



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

Universitat Ramon Llull

Importància del vincle terapèutic en el procés de derivació
d'un pacient psicòtic d'inici precoç

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària

FPCEE Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Georgina Navarro Farran

Treball final de Màster dirigit per:

Dr. Xavier Carbonell

Febrer, 2018

Resum

L'objectiu al descriure aquest cas és analitzar la importància del vincle terapèutic per tal de realitzar una derivació adequada a un servei d'adults un cop arribada la majoria d'edat d'un pacient psicòtic d'inici precoç. A més, es descriu la intervenció en rehabilitació cognitiva al llarg de dos mesos a les consultes externes de la Unitat de Trastorn Psicòtics Infanto-Juvenil de l'Hospital de Sant Joan de Déu. En la intervenció s'observa a un pacient amb un alt nivell de pensaments paranoïdes els quals es van reestructurant amb diverses tècniques i exercicis disminuint el seu malestar i millorant la seva qualitat de vida. Consisteix en una evolució lenta però satisfactòria si el pacient és constant. D'altra banda, el vincle terapèutic establert entre el pacient i el terapeuta és fort però dificulta la una derivació satisfactòria ja que la mare es mostra fins al final molt reticent al canvi.

Paraules Clau: Trastorn psicòtic, Rehabilitació cognitiva, derivació, vincle terapèutic.

Abstract

The object of this analysis is to highlight the importance of the therapeutic connection in order to adequately assess early-onset psychosis in an adult patient recently into adulthood. The cognitive rehabilitation treatment is detailed over a period of two months, recorded at the external consultations of the Childhood-Youth Psychoactive Disorder Unit of the Hospital de Sant Joan de Déu. It is observed that, during the symptomatology intensification intervention, a patient's paranoid thoughts are restructured using various techniques and exercises, further reducing their discomfort and improving their quality of life. The treatment contains a slow but satisfactory evolution, as long as the patient is consistent. Even though the therapeutic link between the patient and the therapist is strong, it did not result, however, into a satisfactory derivation for both parties; because the mother remained reluctant to adopt change.

Key Words: Psychotic Disorder, Cognitive Rehabilitation, Derivation, Therapeutic Tie

Índex

	Pàgina
I. Context del cas i mètode	4
II. El pacient	6
III. Marc conceptual de la intervenció	10
IV. Avaluació de les metes, competències i història del pacient	15
V. Formulació del pla de tractament	15
VI. Curs de la teràpia	18
VII. Monitorització del procés terapèutic	22
VIII. Avaluació final del procés i resultat de la teràpia	23
IX. Referències	26
X. Annex	28

I. Context del cas i mètode

Aquest cas ha estat escollit per tal de poder explicar el procés de derivació d'un pacient de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) a un centre de salut mental d'adults (CSMA) al complir la majoria d'edat i la intervenció en rehabilitació cognitiva portada a terme. Es destaca aquest cas per la seva gravetat crònica de trastorn psicòtic i de la seva llarga evolució. Per tant, per una banda, aquest estudi de cas es centrarà en reflexionar sobre la importància del vincle terapèutic amb el pacient (en aquest cas un pacient psicòtic d'inici precoç) i de com hauria de ser per tal de que el canvi sigui el menys perjudicial possible pel pacient i, d'altra banda, en l'explicació de les tècniques i de l'evolució del pacient de la intervenció en rehabilitació cognitiva.

En particular, aquest pacient ha passat per diverses unitats que conformen el Servei de Salut Mental de l'HSJD. Iniciant la seva estada a la unitat d'Hospitalització Total, la qual consta de dues plantes. En una es troben les estances (15 llits) i en l'altra, es troben l'escola, el pati, el menjador i les sales de jocs i activitats. En aquesta unitat s'hi ingressen aquells pacients amb un alt nivell de gravetat de símptomes amb l'objectiu de contenir-los i estabilitzar-los. Posteriorment, quan hi ha una millora d'aquests, hi ha diverses unitats de derivació;

- Els pacients amb Trastorn Psicòtic, es deriven a Hospitalització Parcial de Crisi de 7 hores.
- Els pacients amb TCA, es deriven a hospitalització Parcial d'11 o 7 hores.
- També hi ha la opció de derivar a l'Hospital de Dia del CSMIJ referent per zona.
- La derivació a alguna unitat o servei més adequat per les necessitats d'aquell pacient.

En els hospitals de dia es duen a terme teràpies de grup i teràpies individuals i s'inicia una progressiva inserció a l'escola i a la vida quotidiana. Conseqüentment, quan se li dona l'alta al pacient es deriva a consultes externes (CC.EE) de SJD o del CSMIJ referent per zona. Allà es realitzarà un seguiment psicològic i/o psiquiàtric per tal d'observar l'evolució del pacient i realitzar la intervenció adient en cada cas (rehabilitació cognitiva, psicoeducació, habilitats socials).

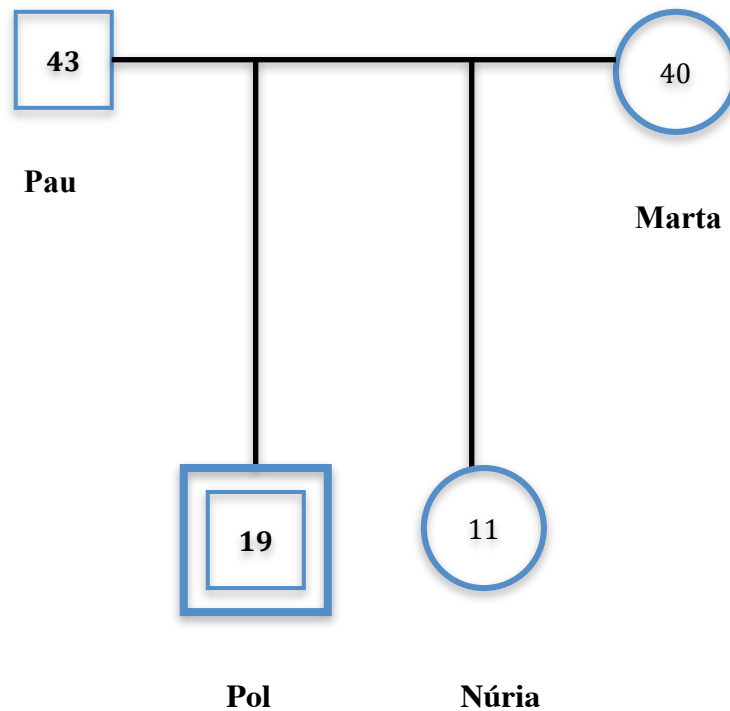
En aquest estudi de cas s'analitza, en primer lloc, el procés de derivació dins la xarxa de salut mental, es reflexiona sobre el protocol que la regeix i com aquest afecta en l'evolució del pacient i en l'adaptació a la nova unitat. En segon lloc, s'analitzen els canvis que es poden donar en sessió per les necessitats del pacient.

