

Antoni Sánchez Sumoy

**SALUT MENTAL AL CSMA I AL CENTRE D'ATENCIÓ
PRIMÀRIA**

TREBALL FI DE MÀSTER

Dirigit per Josefa Canals Sans

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

El treball final de màster conté informació confidencial relacionada amb casos clínics. Per aquest motiu, no pot ser compartit en la seva totalitat. Qualsevol divulgació, distribució o còpia no autoritzada d'aquest document està estrictament prohibida. Si necessiteu més informació, si us plau, poseu-vos en contacte amb l'autor o el supervisor del treball. Gràcies per la vostra comprensió i respecte envers la privacitat i la confidencialitat d'aquesta informació.

ÍNDEX

CAS XXX - TRASTORN D'IDENTITAT DISOCIATIVA	4
FONAMENTACIÓ TEÒRICA DEL TRASTORN D'IDENTITAT DISSOCIATIU.....	4
CAS XXX - TRASTORN PER DOL PERLLONGAT	10
FONAMENTACIÓ TEÒRICA DEL TRASTORN PER DOL PERLLONGAT	10
CAS XXX - TRASTORN PER DOL PERLLONGAT	19
FONAMENTACIÓ TEÒRICA DEL TRASTORN PER DOL PERLLONGAT	19
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	19

CAS XXX - TRASTORN D'IDENTITAT DISOCIATIVA

Fonamentació teòrica del Trastorn d'Identitat Dissociatiu

Definició del trastorn

Els Trastorns Dissociatius es caracteritzen principalment per l'alteració de la consciència, la memòria, la identitat o la percepció. El trastorn d'identitat dissociatiu o, per les seves sigles en anglès DID (Dissociative Identity Disorder) va ser incorporat per primera vegada al Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (DSM) el 1980 (DSM-III), sota el diagnòstic de Trastorn de personalitat múltiple (Reinders i Veltman, 2021). El DID es defineix com la percepció que experimenta el pacient de ser una sola persona que alberga diferents identitats separades amb certa autonomia. En ocasions, aquestes personalitats poden prendre el control del cos i del comportament del pacient, influint en l'experiència i el comportament de l'individu (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Tot i que els criteris de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) i del DSM-5 són molt similars i les diferències entre un i altre són molt subtils, a continuació s'exposen els criteris diagnòstics d'ambdós manuals:

Segons la CIE-11 (World Health Organization (WHO), 2021), el trastorn d'identitat dissociativa es caracteritza per l'alteració de la identitat en què hi ha dos o més estats de personalitat diferents que prenen el control de l'individu. Cada estat té el propi patró d'experiència, percepció i relació amb el jo i l'entorn. Almenys dos estats de personalitat prenen de manera recurrent el control de la consciència i el funcionament de l'individu en aspectes específics de la vida quotidiana. Els canvis a l'estat de la personalitat

estan acompanyats per alteracions relacionades en la sensació, percepció, afecte, cognició, memòria, control motor i comportament. Habitualment hi ha episodis d'amnèsia. Els símptomes no s'expliquen millor per un altre trastorn mental, ni es deuen als efectes directes d'una substància o medicament al sistema nerviós central, i no es deuen a una malaltia del sistema nerviós o trastorn del cicle de son i vigília. Els símptomes causen un deteriorament significatiu a les àrees personals, familiars, socials, educatives i ocupacionals o altres àrees importants del funcionament.

Segons el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el DID es caracteritza per la presència de dos o més personalitats diferents amb canvis significatius en la percepció d'un mateix, en l'afecte, el comportament i la memòria (Criteri A). Els símptomes del DID han d'incloure lapses de memòria recurrents, oblits d'esdeveniments quotidians i dades personals importants que no poden atribuir-se a l'oblit comú (Criteri B). Han de ser experiències que causen malestar i deteriorament en tots els àmbits de la vida diària (Criteri C). I no pot ser degut a substàncies o afeccions mèdiques, ni ha de ser part de pràctiques culturals o religioses comunes, ni s'ha de confondre amb jocs de fantasia en nens (Criteris D i E).

