, però recomana seguir el cas de ben a prop.

És a partir d'aquesta sessió que l'Andreu deixa d'assistir a totes les teràpies al sociosanitari, a partir d'aquí des de psicologia ens posem amb contacte amb el metge de capçalera perquè aquest pugui fer un seguiment més exhaustiu del cas, ja que en el sociosanitari si no assisteix s'ha de donar l'alta. També s'intenta posar en contacte amb la filla sense èxit. Actualment l'Andreu té l'alta del sociosanitari i no s'ha tornat a saber res més d'ell.

L'Andreu és un cas, que per edat i severitat de l'ictus, la qual no era molt greu, tenia bon pronòstic. Tenint en compte que un ictus sempre suposa una pèrdua d'autonomia i en un primer moment una desmoralització per qui ho pateix així com una reestructuració de la vida, canvi d'hàbits, rutines, etc.

És curiós, doncs, com en aquest cas, on el pronòstic era favorable (estimulació cognitiva + rehabilitació física), la fragilitat emocional en la qual es trobava i la seva personalitat van fer que malgrat s'insistís i es motivés en que els primers sis mesos eren cabdals per la millora, ell tingués dificultats d'afrontar la recuperació, abandonant el centre. Les circumstàncies de l'Andreu han portat a que aquest passi de tenir un bon pronòstic a tenir un molt mal pronòstic. És per aquest fet que en el present treball s'han volgut buscar les causes i circumstàncies que poden portar a una persona com ara l'Andreu a deixar el tractament quan el pronòstic no és dolent, sinó que hi ha probabilitat de millora i el pacient n'és conscient.

7. Monitorització

Les preguntes que ens formulàvem en el cas de l'Andreu ens van portar a supervisar altres casos similars i preguntar-nos sobre la influència de la depressió pre-ictus sobre el pronòstic.

Durant aquestes reflexions amb la psicòloga del centre vam arribar a analitzar un altre cas molt similar al de l'Andreu, el qual es va atendre al sociosanitari un any abans. El cas recorda a l'Andreu, ja que també era un home jove amb un pronòstic inicial favorable en quant a la rehabilitació física i cognitiva. Però altra vegada, les circumstàncies personals d'aquest i la personalitat van fer que el pronòstic del cas empitjores dràsticament. A aquest l'anomenarem Tomàs. El cas Tomàs permetrà reafirmar les premisses exposades en el cas Andreu.

El Tomàs era un home de 47 anys, nascut a Terrassa i resident d'allà també, treballava com a xofer, feina que en aquell moment no podia realitzar. Va arribar al sociosanitari, després d'haver tingut un ictus isquèmic dos mesos abans, ja que presentava algunes seqüeles de sensibilitat a hemicos dret i manifestava queixes a nivell de memòria. Era un home casat, amb dos filles, la gran de 21 anys i la petita de 18 diagnosticada de TDAH (Trastorn per Dèficit d'atenció i hiperactivitat). La dona d'en Tomàs, estava diagnosticada de TOC (Trastorn Obsessiu Compulsiu) i feia 21 anys, des del naixement de la filla gran, que presentava simptomatologia activa del trastorn. El Tomàs era el fill mitjà d'una família de tres germans.

