

# **La realitat de l'estat en coma a través del subjecte i del seu entorn**

Treball de final de Grau de Psicologia

Anna Carbonell Gómez

Tutora: Lola Riesco Miranda

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

4rt del Grau en Psicologia

Vic, 14 de maig de 2020

## **Agraïments**

En primer lloc, vull agrair tot el suport rebut per part de la meva tutora, Lola Riesco, la qual m'ha ajudat a estructurar i mantenir la línia de treball de l'estudi en tot moment. Gràcies.

En segon lloc, considero agrair les aportacions de la Marta Casals envers la temàtica estudiada, tenint en compte la complexitat d'aquesta. Gràcies.

I finalment, vull agrair a totes les persones que han participat en aquest estudi fent possible la seva realització. No és fàcil compartir l'experiència pròpia d'un succés de risc vital, com és l'estat en coma, el qual desperta i remou moltes emocions i pensament íntims. Gràcies.

## **Resum**

Les alteracions i diferents estats de consciència és quelcom relativament desconegut i poc estudiat. L'objectiu del present treball d'investigació és descriure i analitzar l'experiència vital de l'estat en coma de dos subjectes i de les persones del seu entorn més proper. Presenta una metodologia qualitativa, concretament constructivista d'estudi de cas, ja que es pretén descriure en profunditat i analitzar l'experiència subjectiva dels dos subjectes a partir de dos relats de vida, diversos enregistraments de les persones del nucli familiar i amistats properes, conjuntament amb una ampliació metodològica quantitativa ex-post-facto, a partir de tests psicomètrics, amb la finalitat d'aportar una visió més àmplia i objectiva. Els resultats evidencien la manca d'estudis envers aquesta experiència de risc vital i afectacions emocionals, cognitives, físiques i relacionals, tant en els subjectes propis com en el seu entorn pròxim, destacant les característiques individuals i les diferents vivències d'una mateixa realitat.

**Paraules clau:** Consciència, estat en coma, experiències properes a la mort, empatia, Unitat de Cures Intensives

## **Abstract**

Alterations and different states of consciousness are relatively unknown and understudied. The aim of the present study was to describe and analyse the life experience of the coma status of two subjects and of the people in their immediate environment. Based on two life stories and through qualitative research, specifically constructivist case study, an extensive description and analysis of the experiences was made and complemented with several recordings of people from the family and close friendships of the subjects. An ex-post-facto quantitative methodology was used to analyse the psychometric tests performed to the subjects. The results showed lack of studies on this life-threatening experience as well as the emotional, cognitive, physical and relational effects, both in the subjects themselves and in their immediate environment, highlighting the individual characteristics and the different experiences of oneself reality.

**Key words:** Consciousness, coma, near-death experience, empathy, Intensive Care Unit

## Índex

1. Fonamentació teòrica.....	5
1.1 Introducció .....	5
1.2 La consciència.....	8
1.2.1 Nivells de consciència .....	9
1.2.2 Terminologia del Comitè de Lesions Cerebrals.....	10
1.2.3 L'estat en coma.....	12
1.2.4 L'estat en coma induït per fàrmacs.....	13
1.2.5 L'avaluació del coma.....	14
1.2.6 Factors pronòstics del coma.....	16
1.2.7 Experiències properes a la mort.....	18
1.3 Teoria de la Ment .....	20
1.3.1 Què és la Teoria de la Ment .....	20
1.3.2 Desenvolupament maduratiu de la Teoria de la Ment .....	21
1.3.3 Complexitat de la Teoria de la Ment .....	21
1.3.4 L'empatia .....	23
1.3.5 Empatia vs Compassió.....	23
1.4 La Teoria Ecològica .....	24
1.4.1 Què és la Teoria Ecològica .....	24
1.4.2 Sistemes de l'ambient ecològic.....	25
1.5 La ToM i la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner en l'estat en coma .....	27
2. Part pràctica .....	31
2.1 Metodologia.....	31
2.1.1 Objectius generals i específics .....	31
2.1.2 Hipòtesis de la recerca .....	31
2.1.3 Tipus de disseny.....	32
2.1.4 Mostra .....	32
2.1.5 Aspectes ètics.....	32
2.1.6 Instruments de recollida de dades .....	33
2.1.7 Procediment de recollida de dades.....	33
2.2 Resultats.....	34
2.2.1 Resultats dels subjectes .....	34
2.2.2 Resultats entorn pròxim dels subjectes .....	39