El DID acostuma a ser un trastorn infradiagnosticat, que sovint condueix a un diagnòstic erroni, el que comporta un tractament ineficaç i un patiment personal prolongat. Aquests pacients sovint reben múltiples diagnòstics erronis i tractaments farmacològics inadequats abans de ser diagnosticats correctament amb DID. Hi ha factors com la manca de coneixement sobre els trastorns dissociatius, la resistència dels pacients a explicar els seus

síntomes i la manca de comprensió de la seva epidemiologia contribueixen al diagnòstic erroni (Reinders i Veltman, 2021).

Alguns estudis han demostrat l'existència de proves empíriques sobre diferències significatives a diverses regions del cervell, com l'hipocamp, l'ínsula, els ganglis basals, la matèria grisa periaqüeductal, el tracte corticoespinal en l'escorça frontal, les regions motores, l'escorça òrbitofrontal, l'escorça parietal, l'amígdala, l'hipocamp, l'escorça cingulada, i el tronc encefàlic, entre d'altres, en pacients amb DID en comparació amb controls sans (Blihar et al., 2020).

Etiologia

Es tracta d'un diagnòstic controvertit. Alguns autors no es posen d'acord sobre l'etiologia del trastorn; per una banda, autors partidaris que el DID és una forma greu del Trastorn per estrès posttraumàtic originat durant la infància, que així ho demostren les proves neurobiològiques i les investigacions. Mentre que per una altra banda, altres autors plantegen aquest trastorn com un detonant de la suggestió i la representació, facilitat per l'elevada fantasia que pugui presentar la persona en qüestió (Reinders i Veltman, 2021). Tot i així, els autors Blihar et al. (2020) discuteixen sobre la manca de validesa i comprensió sobre l'etiopatologia del DID, amb teories que competeixen sobre la relació entre trauma i dissociació. En canvi, la International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) recolza fermament la primera basada en successos traumàtics infantils. Afirment que les identitats alternatives del DID sorgeixen i es desenvolupen durant la infància de nens que han viscut situacions traumàtiques, especialment, en etapes crítiques del desenvolupament inicial. Les experiències traumàtiques

greus i prolongades en l'infant dificulten el desenvolupament i l'establiment de la identitat unificada. Per la qual cosa, pot desenvolupar diferents formes de comportament, que amb el temps, s'estructuren de manera més definida a través de mecanismes simbòlics i de desenvolupament. Com a resultat d'aquests esdeveniments i dels processos cognitius i conductuals, sorgeixen les personalitats alternatives amb característiques específiques. Aquestes identitats tenen la funció d'encapsular records, emocions, sensacions, creences o comportaments traumàtics insuportables, reduint així el seu impacte en el desenvolupament de l'infant.

Avaluació

Dorahy et al. (2014) recomanen utilitzar les següents entrevistes estructurades de cara a orientar el diagnòstic: Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II) (First i Gibbon, 2004) i l'Entrevista Internacional de Diagnòstic Composta (World Health Organization, 1994). Els autors de la International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) recomanen, a part de l'SCID-II, l'ús de: Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) (Dell, 2006) i el Dissociative Experiences Scale (DES) (Wiener, 1992), entre d'altres.

Diagnòstic diferencial

Els trastorns psicòtics, convulsius, el trastorn bipolar, i el TLP (Trastorn Límit de la Personalitat) es troben entre els diagnòstics falsos negatius més comuns dels pacients amb DID (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Prevalença

La International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) afirma que en els estudis realitzats de la població general, s'ha descrit una taxa de prevalença del Trastorn d'Identitat Dissociatiu que varia de l'1% al 3% de la població. Mentre que altres autors afirmen que el DID afecta aproximadament l'1.5% de la població (Mitra i Jain, 2024; Reinders i Veltman, 2021).

Tractament

Dorahy et al. (2014) suggereixen que la teràpia amb un model de tractament de trauma per fases és beneficiosa per a les persones amb DID. Per una altra part, la International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) exposen que les tècniques següents:

- Hipnosi com a facilitadora de la psicoteràpia. Les raons que donen pes per utilitzar aquesta tècnica són les següents: (a) els pacients amb DID són més hipnotitzables que la resta de població clínica, el que comporta una major probabilitat d'èxit terapèutic; (b) la teràpia amb hipnosi pot potenciar algunes estratègies terapèutiques; (c) pel fet que alguna forma d'hipnosi inevitablement té lloc en el treball terapèutic amb aquest grup de pacients.
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Aquesta tècnica només es fa servir si el pacient està estable i té prou habilitats d'afrontament, prou cooperació interna entre les personalitats i la capacitat de mantenir l'enfocament dual de consciència requerit per als procediments EMDR. A diferència del procediment EMDR habitual, el processament associatiu (és a dir, la capacitat de connectar els records

associats) no es recomana per a pacients amb DID. Per tant, cal aïllar procedimentalment els records associats si és possible.