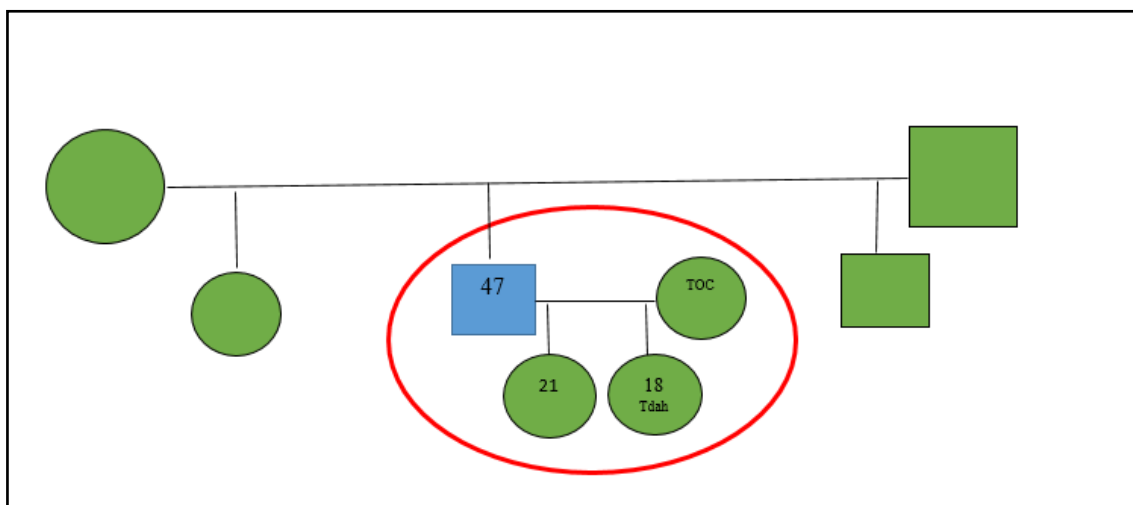


Figura 4. Genograma

En la primera entrevista amb la psicòloga del sociosanitari es va realitzar exploració neuropsicològica. En aquesta es van poder observar lleus dèficits en la memòria immediata, de treball, en l'atenció i en les funcions visoconstructives, tal com ell indicava. Destacava estat d'ànim trist i important ansietat, manifestava que ja ho tenia prèviament a l'ictus però que mai s'havia diagnosticat ni tractat i que amb l'AVC la clínica s'havia aguditzat. En vista de la situació es va pautar estimulació cognitiva diària i psicoteràpia setmanal (pla terapèutic similar al de l'Andreu).

Durant les posteriors sessions de psicoteràpia en Tomàs anava explicant diferents fets de la seva vida que l'havien anat marcant, explicava que de petit tartamudejava i que aquest fet el va fer sentir inferior, també es va sentir poc emparat per part de l'adults (no tenia sensació de protecció adulta, pares). Tanmateix, referia també sentiments d'inferioritat respecte a la seva germana gran (Nina) i a més considerava que el seu germà petit (Cesc) era feliç però que en canvi, ell no. Quan parlava sobre la relació amb

la seva dona també s'observava un maltracta psicològic per part d'aquesta, probablement molt relacionat amb la seva psicopatologia (TOC) que la feia ser molt rígida i meticulosa amb tot condicionant així a tota la família. De fet, en Tomàs va comentar que mai li portaven la contrària, ni ell ni les seves filles, que si la seva dona (Marta) volia que les estanteries estiguessin ordenades d'una forma determinada aquestes sempre ho estaven, que si s'havia de seguir certs passos a l'hora de dinar, no hi havia ningú que no els seguis, fomentant així i sense voler-ho el TOC de la Marta. D'aquesta manera també ell es va hiperresponsabilitzar del trastorn de la seva dona, ja que per no trencar "l'harmonia familiar" acotava i feia acotar a les filles tot el que la Marta volia. De fet, les filles no eren conscients de què a casa seva les coses funcionaven força diferent d'altres cases fins que no van tenir una certa edat i van començar a anar a casa d'amigues, aleshores és quan van començar a comparar casa seva amb la resta d'amigues i van veure que la rigidesa imposada a la seva llar no era un fet normo típic. Tot i així, dins de casa ho havien d'acotar tot.

Quan el Tomàs va tenir l'ictus es va sentir desbordat, ja que dins de casa no trobava la contenció emocional que necessitava pel procés que estava vivint, se sentia jutjat i incomprès, fet que també li dificultava a ell acceptar la simptomatologia que presentava i a més a més l'agreujava amb sentiments de culpa, soledat i menyspreu cap a ell mateix. La Marta, la seva dona, es mostrava també desbordada per la situació, des del centre se li van donar diferents pautes conductuals per poder fer front a la situació i també se li va recomanar que tornés a visitar el seu psiquiatre i que li expliqués la situació actual.