Per tal de maximitzar el rigor metodològic de l'estudi del cas, s'han dut a terme diverses estratègies: a) S'han inclòs abundants notes de les sessions com a terapeuta i com a co-terapeuta; b) S'han recopilat dades i informes des del primer contacte amb salut mental als 13 anys fins, actualment, que en té 19; i c) S'han utilitzat metodologies quantitatives i qualitatives per tal de tenir un anàlisi més ampli que facilités el tractament del pacient.

Les dades obtingudes provenen de diversos professionals i també de l'àmbit familiar. S'han emprat informes de psicòlegs i psiquiatres, informació dels pares i dels professors de l'escola i recopilació de dades de l'evolució dins de la unitat de salut mental a l'Hospital Sant Joan de Déu.

Per tal d'assegurar el seu anonimats, el nom utilitzat per fer referència al pacient no és real. A més, algunes dades han sigut alterades per tal de protegir la confidencialitat del pacient.

II. El pacient



El pacient identificat és en Pol, un noi de 19 anys diagnosticat d'esquizofrènia paranoide des dels 12 anys amb un coeficient intel·lectual límit detectat als 5 anys. És el primer de dos germans amb qui conviu juntament amb la seva mare i el seu pare.

Antecedents familiars. Història de joc patològic i diagnòstic de trastorn bipolar en familiar de primer grau (pare) i probable abús d'alcohol en familiar de segon grau.

Història evolutiva. L'embaràs va ser normoevoltiu i no es van presentar complicacions perinatales. Va iniciar el gateig als 12 mesos i la deambulació als 18. Es va observar un retard en l'adquisició d'habilitats motores fines però no es van observar la presència ni de tics ni estereotípies. Alimentació materna fins als 4 anys i amb dificultats per la introducció d'aliments sòlids. Des de l'inici de la primera infància selectivitat amb els aliments. Control d'esfínters sense alteracions. Retard en l'adquisició del llenguatge.

S'observen dificultats per la socialització amb els seus iguals, al joc solitari i a la hiperactivitat motora.

Escolarització. Es va iniciar als 3 anys d'edat on sols es destaca alguna conducta agressiva vers els companys. Va iniciar la primària a una escola d'educació especial per les dificultats que manifestava en els seus aprenentatges on es descriu una escassa adaptació a la relació amb els iguals i amb tendència al joc solitari. Fins als 16 anys acudeix a un centre mèdic educatiu i als 17 anys inicia un nou període a un centre d'inserció ocupacional on comença a participar en l'activitat de jardineria .

Antecedents personals psiquiàtrics. Als 3 anys té el seu primer contacte amb el CDIAP per dificultats en l'adquisició del llenguatge i als 5 anys entra en seguiment al CSMIJ per les dificultats en l'aprenentatge i en les habilitats socials on consta un WISC amb puntuació global de 73. Inicialment s'orienta com un TDAH i es pauta Concerta però s'obté una resposta parcial. Progressivament apareixen conductes oposicionistes amb múltiples conflictes amb els seus iguals. Posteriorment apareix un comportament caracteritzat per l'agressivitat i la desinhibició social i sexual amb agressivitat puntual vers els familiars. Finalment s'orienta el diagnòstic com a possible trastorn psicòtic. Pel que es retira concerta i s'administra un fàrmac antipsicòtic.

L'any 2010, amb 12 anys, ingressa per primera vegada a l'Hospital Sant Joan de Déu per un quadre d'un més d'evolució que cursa amb temors de tipus paranoide, que s'acompanya d'insomni, major irritabilitat, autoreferencialitat marcada, presenta falsos reconeixements i possible deliri de suplantació de la identitat. Per una banda, des de psiquiatria s'administra medicació reduint símptomes però originant efectes secundaris no desitjats (alentiment psicomotor, somnolència, ...). D'altra banda, des de psicologia es treballa simptomatologia i s'administra ADI-R del qual s'obté resultats significants

però no compleix els criteris suficients segons el DSM-IV-TR per obtenir el diagnòstic de Trastorn de l'Espectre Autista (TEA). A l'alta, després de 2 mesos ingressat, es deriva a Hospitalització Parcial de l'Hospital Sant Joan de Déu i posteriorment a consultes externes.

Al febrer del 2013 el pacient reingressa a HSJD per empitjorament de clínica psicòtica d'uns quatre mesos d'evolució, consistent en ideació delirant de prejudici centrada en la família i en determinades persones del seu poble (magribins i gitanos), amb vivències contínues autoreferenciades i fenomen de suplantació de la identitat amb membres de la seva família que es correspon fenomenològicament amb un deliri de Capgras (creia que la seva mare havia sigut reemplaçada per una impostora idèntica a ella). A partir d'aquí apareix una important repercussió a nivell conductual i emocional, amb un intent de defenestració en el seu domicili, que és impedit pel pare, com a conseqüència de l'angoixa i la desesperança de les vivències. A l'alta es remet de nou a seguiment a CC.EE.