- Modalitats de tractament expressiu i de rehabilitació. Existeixen mètodes específics pels pacients amb DID que els hi ofereixen oportunitats úniques per gestionar i afrontar problemes dins un context estructurat i de suport. Aquestes modalitats són: les teràpies expressives i de rehabilitació, l'artteràpia, la teràpia hortícola, l'escriptura de diaris, la musicoteràpia, la teràpia del moviment, la teràpia ocupacional, la teràpia poètica, el psicodrama i la recreació terapèutica.

Les pautes de tractament es divideixen en tres fases:

1. Fase 1. Establiment de la seguretat, estabilització i reducció dels símptomes. En la fase inicial, es fa un treball per establir una aliança terapèutica, s'educa als pacients sobre el seu diagnòstic i els símptomes, i s'explica el procés del tractament. Els objectius d'aquesta fase són: manteniment de la seguretat personal, el control dels símptomes, la modulació de l'afecte, el desenvolupament de la tolerància a l'estrès.
2. Fase 2. Afrontar, treballar i integrar els records traumàtics. En aquesta fase del tractament, es treballa amb els records d'experiències traumàtiques. Les tasques d'aquesta fase són: recordar, tolerar, processar i integrar esdeveniments passats aclaparadors.
3. Fase 3: Integració i rehabilitació. En aquesta última fase, els pacients ja han adquirit habilitats importants com la cooperació interna, el funcionament coordinat i la integració de les personalitats. Acostumen a tenir un sentit més sòlid i estable de si mateixos, a nivell interpersonal i amb el món exterior. Tot i així, poden necessitar treballar la història traumàtica des

d'una perspectiva més unificada, continuar treballant amb la fusió de les personalitats alternatives i millorar el seu funcionament (Dorahy et al., 2014; International Society for the Study of Trauma, 2011).

CAS XXX - TRASTORN PER DOL PERLLONGAT

Fonamentació teòrica del Trastorn per Dol Perllongat

Definició del trastorn

El trastorn de dol prolongat o per les seves sigles en anglès, PGD (Prolonged Grief Disorder), i abans anomenat dol persistent i complex, es caracteritza per un dol greu, persistent i incapacitant. La CIE-11 (Classificació Internacional de Malalties CIE-11) estableix els següents criteris per al seu diagnòstic: el PGD es manifesta després de la pèrdua d'un ésser estimat, com a parella, pare, fill o altra persona propera, i es caracteritza per una resposta de dol persistent i generalitzada. Aquesta resposta inclou un profund anhel o preocupació persistent pel difunt, acompanyada d'intens dolor de tipus emocional, com tristesa, culpa, ira, negació i dificultat per acceptar la mort. A més, es pot manifestar com una sensació de pèrdua d'un mateix, incapacitat per experimentar emocions positives, insensibilitat emocional i dificultats per comprometre's en la vida quotidiana i social. Aquesta reacció de dol persisteix durant un període més llarg al esperable socialment, superant els sis mesos mínims després de la pèrdua, i no s'explica per normes culturals, socials o religioses. El trastorn causa un deteriorament significatiu en diverses àrees de la vida personal, familiar, social, educatiu o laboral. És important destacar que les reaccions de dol que s'ajusten al context cultural

i religió es consideren normals i no reben un diagnòstic de trastorn de dol perllongat (WHO, 2021).