Malgrat les pautes que es van donar a la família però, en Tomàs seguia amb un estat anímic trist, se sentia culpable i amb poc permís per expressar el malestar que sentia. Des del centre se'l va validar emocionalment. Se li va reforçar la tasca que estava fent allà dins així com la gran força de voluntat que posava en millorar. Ell explicava que venir al centre l'ajudava, que era un dels pocs llocs on se sentia comprès i feia que tingués més ganes de millorar. Des del centre doncs, es treballava amb reestructuració cognitiva aplicant tècniques com la detenció del pensaments, en el qual en Tomàs havia de triar un dels pensament que l'angoixava i fer-se preguntes sobre si el pensament era real o no, si era productiu o contraproduent, si era fàcil o difícil de controlar, etc. Molts d'aquests pensaments eren relacionats amb l'apatia, l'anhedònia no tenia il·lusió per res, sentiments d'inutilitat, aïllament i fins i tot arribant a verbalitzar "em vull morir" però sense una ideació suïcida estructurada. També es va intentar introduir activitats que per

a ell fossin de caire més lúdic i que l'ajudessin a evadir-se dels seus pensaments, com ara jugar al parxís o a les dames (activitats plaenteres per a ell), a més se li van ensenyar tècniques de relaxació en imaginació pels moments en els quals ell se sentís més angoixats, aquestes també es van dur a terme en les sessions de psicoteràpia en el centre. Se li va explicar de forma metafòrica que prèviament a l'ictus ell era com un cotxe que anava a 150 km/h, accelerat o estressat, sense temps per oci, sempre molt pendent de les altres persones i que ara arran de l'ictus aquest cotxe havia parat, s'havia passat de 150 km/h a 0 km/h i que aquest fet, òbviament havia agreujat el seu estat anímic, que feia que estigués més irritable i tenia la creença de què si no treballava i estava actiu era inútil. Amb aquesta metàfora se li feia veure que ni el ritme de vida anterior era el correcte ni tampoc estar a 0, sinó que s'havia de treballar conjuntament per trobar una velocitat adequada. Metàfora la qual el Tomàs va estar d'acord i va acceptar a treballar conjuntament. Sobretot amb ell es posava molt èmfasi en reforçar positivament els guanys aconseguits com conductes adequades (autodeterminació, capacitat de decidir, etc.). Paral·lelament se'l va derivar a psiquiatria per tal que li receptessin medicació antidepressiva i se li anés fent un seguiment també des d'allà.

En el sociosanitari, els mesos van anar passant i en Tomàs va anar tenint alt i baixos, dies en els quals era conscient de què els pensaments estaven força esbiaixats pel seu estat d'ànim deprimat i dies en els quals s'angoixava molt i no es veia capaç de sortir del bucle, ara bé a l'arribar les festivitats nadalenques en Tomàs va presentar quadres d'ansietat molt forts i va aparèixer ideació suïcida estructurada, davant d'aquest fet la psicòloga del centre va donar pautes molt directives a ell i a la família de què anessin a urgències i que expliquessin aquesta ideació que tenia, així ho fan fer i en Tomàs va quedar ingressat a la unitat d'aguts. Al cap d'uns dies des d'aguts se li va donar l'alta, ja que es va considerar que el tractament que en Tomàs havia de fer es podia realitzar des de casa. Quatre dies més tard de sortir de la unitat d'aguts en Tomàs va morir al llit de casa seva, les causes de la mort es desconeixen, ja que no s'ha pogut accedir a cap informació al respecte.

Ambdós casos, tenien un perfil de funcionament de personalitat i estil relacional i molt semblants, força dependents i evitatius que els dificultava la capacitat d'afrontament de les adversitats, aquesta manca els va portar a acumular diferents dols, que finalment els va portar a desenvolupar un trastorn depressiu i davant l'adversitat tan gran que suposa un ictus no van ser capaços de fer-hi front. També s'observa que el

suport social dels dos era força escàs o està marcat per un caràcter molt dominant de la parella que no permetia oferir un espai de contenció quan ho necessitaven.

Aquestes dificultats de continuïtat assistencial en els casos de depressió prèvia a l'ictus van ser comentades amb l'equip del sociosanitari i amb la tutora. Des de psicologia es va veure que l'Andreu no era l'únic cas que havien tingut amb aquestes característiques. Va ser aleshores quan es va decidir investigar el cas Tomàs i d'aquesta manera donar més fiabilitat a les premisses exposades.