A l'Octubre de 2013 davant la sospita de nova descompensació psicòtica ingressa de nou al servei d'hospitalització d'aguts. Des d'aproximadament un mes i mig abans del ingrés, el pacient comença a mostrar un progressiu retraïment, alteracions sensoperceptives, ideació delirant, abandona activitats i passa la major part del temps tancat a casa seva referint no tenir ganes de res. A l'escola expliquen que fa un mes que el veuen més irritable. En aquesta època també comença a referir queixes somàtiques en forma de cefalea que s'incrementa marcadament la darrera setmana en que diu no tenir força, marejar-se i arribar a caure a terra. En Pol presenta insomni de conciliació, nega simptomatologia de l'esfera psicòtica i verbalitza constantment que creu tenir un trastorn bipolar com el seu pare. A l'alta es remet de nou a seguiment a CC.EE amb la introducció de rehabilitació cognitiva.

A principis de 2015, en Pol va començar a mostrar simptomatologia psicòtica caracteritzada per deliris, taquipsíquia, pensaments obsessius i conductes agressives. Es va anar observant una fluctuació en la freqüència de l'aparició d'aquests símptomes fins que a l'Octubre de 2015 es va dur a terme un ingrés per descompensació psicòtica de la seva malaltia base. En aquest quart ingrés, la família d'en Pol va referir que des de feia una setmana presentava inquietud, ansietat progressiva i pensament obsessiu. Es confirma consum de cànnabis i la compra d'una moto sense el consentiment dels seus pares. Davant la millora a nivell clínic després d'un mes d'hospitalització a l'HSJD, es procedeix a l'alta del pacient al domicili per seguir en Hospitalització Parcial al mateix HSJD. Amb l'estabilització i l'observació d'un contacte més sintònic, es dona l'alta a finals de Desembre i es deriva a l'Hospital de Dia del CSMIJ assignat per zona. Al Juny de 2016 es dona l'alta HdD i es deriva a tardes a una cooperativa de serveis educatius.

A finals del Maig de 2017 es sol·licita ingrés per a tractament quirúrgic per presentar un quist sacre. En Pol està diagnosticat d'acne sever. Per tal de controlar i estabilitzar qualsevol reacció davant el dolor, es va trobar adient hospitalitzar-lo la primera nit després de l'operació.

Malaltia actual. Actualment en Pol refereix sentir-se més tranquil però la simptomatologia (conductes agressives davant de frustracions o imposició de límits, pensaments obsessius, deliris, confrontacions) segueixen apareixent de forma fluctuant, accentuant-se en moments de discussions i alleujant-se quan no es genera tanta ansietat. Segueix estudiant jardineria ja que el deliri amb els seus monitors ha anat minvant. Des de fa mig any s'està tramitant la derivació del pacient al CSMA però amb moltes dificultats d'acceptació i d'adherència per part de la família.

II. Marc conceptual de la intervenció

El trastorn psicòtic és, en general, és un trastorn molt complex tan per la dificultat de detecció precoç com pel seu tractament posterior. Quan apareixen els primers símptomes i aquests no són detectats, l'evolució i el pronòstic del pacient es veuen afectats. En la majoria dels casos, es dona un inici de símptomes negatius (falta d'interès o iniciativa, retraïment social, apatia i/o falta de resposta emocional) i progressivament van apareixent els positius (idees delirants, al·lucinacions, llenguatge i comportament desorganitzat). Aquesta acumulació de símptomes provoquen malestar i importants alteracions en la vida del pacient i, normalment, és en aquest moment, el primer contacte amb la unitat de salut mental (Tizón, 2009). La prevalença d'aquest trastorn en població general és del 3% (AEN, 2009). No obstant, la prevalença en nens i adolescents d'edats compreses entre 5 i 18 anys és del 0,4%. Destacant l'augment de la seva incidència en l'etapa de l'adolescència (Guía clínica y terapéutica para los primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia, 2015).

Degut a la seva complexitat i per tal d'abordar adequadament els pacients amb aquesta simptomatologia diferents equips es centren en millorar la seva atenció. Les tasques assistencials de l'equip d'atenció precoç són les següents: la detecció comunitària precoç dels pacients amb risc de psicosis, les visites a domicili per establir el vincle terapèutic, les intervencions psicoterapèutiques i psicosocials, la delimitació dels grups globals de pacients amb trastorns psicòtics o pròdroms, el seguiment clínic, les activitats de coordinació entre els diversos centres de salut mental, la realització de grups amb les famílies, les activitats docents i les activitats d'investigació. Per tal de realitzar aquest seguit de tasques assistencials i que aquestes promoguin un canvi beneficiós per la detecció precoç i el tractament de pacients amb psicosis, és primordial una coordinació multidisciplinària entre tots els professionals implicats (Tizón, 2009).

La Guia clínica i terapèutica pels primers episodis psicòtics a la infància i a l'adolescència (Arango, Fraguas i Castro-Fornieles, 2015) indica que quan es detecta un pacient amb síndrome de risc de psicosis (síntomes atenuats, episodi breu intermitent i limitat o un síndrome de risc genètic) es du a terme un seguiment per tal d'observar i valorar la seva evolució ja que té un risc molt alt de desenvolupar psicosis en els primers tres anys des de la seva primera detecció. Un cop es dona el primer episodi psicòtic s'estableix en cada cas un procés de tractament diferent. El NICE (2017) per l'avaluació dels primers episodis psicòtics proposa un enfoc multidisciplinar: psiquiàtric, mèdic, psicològic i psicosocial, desenvolupament cognitiu, físic, social i econòmic. Depenent de l'estat del pacient, la intervenció des d'aquest conjunt d'abordatges serà diferent.