Mentre que segons el DSM-5TR (American Psychiatric Association, 2022) els criteris diagnòstics són: pèrdua d'un ésser estimat proper ocorregut almenys 12 mesos enrere, o 6 mesos en nens (Criteri A). Des de la mort, persisteix un dol persistent, amb un o dos dels següents símptomes: 1. Enyorança intensa per la persona morta. 2. Preocupacions amb pensaments o records del mort. A més, els símptomes s'han presentat gairebé tots els dies durant almenys l'últim mes (Criteri B). Des de la mort, almenys tres dels símptomes següents han estat presents la major part dels dies en un grau clínicament significatiu: 1. Trastorn de la identitat des de la mort (p. e. sentiment com si part d'un hagués mort). 2. Sentiment de marcada incredulitat per acceptar la mort. 3. Evitació de records o recordatoris que indiquin que la persona ha mort (en nens i adolescents pot estar caracteritzat per esforços per evitar els recordatoris). 4. Dolor emocional intens (p. e. ira, amargor, tristesa). 5. Dificultat per seguir endavant: reprendre relacions i activitats després de la mort (p. e. dificultats per compartir amb amics, compartir interessos, o planificació futura). 6. Atordiment (absència o marcada reducció d'experiències emocionals) com a resultat de la mort. 7. Sentir que la vida no té sentit com a resultat de la mort. 8. Sentiment de soledat intensa com a resultat de la mort. A més, els símptomes s'han presentat gairebé tots els dies durant almenys l'últim mes (Criteri C). L'alteració causa malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants del funcionament (Criteri D). La intensitat i durada del dol excedeixen les expectatives culturals i socials. Els símptomes no es poden atribuir a trastorns mentals, com el TEPT (Trastorn d'Estrès Posttraumàtic) o

la DM (Trastorn Depressiu Major), substàncies o condicions mèdiques (Criteri E).

En la primera edició del DSM-5, es va eliminar la reacció de dol com a criteri d'exclusió pel diagnòstic de trastorn depressiu major. Per tant, un pacient podria ser diagnosticat i tractat per depressió, fins i tot si la depressió s'havia originat a partir d'un procés de dol (American Psychiatric Association, 2013; Yeyati, 2022).

Dol normal i dol patològic

El dol normal és una resposta emocional i fisiològica que causa dolor emocional i que l'acompanya una duració adaptativa socialment acceptada davant la pèrdua d'un ésser estimat. El dol normal no requereix un tractament especialitzat, ja que no és una malaltia (Girault i Dutemple, 2020; Yeyati, 2022). Els símptomes característics són: estat d'ànim depressiu, enyorança, cerca del difunt, sensació que el difunt està present i la sensació d'estar en comunicació amb la persona (Goodkin et al., 2001). En Pereira (2010) explica que es tracta d'un procés, i per tant, té un inici i un final. Destaca com ha evolucionat el dol al llarg de la història, des de tractar la mort com aspecte quotidià, una realitat inevitable i una forma resignada, fins a perdre la connotació de normalitat i adquirir una perspectiva patològica. Es descriuen diverses fases del dol normal, encara que no és imprescindible passar per cadascuna d'elles. Echeburúa i de Corral (2010) expliquen que no hi ha un límit temporal clar per establir la superació d'un dol normatiu, però segons expliquen pot rondar els dotze mesos, que amb el transcurs d'aquest procés serà capaç de superar la pèrdua, acceptar-la, pensar amb el difunt sense inundar-se d'emocions negatives, on predominaran els records positius.

Depèn de l'autor en que ens basem, la persona que es troba en un procés de dol normal pot passar per diferents fases (Juliá et al., 2008):

Taula 2: Etapes o fases en el procés de dol normal

Lindemann	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Commoció i incredulitat	Atordiment	Commoció i incredulitat	Negació	Evitació	Evitació
Dol agut	Anhel i cerca	Desenvolupament de la consciència	Ira	Confrontació	Assimilació
Resolució	Desorganització i desesperació	Restitució	Negociació	Restabliment	Acomodació
	Reorganització	Resolvent la pèrdua	Depressió		
		Idealització	Acceptació		
		Resolució			

El dol patològic, com s'ha esmentat anteriorment, es caracteritza per un dol greu, generalitzat, persistent i incapacitant, que inclou un profund anhel pel difunt, amb un intens dolor emocional i dificultat per acceptar la mort. En resum, els símptomes i la duració són majors al dol normal i podrien aparèixer símptomes diferents als del dol normal (Echeburúa i de Corral, 2010; World Health Organization (WHO), 2021).