Si tenim en compte que l'ictus és un procés de dol, tant l'Andreu com el Tomàs tenien característiques que afavorien a l'aparició d'un dol complicat, com ara; un vincle insegur parental durant la infància, en el cas de l'Andreu no es va verbalitzar mai però en Tomàs sí que manifestava haver viscut adversitats durant l'etapa més primerenca (*bullying* a causa del seu tartamudeig i poca protecció parental) aquest fet predisposa a patir més les conseqüències d'un dol que aquells que no n'han patit. També trobem que ambdós tenen un perfil de personalitat dependent i evitatiu que dificulta l'afrontament d'adversitats, com ara el dol (Lobb et al., 2010). Aquesta personalitat els va portar a estar molt exposats a les opinions de les persones que els envolten, que en aquests dos casos van ser persones amb un caràcter molt fort que han provocat que l'autoestima d'ambdós anés minvant provocant així creences negatives sobre un mateix, el món i la vida que els va portar a interpretar de forma amenaçadora les reaccions de pèrdua i evitar els problemes emocionals (Boelen, van den Bout & van den Hout, 2003; Boelen, van den Bout & van den Hout, 2006; Boelent et al., 2006; Beery et al., 1997; Lobb et al., 2010). Ni l'Andreu, per les dificultats d'obrir-se emocionalment i la manca de confiança amb el seu entorn, ni el Tomàs pel baix suport de la seva xarxa socio-familiar de comprendre les seves necessitats emocionals, van poder front a la pèrdua que suposava l'ictus. Aquest intent d'evitar els problemes emocionals, els va portar a no tenir estratègies per afrontar els diferents dols que hi ha al llarg de la vida d'una persona i aquest fet ha conduït a què els dos en certs punts de la seva vida tinguessin episodis depressius que es van veure agreujats amb l'aparició de l'AVC empitjorant el pronòstic de rehabilitador.

8. Reflexions sobre les dificultats d'abordatge y propostes de millora

En el present treball, a partir dels dos casos exposats, es pretén mostrar com la depressió prèvia a l'ictus dificulta el procés de dol i la rehabilitació d'aquest. Malauradament hi ha molt poca literatura respecte a la depressió prèvia a l'AVC, de fet, en aquest treball tan sols s'ha trobat un article que parlés sobre el tema. L'article posava de manifest que tant la severitat de l'ictus, la història de depressió prèvia a aquest, el poc suport social com l'ansietat eren predictors consistents per la depressió post-ictus (Ayerbe, et, al., 2013). En els dos casos trobem aquestes variables a excepció de la severitat, ja que ambdós tenien dèficits cognitius lleus probablement alterats també per la depressió i malgrat que l'ictus havia afectat la mobilitat i la força de les extremitats podien seguir realitzant algunes activitats i el pronòstic de recuperació física en un primer moment era favorable. És important tenir en compte aquest fet, ja que la depressió prèvia a l'ictus augmenta la probabilitat de patir una depressió post-ictus i aquesta augmenta la mortalitat en un 10% en comparació a aquells que no la tenen, particularment amb persones més joves (Llorca, Guerra, Moreno, Doblado & Hernandez, 2012; Ayerbe, Ayis, Crichton, Rudd & Wolfe, 2013). Tenint en compte aquesta informació, un fet que cal destacar d'ambdós casos és que des que tenen l'ictus fins que arriben al sociosanitari han passat alguns mesos, es creu doncs que en casos com aquest fóra bo que no s'hagués deixat passar tant de temps des de l'ingrés a Neurologia fins a l'ingrés a Hospital de Dia del sociosanitari. A més, no tots els pacients que tenen un ictus, arriben al sociosanitari, sinó que per arribar a aquest cal complir un seguit de criteris com pot ser tenir problemes socials, econòmics, etc., aquells que per les característiques no requereixen els serveis del sociosanitari es realitza tractament ambulatori, en aquest últim no si troba el servei de psicologia inclòs, el servei ambulatori disposa de metge, de logopèdia, fisioteràpia i teràpia ocupacional. El que es pretén també amb aquest treball és proposar que de forma més inicial en pacients amb ictus, sobretot aquells que són joves, i se'ls observi força apàtics se'ls passi un BDI-II o bé el test de depressió de Goldberg com a forma de cribratge, remarcant que les preguntes no es contestin tan sols pensant en l'AVC sinó previ a aquest. En el cas que el BDI- II o el Goldberg sortissin amb puntuacions significatives fóra bo fer una petita entrevista, per últim si s'observa que el pacient té història prèvia de depressió s'hauria de vincular en algun altre tipus de servei (psiquiatria, sociosanitari, CAP però amb molta constància) de forma força immediata, en un primer moment aquest fet implica molta més feina pel servei de Neurologia, ara bé si es té en compte que la depressió

prèvia afecta al pronòstic de la recuperació de l'ictus, si el pacient es deixa té més probabilitats de tornar-ne a tenir un altre i aquest fet encara empitjora més el pronòstic, com pot passar en el cas de l'Andreu que per la deixadesa d'ell mateix es torni a repetir un episodi d'ictus, aquest fet suposa un cost humà, social i econòmic molt més elevat.