Arango, Fraguas i Castro-Fornieles (2015) afirmen que el període de temps entre l'inici dels símptomes i la recerca d'ajuda és fonamental pel pronòstic del pacient. Per tant, quan acut un pacient amb simptomatologia psicòtica a una unitat de salut mental i, aquesta és greu es du a terme l'ingrés hospitalari. Els criteris que ha de complir un pacient per poder ser ingressat són els següents: (1) mostrar potencials actituds agressives que posin en perill la integritat física de si mateix i/o de tercers; (2) insuficient nivell de recolzament i atenció en el seu ambient pròxim; (3) situacions de gravetat clínica que requereixin d'atenció especialitzada i intensiva en centres de salut mental; (4) necessitat de garantir l'administració terapèutica i/o monitoritzar el seu efecte durant més de 24 hores; i (5) la necessitat de realitzar una observació continuada del pacient i establir un diagnòstic diferencial.

En el cas que el pacient no compleixi tots els criteris però necessiti assistència en salut mental per presència de simptomatologia moderada-greu i/o una situació crònica greu, es valora l'ingrés a un hospital de dia per tal d'orientar el diagnòstic, observar la clínica continuada, realitzar un tractament intensiu que no precisi

d'hospitalització i es dubti d'un tractament ambulatori. Finalment, l'objectiu d'ambdós casos es centra en que el pacient pugui tenir una favorable qualitat de vida i realitzi el seguiment en un ambulatori o en una consulta externa de l'hospital assignat per tal de realitzar la intervenció més adequada per cada cas.

Actualment, s'han posat en pràctica diverses intervencions per pacients amb psicosis depenent de la fase en la que es trobin. Algunes d'elles són les següents: intervencions centrades en la fase aguda del primer episodi psicòtic, intervencions centrades en la recuperació o fase post psicòtica, la teràpia d'orientació cognitiva per la psicosis primerenca, tractament sistemàtic de la psicosis persistent, intervencions amb les famílies i les intervencions centrades en els serveis integrals (Vallina, Lemos i Fernández, 2006). Per Travé i Pousa (2012) els resultats de diversos estudis han confirmat que la teràpia cognitivo-conductual (TCC) és de les més eficaces en l'actualitat. El tractament de la psicosis està constituït per un tractament multimodal incloent la intervenció farmacològica i la psicosocial (Alvarez, Llorente i Arango, 2009). Segons Haarmans (2006) els objectius de la TCC consisteixen en: (1) incrementar la comprensió del trastorn psicòtic en el pacient; (2) promoure l'adaptació a la malaltia; (3) augmentar l'autoestima, estratègies d'afrontament i funcionament adaptatiu; (4) reduir l'alteració emocional i la comorbiditat; (5) reduir l'estrès associat a les al·lucinacions i deliris i preveure d'estratègies i habilitats per manejar-les al dia a dia; i (6) prevenir futures recaigudes.

Tant Beck (1976) com Ellis (1962) van afirmar que el focus per treballar aquests factors està en controlar els pensaments per poder controlar les emocions. S'ha d'examinar la causa i l'efecte dels components dels pensaments, l'humor, el comportament, la reacció fisiològica i de l'ambient.

Haarmans (2006) també divideix la psicosis primerenca en diferents fases tals com la fase d'enganxament, la de recuperació, la del direccionisme dels símptomes aguts i la de recuperació tardana. En cada situació el terapeuta es centra en treballar uns objectius o uns altres. La qualitat de vida i el benestar psicològic és la finalitat primordial pel tractament d'aquest trastorn (Travé i Pousa, 2012).

Per García (2008) la teràpia cognitiva-conductual es pot dividir en tres fases: 1) la de valoració (síntomes psicòtics, depressius, ansietat, idees suïcides, aïllament, problemes econòmics); 2) la de identificació de problemes clau (correlació cognitiva i conductual entre creences i estratègies d'afrontació involucrades); i 3) la intervenció i prevenció de recaigudes, aportant durant tota la teràpia recolzament, informació i educació. En la intervenció, l'objectiu del terapeuta resideix en que el pacient desenvolupi alternatives més realistes del deliri i del pensament paranoide i ajudi a desenvolupar atribucions no estressants per les al·lucinacions. Modificant el pensament, utilitzant la distracció, realitzant activitats en mig d'una discussió, imaginant-se situacions relaxants, utilitzant el role-playing i introduint recompenses en la realització d'activitats gratificants la TCC intervé en aquelles estratègies específiques directament orientades al tractament dels símptomes. No obstant, des d'aquesta orientació també s'hi intervé en els objectius més globals que conformen l'adaptació del pacient en el seu entorn, influint en la seva evolució i recuperació.

L'entrenament en habilitats socials, la rehabilitació i entrenament cognitiu, la psico-educació, l'entrenament en resolució de problemes, la pràctica de les habilitats d'autonomia en la vida diària o la tècnica d'habilitats de recolzament en el treball són aspectes importants treballar-los per la millora del funcionament social i personal del pacient ja que redueix ingressos i atenua símptomes (Breton i Schroeder, 1990).

Un dels aspectes més importants per l'evolució i la millora del pacient regeix en el vincle terapèutic entre pacient i terapeuta. El vincle cada vegada es va enfortint més

en quan el pacient va notant els resultats exitosos del tractament. Per aconseguir aquest enfortiment, es essencial que el terapeuta obtingui una sòlida formació teòrica i tècnica i posseeixi certes habilitats de comunicació. Aquestes s'anomenen variables inespecífiques ja que dependran de la personalitat, l'estil de comunicació i les habilitats socials del terapeuta. Per tant, per tal de formar una bona aliança terapèutica, el terapeuta haurà de desenvolupar les següents habilitats comunicatives; acceptar de forma incondicional al pacient compromentent-se a acceptar-lo i a ajudar-lo, el terapeuta haurà de sentir-se motivat per ajudar al pacient i s'haurà d'involucrar en el seu tractament, haurà de tenir empatia per tal de poder comprendre al pacient a partir del seu propi punt de vista, haurà de ser autèntic mostrant al pacient els seus acords i les seves discrepàncies de forma sincera i directa, s'haurà de mostrar equànime en el seu discurs per tal d'expressar de manera equitativa tan les crítiques com les aprovacions, és important el respecte i el maneig de les pròpies emocions negatives cap al pacient, s'haurà de considerar conjuntament amb el pacient els aspectes de la forma en la que es divideixen les sessions, les tasques, la puntualitat, les sessions en les que el pacient s'absenta o cancel·la la sessió, el terapeuta haurà de ser capaç de manejar les seves pròpies emocions, sent més racional i, com a terapeuta conductual sempre tendirà a, tenir una visió més optimista-realista adaptant-se a cada cas i utilitzant les tècniques més adients pel pacient (Rivadeneira, Dahab i Minici, 2007).