Factors de risc i precipitants del trastorn

S'han identificat diversos factors de risc pel desenvolupament del PGD, que inclouen característiques demogràfiques, trastorns psiquiàtrics previs, naturalesa de la mort i la manca de suport social; així també com una major freqüència de visites mèdiques, consum de psicofàrmacs i comorbiditat amb altres trastorns. Entre els factors demogràfics de risc s'hi troben ser dona, ser jove o tenir una edat avançada i un nivell socioeconòmic baix. El risc també és alt quan la pèrdua s'ha produït de manera sobtada, en circumstàncies traumàtiques (suïcidi, homicidi o accident), no ha pogut rebre tractaments pal·liatius, si hi ha responsabilitat de fills menors d'edat, projectes truncats, quan el mort és més jove o menor d'edat, o bé, quan és el fill o la parella. Altres factors que poden afavorir al desenvolupament de PGD són símptomes desadaptatius, com per exemple: sentiment de culpa, conductes d'evitació, incapacitat per gestionar emocions doloroses i manca de suport social (Estevan Burdeus et al., 2016; Juliá et al., 2008; Parro-Jiménez et al., 2021; Szuhany et al., 2021).

Factors protectors

Els principals factors protectors identificats són: el suport social, les cures pal·liatives, les estratègies d'afrontament centrades en el problema, realitzar activitats agradables, la transcendència i l'espiritualitat (Parro-Jiménez et al., 2021).

Diagnòstic diferencial

Els diagnòstics diferencials comuns a l'hora d'avaluar la possibilitat de PGD, inclouen la DM, el TEPT i dol normatiu o agut. A continuació, es procedeix a

realitzar el diagnòstic diferencial (Maercker i Znoj, 2010; Shear et al., 2005; Szuhany et al., 2021):

1. Dol agut. Les emocions intenses són normals i freqüents després d'una pèrdua, per a la majoria no indiquen un PGD. Els signes típics del dol agut es caracteritzen per: sentiments d'incredulitat, anhel, tristesa intensa i desconexió amb altres. Durant aquest període, les persones en dol agut es beneficien del suport compassiu i social i l'autocura. La persona diagnosticada de PGD experimenta més símptomes (veure criteris diagnòstics) que el en el transcurs del dol agut i de manera més intensa, a més, el PGD és disfuncional en les àrees de la vida del pacient i els símptomes perduren més en el temps.
2. DM. La DM i el PGD comparteixen símptomes com tristesa, plor, aïllament social, trastorns del son, sentiments d'inutilitat i culpa, i pensaments suïcides. Tot i això, són síndromes diferents. En el DM, els símptomes com la tristesa, el plor i l'aïllament social, acostumen a ser més generalitzats, mentre que en el PGD es troben més específicament relacionats amb la pèrdua d'un ésser estimat i poden incloure el desig de reunir-se amb la persona difunta. A més, és típic l'evitació de recordatoris dolorosos, l'aïllament i el deteriorament funcional; a diferència del retraïment general i la baixa motivació típic la DM.
3. TEPT. El TEPT i el PGD comparteixen característiques superposades, com pensaments intrusius sobre la mort, evitació relacionada amb la mort i embotiment emocional. Ambdós trastorns tenen similituds perquè tant el TEPT com el PGD es classifiquen com a trastorns relacionats amb el trauma i l'estrès al DSM-5. Tot i així, hi ha diferències: la por és l'emoció predominant al TEPT, mentre que l'enyorança i la tristesa són més

comunes en el PGD. Els pensaments intrusius al TEPT estan relacionats amb l'esdeveniment traumàtic, mentre que en el PGD es centren en les circumstàncies de la mort. Les conductes d'evitació del TEPT es vincula generalment amb la seguretat, mentre que al PGD es relaciona amb l'evitació als recordatoris dolorosos de la pèrdua. A més, la hiperactivació i hipervigilància són més característiques del TEPT, mentre que les dificultats per adaptar-se a la vida sense la persona estimada són pròpies del PGD.

Avaluació

Es recomana avaluar contínuament el dol agut en persones amb risc, ja que PGD es diagnostica entre 6 i 12 mesos després de la mort. A continuació es mostra una taula resum de les mesures d'avaluació específiques del PGD (Szuhany et al., 2021):

Taula 3: Mesures d'avaluació del PGD

Avaluació	Descripció	Escala	Puntuació
Mesures d'autoinforme			
Brief Grief Questionnaire (Shear i Essock, 2006)	Qüestionari breu de cinc ítems, mesura d'autoinforme que avalua els símptomes relacionats amb el dol	0=res, 1=una mica, 2=molt	Escala=0-10. La puntuació total de ≥ 8 indica un probable trastorn de dol prolongat.
Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995)	Mesura d'autoinforme de 19 ítems que avalua la gravetat del dol.	0=mai, 1=rarament, 2=de vegades, 3=freqüentment, 4=sempre	Interval=0-76. Límit clínic: ≥ 25 or ≥ 30 .