També cal remarca la importància dels professionals de saber distingir la depressió del dol, com prèviament s'ha explicat. La persona que estigui fent un dol per ictus, tindrà moments de patiment, aquest però serà com les onades quan trenquen en a la costa que arriben i se'n van, també seran capaços de recordar bons moments de gaudir en major o menor mesura de les coses, seran capaços de mantenir la seva autoestima. En canvi aquelles persones que tinguin depressió el seu estat d'ànim i pensaments tendeixen a ser negatius gran part del dia, no oscil·len com en el dol sinó que es mantenen constants, a més els envaeix un sentiment de desesperança i d'auto aversió, odi cap a un mateix. Ara bé, cal destacar que ambdós situacions requereixen de suport psicològic, però en el cas de la depressió s'haurà de destinar més recursos (suport farmacològic, més freqüència de psicoteràpia, etc.) per tal de que el pacient no es desvinculi de la rehabilitació.

9. Referències Bibliogràfiques

Angelelli, P., Paolucci, S., Bivona, U., Piccardi, L., Ciurli, P., Cantagallo, A., et al. (2004). Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand*, *110*, 55- 63.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U., & Wolfe, C. D. (2011). Natural history, predictors, and associations of depression 5 years after stroke: the South London Stroke Register. *Stroke*, *42*, 1907–11.

Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C., & Rudd, G. A. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *202*, 14-21.

Beery, L. C., Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Santucci, L. M., Newsom, J. T., Maciejewski, P. K., et al. (1997). Traumatic grief, depression and care giving in elderly spouses of the terminally ill. *Omega: The Journal of Death & Dying*, *35*, 261–279.

Beghi, M., Cornaggia, C. M., Di Giacomo, E., Primati, C., & Clerici, M. (2009) Stroke and psychiatric disorders. *Riv Psichiatr*, *44*, 55–63.

Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour, Research and Therapy*, *41*, 1123–1136.

Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 225–238

Boelen, P. A., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., & Zijerveld, A. M. (2006). Continuing bonds and grief: A prospective analysis. *Death Studies*, *30*, 767–776.

Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1657–1672.

Boss, P. (2001). *La perdida ambigua: cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: gedisa.

Brown, L. D., Conley, M. K., Resnicow, K., Murphy, J., Sánchez, N. B., Cowdery, E. J., Sais, E., Lisabeth, D. L., Skolarus, E. L., Zahuranec, B. D., Williams, C. G., & Morgenstern, B. L. (2012). Stroke Health and Risk Education (SHARE): Design, methods, and theoretical basis. *Contemporary Clinical Trials*, *33*, 721-729.

Caeiro, L., Ferro, J. M., Santos, C. O., & Figueira, M. L. (2006). Depression in acute stroke. *J Psychiatry Neurosci*, *31*, 377–83.

Chemerinski, E., & Robinson, R.G. (2000). The Neuropsychiatry of Stroke. *Psychosomatics*, *41*, 5-14.

Colás Blanco, I., Triviño Mosquera, M., y Chica Martínez, A. (2015). Alteraciones de la conciencia tras el daño cerebral adquirido: Una revisión sobre la anosognosia. *Ciencia Cognitiva*, *9* (2), 30-32.

Clarke, H. L., & Bennett, E. (2013). ‘You learn to live with all the things that are wrong with you’: gender and the experience of multiple chronic conditions in later life. *Ageing & Society*, *33*, 342-360. DOI: 10.1017/S01446X11001243

Davis, M., McKay, M., Eshelman, R. E. (1990). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez roca: libros universitarios y profesionales.

Díaz, L. C., Mohedas, H. M., Jiménez, H. N., Rodríguez-Ramos, M., & Lavado García, J. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. *Enfermería Neurológica*, *44*, 9-15.

Díaz Guzmán, J., Egido, J.A., Gabriel-Sánchez, R., Barberá-Comes, G., Fuentes-Gimeno, B., Fernández-Pérez, C. (2012). On behalf of the IBERICTUS-study Investigators. Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: The IBERICTUS study. *Cerebro-vasc Dis*, 34, 272-813.

Egede, L. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *elsavier*, 29, 409-416.