La presència o l'absència de totes aquestes variables influenciaran en l'aliança terapèutica entre el pacient i el terapeuta. Si el terapeuta empra una actitud i un comportament que s'allunya d'aquest estil de comunicació, aquest pot afectar al vincle fent que el pacient no percebi cap millora i senti una inadequada contratransferència. No obstant, el pacient també pot ser una variable que influeixi en la aliança ja que pot estar desmotivats, mostrar hostilitat i desgana, tenir sentiments d'inseguretat que dificultin l'establiment del vincle (Corbella i Botella, 2003).

IV. Avaluació dels problemes, metes, competències i història del pacient

Com s'ha esmentat anteriorment, en Pol va tenir el primer contacte amb la unitat de trastorns mentals als 3 anys per dificultats en l'adquisició del llenguatge i, posteriorment, és als 5 anys quan entra en seguiment per dificultats en l'aprenentatge i en les habilitats socials on consta un WISC amb puntuació global de 73. Inicialment es va orientar com a TDAH fins que començà a aparèixer simptomatologia de caire psicòtic. El primer contacte amb l'Hospital de Sant Joan de Déu va ser al 2010 en el qual es va dur a terme el seu primer ingrés en la unitat d'hospitalització de salut mental. Conseqüentment, es van realitzar tres ingressos més, dos l'any 2013 i l'últim, al 2015 per la mateixa simptomatologia.

En aquests quatre ingressos es va dur a terme una intervenció interdisciplinària entre psicologia i psiquiatria aconseguint així una disminució de la simptomatologia positiva i negativa del pacient. Des del 2016 s'ha estat realitzant un seguiment amb psiquiatria i psicologia. Concretament en l'àmbit psicològic ha realitzat diverses intervencions atenent a les seves necessitats per tal de millorar la seva qualitat de vida disminuint la simptomatologia ansiosa, el recurrent pensament paranoide i l'aïllament treballant les seves habilitats socials i les conductes inusuals.

V. Formulació del pla de tractament

Depenent de les necessitats del pacient, aquest passarà per tots o per alguns dels dispositius que es segueixen en el pla de tractament dels trastorns psicòtics dins de l'HSJD. En Pol va passar per les diferents unitats, començant per l'ingrés fins arribar al seguiment continuat de les Consultes Externes amb els professionals de la Unitat de Primers de Trastorn Psicòtic d'Inici Infanto-Juvenil (UTPI).

Dispositius de la Unitat de Trastorns Mentals d'HSJD:

- **Hospitalització complerta (HC)**; Es realitza l'ingrés total amb l'objectiu de proporcionar un entorn terapèutic i de seguretat pel pacient. En Pol va estar hospitalitzat en cinc ocasions; quatre per descompensació psicòtica i un per prevenció de conducta agressiva a causa d'una intervenció quirúrgica. En tots ells es va dur a terme una intervenció psiquiàtrica (farmacològica) i psicològica (teràpia cognitiu-conductual), sobretot, per disminuir i/o evitar l'auto i l'hetero agressivitat (veure taula 1 objectius de cada intervenció).

Taula 1

Objectius clínics en l'Hospitalització Complerta d'en Pol

Intervenció	Objectius
Psiquiàtrica	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilització dels símptomes - Control i regulació farmacològica - Prevenció de recaigudes
Psicològica (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilització i millora de les conductes agressives - Contenció i recolzament emocional - Eliminació idees autolítiques - Disminució del pensament paranoide - Facilitació d'estratègies per a l'afrontament dels símptomes positius

- **Hospitalització de dia (HD)**; Ingré per necessitat d'observació clínica i intervenció continuada. El pacient es va beneficiar d'aquest dispositiu en tres ocasions, després del primer ingrés al 2010 i després de l'últim al 2015. Finalment, l'última hospitalització parcial, al Desembre del 2015, es va derivar al CSMIJ de zona perquè continués el seu tractament diari més a prop del seu domicili (veure taula 2 objectius d'en Pol a l'HdD).

Taula 2

Objectius clínics en l'Hospitalització Parcial d'en Pol

Intervenció	Objectius
Psiquiàtrica	- Control i regulació farmacològica - Prevenció de recaigudes
Psicològica (TCC) 1.	- Disminuir simptomatologia psicòtica - Reduir conductes agressives - Establir vincle terapèutic amb pacient i pares - Reduir aïllament - Establir contacte amb serveis socials i educatius

- **Consultes Externes (CCEE)** de la UTPI; Després d'un Primer Episodi Psicòtic (PEP), s'inicia un període de recuperació de duració variable depenent del cas. Els casos d'inici precoç (infanto-juvenil) tenen una prevalença superior a la resta de tornar a recaure. Per tant, és essencial que amb aquest tipus de pacients es faci una atenció assistencial detallada i continuada per tal de proporcionar un tractament eficaç. En Pol sempre ha estat vinculat a aquest dispositiu, fet que ha facilitat la detecció de recaigudes (veure taula 3 objectius d'en Pol a CCEE).