Prolonged Grief Disorder-13 Revised (Prigerson et al., 2022)	13 ítems, mesura d'autoinforme que avalua els sentiments, pensaments i accions relacionades amb el dol.	Durada i deteriorament qualificats com sí o no; altres 11 ítems qualificats d'1 (en absolut) a 5 (diverses vegades al dia).	Interval=11-55. Puntuació obtinguda sumant els ítems de símptomes i excloent els dos ítems de sí o no. Límit clínic suggerit: 35.
--	---	---	---

Un qüestionari que cal tenir en compte és el Prolonged Grief Disorder 13 (PG-13) adaptat al castellà per Estevan et al. (2019), ja que és un dels tests més utilitzats segons els autors i està adaptat i validat a l'espanyol.

Prevalença

Tot i que la majoria de persones que es troben en un procés de dol travessen un període d'intens dol agut que disminueix amb el temps, aproximadament el 10% desenvoluparà un trastorn de dol perllongat. La població diana d'aquest trastorn és més alt en persones amb antecedents de trastorns de l'estat d'ànim, com ara trastorn bipolar o depressió major, així també com aquelles que han patit experiències traumàtiques durant infància (Szuhany et al., 2021). Segons els autors Estevan Burdeus et al. (2016) afirmen que hi ha una prevalença de 7,023% del PGD, tot i que en la revisió sistemàtica de Parro-Jiménez et al. (2021) la mitja ponderada de la prevalença va ser de 21,53%.

Tractament

L'elaboració del dol comença quan la persona té consciència de la pèrdua (Juliá et al. 2008). Per a la majoria de persones, els símptomes associats al dol normal després de la pèrdua d'una persona estimada tendeixen a disminuir amb el temps i no interfereixen significativament amb la seva vida quotidiana. Tot i que en alguns moments la persona pot experimentar que

s'intensifiquen els sentiments de dol, normalment no requereixen intervenció de salut mental. En canvi, pels pacients amb diagnòstic de trastorn de dol perllongat, s'ha demostrat que la teràpia cognitivo-conductual (TCC) és efectiva en la reducció d'aquests símptomes. La TCC combinada amb altres mètodes com l'abordatge en l'acceptació de la realitat de la pèrdua, canviar la relació amb la persona morta, treballant cap a objectius i la sensació de satisfacció en un món sense la presència de l'ésser estimat. Per assolir l'objectiu d'adaptació, la Teràpia per la PGD aborda set temes principals: proporcionar informació per entendre i acceptar el dol, gestió del dolor emocional i dels símptomes, enfocar-se en el futur, tornar a vincular-se amb els altres, narrar la història de la mort, aprendre a conviure amb els records i connectar-s'hi (Szuhany et al., 2021).

Els autors Shear et al. (2005) afirmen que el tractament del dol complicat (CGT) va ser més efectiu en el tractament dels símptomes de PGD en comparació amb la teràpia interpersonal (IPT), destacant la importància dels abordatges terapèutics adaptats a les condicions de salut mental de cada cas.

Els grups de suport per al dol també han demostrat ser una font de connexió i suport social per a les persones que travessen el dol. Aquests grups poden disminuir el risc de desenvolupar un PGD perquè ajuden a disminuir la sensació de solitud i evitar l'aïllament. És important destacar que actualment no hi ha medicaments específics per tractar els símptomes del dol (Apelbaum i Yousif, 2022).

CAS XXX - TRASTORN PER DOL PERLLONGAT

Fonamentació teòrica del Trastorn per Dol Perllongat

Es troba explicat anteriorment en l'altre cas.

Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5th ed.). www.appi.org

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Apelbaum, P., i Yousif, L. (2022). *Prolonged Grief Disorder*. American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder>

Beck, A. T., Steer, R. A., i Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory-II. *APA PsycTests*.

Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., i Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 100148. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100148>

Brand, B., McNary, S., Myrick, A., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., Pain, C., i Putnam, F. (2013). A Longitudinal Naturalistic Study of Patients With Dissociative Disorders Treated by Community Clinicians.