Eriksson, M., Asplund, K., Glader, E. L., Norrving, B., Stegmayr, B., Terent, A., et al. (2004). Self-reported depression and use of antidepressants after stroke: a national survey. *Stroke*, 35, 36-41.

Fatoye, F. O., Mosaku, S. K., Komolafe, M. A., Eegunranti, B. A., Adebayo, R. A., Komolafe, E. O., et al. (2009). Depressive symptoms and associated factors following cerebrovascular accident among Nigerians. *J Ment Health*, 18, 24-32.

García- Molina, A., Roig-Rovira, T., Enseñat-Cantalops, A., & Sánchez- Carrión, R. (2014). *Neuropsicoterapia en la rehabilitación del daño cerebral*. Revista de neurologia, 58 (3), 125-132.7.

Gallagher, P. (2011). Becoming normal: A grounded theory study on the emotional process of stroke recovery. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33, 25-32.

Generalitat de Catalunya, Malaltia Vascular Cerebral, Agència d'avaluació de recerca i tecnologia mèdica & L'Acadèmia. (2005). Guia adreçada a les persones afectades d'una malaltia vascular cerebral i als seus familiars i cuidadors. novembre 5, 2017, de Departament de Salut Sitio web: http://www.scn.cat/docs/guies_protoc/SuperarIctusGuiadeFamiliars.pdf

Hager, K., & Ziegler, K. (1998). [Stages in coping after stroke]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 31(1), 9-15.

Junqué, C & Barroso, J. (2009). *Manual de neuropsicología*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A.

Kessler, D., Dubouloz, C., Urbanowski, R., & Egan, M. (2009). Meaning perspective transformation following stroke: the process of change. *Disability and Rehabilitation*, 31 (13), 1056–1065. DOI: 10.1080/09638280802509512

Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan, 1969.

Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34 (8), 673-698. DOI: 10.1080/07481187.2010.496686

Llorca, E. G., Castilla-Guerra, L., Fernández-Moreno, M. C., Ruíz-Doblado, S & Hernández-Jiménez, M.D. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30 (1), 23-31.

Melhem, N., Day, N., Shear, K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. A. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss & Trauma*, 9, 21–34.

Melhem, N., Day, N., Shear, K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. A. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to their peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1411–1416.

Morrison, V., Pollard, B., Johnston, M., MacWalter, R. (2005). Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosom Res*, 59, 209–13.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 52, 1069–1074.

Poch Avellan, C. (2013). *Pèrdues i dols*. Barcelona: Octadero

Pohjasvaara, T., Vataja, R., Leppavuori, A., Kaste, M., & Erkinjuntti, T. (2001). Depression is an independent predictor of for long-term functional outcome poststroke. *Eur J Neurol*, 8 (31), 5-9.

Sagen, U., Finset, A., Moum, T., Morland, T., Vik, T. G., & Nagy, T. (2010). Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. *Gen Hosp Psychiatry*, 32, 80–95.

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., Maciejewski, P. K., (2007). Prolonged Grief Disorder: a case for inclusion in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson M, Schut H, Stroebe W, editors. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21 Century Perspectives*. Washington DC: American Psychological Association Press.

Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47 (3), 253-267. DOI: 10.1002/dev.20091

Simon, F.B., Stierlin, H., & Wynne, L.C. (2011). *Vocabulario de terapia familiar*. Madrid: Gedisa.

Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., et al. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1105–1110. Predictors of Complicated Grief.

Storor, D.L., Byrne, G. J. (2006) Pre-morbid personality and depression following stroke. *Int Psychogeriatr*, 18, 457–469.

Stroebe, M., Schut, H. (1999): The dual process model of coping with bereavement: rationale and description, *Death Studies*, 23 (3), 197-224. Doi: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

Tizón, L. J. (2009). *Pérdida, pena, duelo* . Barcelona: Paidós.

Villalba-Quesada, C. (1996). *Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional*. diciembre 20, 2017, de Psicóloga Programa Familia y Convivencia Diputación Provincial de Sevilla Sitio web:<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol3/arti2.htm>.

Rashid, N., Clarke, C., & Rogish, M. (2013) Post-stroke depression and expressed emotion, *Brain Injury*, 27 (2), 223-238, DOI: 10.3109/02699052.2012.729287

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.

Robinson, R.G. (2006): *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke*. New York: Cambridge University Press.