Taula 3

Objectius clínics a les Consultes Externes d'en Pol

Intervenció	Objectius
Psiquiàtrica	- Estabilització dels símptomes - Control i regulació farmacològica - Prevenció de recaigudes
Psicològica (TCC)	- Estabilització i millora de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ideació delirant ○ Conductes autolítiques ○ Somatitzacions ○ Taquipsíquia ○ Pensament obsessiu i paranoide ○ Conductes agressives ○ Insomni ○ Ansietat - Comprensió del trastorn - Prevenció de recaigudes

En aquest dispositiu hi ha diversos tipus d'intervencions realitzades només per aquest tipus de pacients;

- **Grup Psicoeducatiu**

Proporciona informació i promou la comprensió dels pacients i els seus familiars sobre el trastorn i el seu tractament oferint estratègies per afrontar el trastorn.

- **Grup d'Entrenament en Habilitats Socials**

Promou la millora de les capacitats verbals i no verbals dels pacients, ajuda a identificar els sentiments interns i a posar-li paraules, promou la millora de les actituds i la percepció del context interpersonal i intenta aconseguir els objectius individuals i interpersonals a través de la interacció social.

- **Rehabilitació cognitiva**

Millora el funcionament neuropsicològic, tan general com de funcions específiques (memòria, atenció, comprensió, concentració...) que han quedat afectades arrel de la malaltia.

VI. Curs de la teràpia

Des del 2016 el pacient inicia la intervenció en CC.EE amb el psicòleg referent de la UTPI. Inicialment realitza un grup de psicoeducació i d'habilitats socials conjuntament amb altres pacients diagnosticats de trastorn psicòtic d'un perfil semblant. Aquests grups es duen a terme paral·lelament amb pacients i pares. Posteriorment, el pacient va seguir individualment atenció psicològica i psiquiàtrica sent la psicològica una intervenció en rehabilitació cognitiva però, sobretot, en contenció emocional.

El meu rol inicial va ser d'observadora acompanyant al referent en la seva intervenció seguit, posteriorment, d'una funció de co-terapeuta i de terapeuta en sessions alternes amb la psicòloga referent. El període en el qual vaig estar present, van ser els dos mesos d'intensificació de la intervenció, amb sessions setmanals de 45/60

minuts. Hi ha dos nivells d'intervenció en consultes externes; el de seguiment i el de intensificació. La primera, consisteix en anar fent sessions cada 2 o 3 setmanes (depenent del pacient) per tal d'observar la seva evolució i, la segona, es dóna quan el pacient necessita un seguiment i una intervenció setmanal ja que s'observa un augment de la simptomatologia psicòtica i necessitat un tractament més constant.

En les primeres dues sessions el pacient presentava taquipsíquica de caràcter paranoide i amb una gran necessitat de contenció emocional. Els objectius amb el pacient es centraven en identificar els pensaments de caràcter psicòtic que li produïen malestar i cercar un pensament alternatiu per reduir l'ansietat. A través de la reestructuració cognitiva de Beck i Clark (2012) es va poder identificar pensament-emoció-conducta. El pacient tenia un alt pensament d'autoreferencialitat amb els que l'envoltaven, sobretot amb un monitor del centre educatiu on acudia i amb un noi del seu barri amb el qual havia discutit anteriorment. Ell pensava constantment que tramaven un pla en contra seva i reaccionava amb molta ansietat, aïllant-se al domicili sense voler tenir contacte amb l'exterior, generant agressivitat amb la seva família i expressant heteroagressivitat cap a les persones *“que me quieren hacer daño”*. En els inicis de consulta externa, en Pol ja expressava frases semblants a les actuals; *“cuando Carlos (monitor) tose es porqué huelo mal y se ríe de mi”* o *“Sé que José (noi del barri) me persigue por el metro y me quiere matar pero lo mataré yo antes”*. Per treballar aquests pensaments de caràcter paranoide ansiós, vam realitzar la “tècnica de les tres columnes” (Beck i Clark, 2012) (Annex 1). A través d'aquesta tècnica, en Pol va disminuir els pensaments persecutoris d'autoreferencialitat i va poder funcionar amb més normalitat. Tot i així, de tant en tant, s'havia d'aplicar la graella per estructurar el pensament de nou i validar la seva conducta (*“tu no eres una mala persona, tu eres una buena persona y no quieres hacer daño a la gente que te rodea”/ “si tose es porqué está resfriado y pensar eso me pone más tranquilo”*).

A la tercera sessió, es va aplicar la tècnica de relaxació de Koeppen (Annex 2). Aquesta tècnica consisteix en la tensió i la distensió dels diferents grups musculars a través de la suggestió. En Pol conviu amb una gran ansietat en el seu dia a dia i la introducció de tècniques que cobreixin les seves necessitats són beneficioses per millorar la seva qualitat de vida. En el seu cas, la psicòloga referent va decidir utilitzar només la tensió i distensió de les mans ja que es va enfocar per la realització d'aquesta tècnica en àmbits d'estrès externs (escola/carrer). Per tant, era més adient fer una relaxació més reduïda i concreta pel seu cas.

En la següent sessió, en Pol va portar una caixa amb papers en el seu interior on hi havia escrites diverses situacions positives que durant la setmana li havien anat succeint. Després de la sessió anterior, una sessió on es van treballar les ansietats, es va demanar al pacient aquest tasca durant la setmana. El resultat va ser positiu ja que va ser capaç de trobar diversos esdeveniments amb connotació positiva. Es van anar identificant cada un amb el dia en el qual van succeir i també es van anotar aquells successos més feixucs i irritables. Aquesta activitat ens va facilitar el seu contacte amb les emocions positives i l'acceptació de les negatives.