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.

<https://doi.org/10.1037/a0027654.supp>

Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID) a comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(2), 77–106.
https://doi.org/10.1300/J229v07n02_06

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., i Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (Vol. 48, Issue 5, pp. 402–417). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>

Echeburúa, E., i de Corral, P. (2010). *El duelo normal y el duelo patológico.*

Estevan Burdeus, P., De Miguel Sánchez, C., Álvarez Álvarez, R., Martín Molpeceres, E., Múgica Aguirre, B., Riestra Fernández, A., Gutiérrez Ruiz, A., Sanz Venturerira, L., Vicente Sánchez, F., García Jiménez, G., García Oliva, F. J., Cristóbal Saenz de Manjares, R., Corral Rubio, A., Bonivento Martínez, V., Guechoum González, J. A., Carrera Lavín, M., López Rodríguez, M. J., Morán Tiesta, C., i Del Cura González, I. (2016). Duelo prolongado y factores asociados. *Psicooncología*, 13(2–3), 399–415.
<https://doi.org/10.5209/psic.54444>

Estevan, P., De Miguel, C., Prigerson, H. G., García García, J. Á., Del Cura, I., Múgica, B., Martín, E., Álvarez, R., Riestra, A., Gutiérrez, A., Sanz, L., Vicente, F., García, G., Mace, I., García, F. J., Cristóbal, R., Corral, A., Bonivento, V., Guechoum, J. A., ... Morán, C. (2017). Adaptación

transcultural y validación del cuestionario PG-13 para la detección precoz de duelo prolongado. *Medicina Paliativa*, 26(1), 22–35.
<https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1033/2019>

First, M. B., i Gibbon, M. (2004). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*.
<https://psycnet.apa.org/record/2004-12821-011>

Girault, N., i Duteuple, M. (2020). Duelo normal y patológico. *EMC - Tratado de Medicina*, 24(2), 1–9. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(20\)43789-4](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(20)43789-4)

Goodkin, K., Baldewicz, T. T., Blaney, N. T., Asthana, D., Kumar, M., Shapshak, P., Leeds, B., Burkhalter, J. E., Rigg, D., Tyll, M. D., Cohen, J., i Zheng, W. L. (2001). Physiological effects of bereavement and bereavement support group interventions. In *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 671–703). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-028>

International Society for the Study of Trauma. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: Summary version. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 188–212.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537248>

International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115–187.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>

Juliá, B. G., Gil-Juliá, B., Bellver, A., i Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. In *PSICOONCOLOGÍA* (Vol. 5).

Maercker, A., i Znoj, H. (2010). The younger sibling of PTSD: similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(1).
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5558>

Mitra, P., i Jain, A. (2024). *Dissociative Identity Disorder*.

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., i García-Vera, M. P. (2021). Complicated grief: A systematic review of prevalence, diagnosis, risk and protective factors in the adult population of Spain. *Anales de Psicología*, 37(2), 189–201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>

Pereira, R. (2010). *Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico*.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., i Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Prigerson, H. G., Xu, J., i Maciejewski, P. (2022). *Prolonged Grief Disorder (PG-13-Revised)*. World Psychiatric Association.
https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/file_uploads/pg-13-r_0.pdf

Reinders, A. A. T. S., i Veltman, D. J. (2021). Dissociative identity disorder: Out of the shadows at last? In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 219,

Issue 2, pp. 413–414). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.168>

Ruiz, J., Navarro-Ruiz, J., Torrente, G., i Rodríguez, Á. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17, 684–690.

Shear, K., i Essock, S. (2006). *Brief Grief Questionnaire {BGQ}*.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., i Reynolds, C. (2005). Treatment of Complicated Grief A Randomized Controlled Trial. In *JAMA* (Vol. 293, Issue 21). www.jama.com

Spierberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., i Seisdedos, N. (2023). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*.

Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., i Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *FOCUS*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>

Wiener, A. (1992). The Dissociative Experiences Scale. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 143-a-143. <https://doi.org/10.1176/AJP.149.1.143-A>

World Health Organization. (1994). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) researcher's manual (Version 1.1, 1994)*. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97793-000>

World Health Organization (WHO). (2021). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). <https://icd.who.int/Browse11>.

*Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO
Licence (CC BY-ND 3.0 IGO).*

Yeyati, E. L. (2022). Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*