En la cinquena sessió, al veure que hi havia dificultats a l'hora d'expressar les seves emocions i de identificar la dels altres, es va treballar a través de les 6 emocions bàsiques (sorpresa, por, fastig, felicitat, ira i tristesa) de Ekman (1981) (Annex 3). Sobretot, tenint en compte que en sessions anteriors s'havia pogut observar gran presència d'emocions negatives i poques de positives. Com a terapeuta, vaig decidir utilitzar un exercici de les emocions per tal de poder identificar la seva estructura cognitiva en vers les emocions i poder treballar-les per tal d'aprendre a identificar de forma adequada les expressions facials dels demés i els propis sentiments.

La sisena sessió no es va poder realitzar ja que va coincidir amb la operació de cirurgia i estava hospitalitzat a la unitat d'Ítaka. En aquest breu ingrés en Pol es va mantenir estable i va tornar al domicili sense cap incidència a destacar.

A la setena sessió, en Pol va arribar amb la mateixa rumiació de les primeres sessions; amb por de fer mal als que l'envolten i a la inversa, amb una gran verborrea que dificultava la seva comprensió i amb una falta d'estructura gramatical i d'informació important. Es caracteritzava per un diàleg amb ira, por i tristesa (*"no quiero ir al metro porque sé que me voy a encontrar a José y me va a hacer daño, pero yo lo mataré con una navaja"*). Davant d'aquesta situació i com a terapeuta, vaig trobar adient utilitzar la tècnica del semàfor (Annex 4) per tal d'aprendre a gestionar i a controlar les emocions. Centrant-nos en parar davant d'una situació que no controla i es veu desbordat (imaginar la llum vermella del semàfor), reflexionar sobre el que s'està sentint i buscar un pensament alternatiu que pugui disminuir el malestar i sentir-se més calmat (semàfor groc) i, finalment, posar-ho en pràctica (semàfor verd).

En la vuitena i última sessió, la meva funció va ser de nou de co-terapeuta, ja havent establert un vincle terapèutic amb el pacient. És important puntualitzar, el fet de que al llarg de les sessions on hi va ser present la psicòloga referent, es va anar treballant la derivació al CSMA sent la posició d'en Pol sempre negativista davant la consigna de l'hospital. En aquesta última sessió però, es va treballar més a fons intentant flexibilitzar el seu pensament per tal de que comences a acceptar els canvis que en breus hauria d'afrontar. Es va emprar aquesta sessió per intervenir en la flexibilització mental. Es va traçar una línia de vida fins arribar al punt en el que ens trobàvem. Arribats a aquesta situació es van dibuixar tots els referents i professionals que havia tingut fins a l'actualitat i es van començar a traçar línies a nous camins (nous

centres, nous dispositius) on es trobaven els nous professionals amb els que tindria contacte.

Al llarg del transcurs de la intervenció en rehabilitació cognitiva, també es van anant realitzant sessions amb la psicòloga i el psiquiatre referent per anar introduint el tema de la derivació al CSMA. En aquestes sessions també hi acudia la mare i eren ambdós, tan la mare com en Pol, els que es mostraven reticents a acudir al CSMA que els hi pertocava per zona ja que el seu pare (diagnosticat de trastorn bipolar) hi anava i la mare no creia que aquell ambient fos beneficiós pel seu fill. Ells demandaven la derivació a un hospital de tercer nivell (hospital clínic) en el que seguir amb el tractament però, des de l'HSJD no els hi era possible dur a terme aquesta derivació i se'ls hi havia negat la opció que demanaven.

VII. Monitorització del procés terapèutic

En el punt anterior (el curs de la teràpia) podem observar com al llarg de les vuit sessions s'utilitzen un seguit de tècniques i exercicis que, en totes les ocasions, abans d'empresar-los, van ser supervisats per la psicòloga referent. Conjuntament es decidien les tècniques que podrien ser beneficioses pel pacient i s'adaptaven a les seves necessitats.

Un cop realitzades les sessions de rehabilitació cognitiva es duien a terme les supervisions amb la psicòloga referent. En aquest espai explicava amb detall l'evolució i l'adaptació del pacient al llarg de la sessió. Es valorava també el mètode en el que s'havien emprat les diverses tècniques utilitzades per revisar el transcurs de la teràpia aprenent dels errors i de la bona praxis. A les supervisions es tractava:

- La reconducció del pacient quan aquest es distreia de la tasca.
- El bloqueig davant la contranferència.

- L'aplicació de les tècniques.
- L'adaptació de tècniques en vers la seva capacitat cognitiva i de la seva edat.
- La importància de saber guiar al pacient i de no deixar-se portar.

És important objectivar que, amb el cas d'en Pol, es va evidenciar que és fonamental, com a terapeutes, adquirir la capacitat d'adaptació per tal de poder-nos centrar en la demanda del pacient en el moment de la teràpia enlloc de seguir amb els objectius i les tasques preestablertes. Amb en Pol s'establien uns objectius generals, amb unes tècniques preestablertes per utilitzar depenent de la situació en la que ens afrontéssim al llarg de la teràpia. Per tant, és tan important tenir els objectius i les tasques preparades com saber quin és el moment per utilitzar-les.

VII. Avaluació final del procés i resultat de la teràpia

En l'última sessió, realitzada conjuntament amb la seva referent, es van poder observar petits avenços des de que vaig tenir el primer contacte amb el pacient. En primer lloc, s'ha de tenir en compte que és un pacient psicòtic d'inici precoç caracteritzat per un CI límit. Per tant, és un pacient de llarga evolució, amb una baixa capacitat cognitiva i amb un llarg seguiment dins de la unitat de psicosis de l'HSJD. El seu absentisme, en alguns períodes del seu tractament, també ha influenciat en el transcurs de la seva simptomatologia i en la lentitud de la seva millora. No obstant, el treball constant des de l'hospital en els períodes que ha acudit a teràpia ha beneficiat a la seva qualitat de vida i a la del seu entorn.

En aquest període de temps es va contenir al pacient i es va treballar, sobretot, la reestructuració cognitiva del pacient introduint tècniques per reduir l'ansietat perquè les pogués aplicar en situacions de risc per heteroagressivitat (encara que no s'havia donat

cap cas fins aleshores) i/o autoagressivitat i tècniques per controlar el pensament i reduir el malestar emocional.

El pacient es va mostrar col·laborador en totes les ocasions encara que amb dificultats per seguir més algunes consignes. Es van anar treballant constantment els pensaments i les situacions que li produïen més malestar, mostrant-se resistent al canvi a llarg termini d'aquests pensaments. No obstant, la reestructuració constant dels pensaments setmanalment van fer que la tècnica del semàfor frenés el pensament inadequat per un d'alternatiu i fos capaç d'aplicar-ho de forma adequada. Les tècniques amb estimuladors visuals van facilitar l'acció de parar el pensament i canviar-lo, fet que ens va indicar el benefici d'aquestes pel seu cas.

Les tècniques amb una connotació més emocional es van complementar amb les de reestructuració cognitiva, és a dir, a través de les sis emocions i introduint altres gestos i actes involuntaris de les persones va anar interioritzant el significat racional de cada una d'elles. Fent així que no mal interpretés els actes involuntaris externs o les expressions facials de les altres persones.

La derivació al CSMA de zona va ser més difícil. La mare es va mantenir al llarg de totes les sessions a la defensiva. Se li va argumentar i explicar que el procés de derivació es va fent lentament perquè el pacient, en aquest cas en Pol, es pugues adaptar de la millor manera possible i que els professionals que el rebrien al CSMA (que els hi pertocava per zona) l'acollirien però, ella es mantenia en la mateixa posició. Finalment, es va orientar a la mare per tal de que sol·licités un canvi de recurs assistencial un cop s'hagués fet la derivació.

El vincle terapèutic és essencial per l'evolució i la millora del pacient. Per tant, en Pol ha anat establint uns bons vincles terapèutics amb els seus referents però com que el seu tractament ha estat intermitent, la seva millora també ha sigut més lenta. El vincle s'ha enfortit; per una banda, és un aspecte positiu ja que representa un millor pronòstic

però, d'altra banda, dificulta la seva derivació ja que les expectatives de la mare sobre el CSMA estan molt allunyades de les que ha obtingut al llarg de la adolescència d'en Pol.

És molt rellevant el procés de derivació d'un pacient quan arriba a l'edat adulta. Sobretot quan el recorregut del pacient per un centre de salut mental infanto-juvenil és de llarga durada. El vincle que s'estableix és molt fort i el procés de canvi i d'adaptació a la nova unitat hauria de ser dels aspectes més importants dins de la salut pública per tal de que el tractament tingui una continuïtat i no es perdi en aquest impàs.

En conclusió, per una banda, fent referència a la intervenció en rehabilitació cognitiva, he après a adaptar-me i a saber-me comunicar amb el pacient atenent a les seves necessitats. La impaciència com a novell hi és present i fa que te'n adonis que no afavoreix al pacient i que la millor reacció davant d'aquesta situació és seguir al pacient per tal de poder-lo guiar i que pugui gaudir d'una millor qualitat de vida. Per això, he après que és important tenir el coneixement d'un gran ventall de tècniques i eines per utilitzar amb els pacients ja que cada cas té unes necessitats i capacitats i/o habilitats diferents. D'altra banda, he pogut observar i presenciar la preocupació i l'angoixa d'una família pel benestar del seu fill. La derivació a un centre que no es ben vist pels pares provoca una incomoditat i una reticència que dificulta un trasllat satisfactori pels pares i pels professionals. Fet que és difícil de controlar quan hi ha un protocol que regeix unes normes de derivació i no es poden canviar. No obstant, l'estil de comunicació i el vincle terapèutic establert van afavorir la derivació. Per tant, he après de cada estil de comunicació i he reconduït expressions de comunicació que no eren les més assertives per unes de més adequades, fent així d'un estil comunicatiu més integratiu.

Referències

Beck, A. i Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Serie Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). *Cuaderno técnico 10: Consenso sobre Atención Temprana a la psicosis*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>

Alvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S., Wade, D., Gee, D., Pearce, T., et al. (2009). Predictors of adherence to cognitive-behavioural therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 710-718.

Benton, M. L. i Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a metaanalytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 741-747.

Arango, C., Fraguas, D. i Castro-Fornieles, J. (2015). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. España: Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER

Corbella, S. i Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221.

Ekman, P., & Oster, H. (1981). Expresiones faciales de la emoción. *Estudios de Psicología*, 2(7), 115–144. <https://doi.org/10.1080/02109395.1981.10821273>

García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28(101), 9-25.

Haarmans, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for individuals recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 43-49.

NICE. (2015). Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. *NICE Guideline*, (October).

Rivadeneira, C., Dahab, J. i Minici, A. (2007). La relación terapèutica en Terapia Cognitivo Conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 12, 1-6.

Tizón, J.L. (2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (103), 35-62.

Travé, J. i Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33 (1), 48-59.

Annex 1

Tècnica de les tres columnes (Reestructuració Cognitiva de Beck)

Pensaments inadequats	Emoció	Conducta	Pensaments alternatius	Emoció	Conducta

Annex 2.**Tècnica de relaxació de Koeppen**

Imagina que tens una llimona a la mà (primer la dreta i després es fa amb l'esquerra). Tracta d'esprémer tot el suc. Sent la tensió a la mà i en el teu braç mentre l'estàs esprement. Mentre estàs prement la llimona agafa tot l'aire que puguis pel nas. Quan agafis l'aire, infla la panxa com si fos una pilota. Un cop haguem agafat tot l'aire, l'anirem traient a poc a poc, desinflant la panxa i traient l'aire pel nas. A la vegada, anirem deixant la llimona lentament. Fixa't com estan ara els teus músculs, estan relaxats. Ho repetirem tres vegades més, fent la tensió cada vegada amb més força per tal de sentir la relaxació dels músculs.

Annex 3.

Exercici de les 6 emocions bàsiques de Beck



Annex 4.

Tècnica del semàfor