2.3	Discussió.....	43
2.4	Conclusions.....	48
3.	Referències.....	49
4.	Annexos.....	53
	Annex 1: Format consentiments informats.....	53
	Annex 2: Genogrames.....	55
	Annex 3: Ecomapes.....	57
	Annex 4: Camins de vida.....	58
	Annex 5: Tests psicomètrics.....	60
	Annex 6: Relats de vida.....	62
	Annex 7: Enregistraments.....	82

## **1. Fonamentació teòrica**

### **1.1 Introducció**

El que anomenem consciència sempre ha generat molta controvèrsia, ja que es pot concebre des d'una visió filosòfica, religiosa o anatòmica. Històricament, va sorgir el que es coneix com la dualitat entre cos i ment, el qual provoca diverses postures i creences. Genera molts dubtes i preguntes, com fins a quin punt el cos i la ment estan lligats? Quina influència tenen respectivament? S'explica tot a través de la ment? O és el cos, que permet la funcionalitat de la ment? Funcionen com una unitat? O quelcom separat entre si? Quan ens morim, ja està, s'ha acabat, o mort el cos i queda l'ànima o essència de la persona en algun lloc? I quan una persona està en estat vegetatiu o en coma, què passa corporalment i mentalment?

En aquest treball s'exposen els diferents estats de consciència en què es pot trobar una persona, des de l'estat més conscient o de vigília, en el qual ens trobem la majoria de persones en condicions ordinàries, fins a la mort cerebral, passant pel qual es coneix com a estat en coma.

Està dividit en dues parts. La primera recau en el marc teòric, on s'exposen les diferents nomenclatures i nivells de consciència, l'estat en coma, la seva avaluació i es finalitza amb l'explicació de la Teoria de la Ment, originada per Premack i Woodruff, i la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner, teories necessàries per portar a terme l'estudi pràctic plantejat.

La segona part, recau en la part pràctica, on es porta a terme l'estudi de dos casos, un referent a l'estat en coma natural i l'altre a l'estat en coma induït. Es recull la vivència de l'experiència dels dos subjectes i del seu entorn, a fi de poder copsar l'impacte del succés en el propi subjecte però també en les persones amb qui aquestes tenen un vincle més proper.

L'elecció d'aquesta temàtica ha estat motivada per la vivència pròpia d'estar en coma induït arran d'una malaltia. Considero que falta una major conscienciació envers què significa per l'individu trobar-se en una situació així, la incomprensió i complexitat de la vivència i procés de recuperació. Resulta difícil físicament però també ho és molt

psicològicament. Tanmateix, tampoc no és gens fàcil per la família i grup d'iguals, ja que veure a una persona estimada en aquesta situació, no poder-hi fer res i no saber com ho està vivint, pot generar una gran frustració i alts nivells d'ansietat.

Finalment, considero aportar un poema de Sacido, P. (2018), d'una comunitat poètica, en el qual es plasma la vivència de tenir una persona estimada en estat en coma:

*Por fin sus ojos se abrieron  
el amor brillo en su mirada*

*Tantas horas velando tu lecho  
Agarrando tu mano pegada a mi pecho  
Tu mente andaba perdida entre nubes  
De un hilo muy fino, prendía tu vida*

*Te hablaba y te hablaba, como si escuchases  
Un disco de fondo... es tu preferido  
Poemas y versos  
Susurró en tu oído*

*Pronostico incierto... ¡El corazón late!  
Más en tu cabeza un sueño infinito  
Pero en lo más hondo  
Mi mente me dice, tu despertarías*

*Ese día incierto lleno de agonía  
En sólo un instante, cambio nuestras vidas  
Rompiendo en pedazos, los planes soñados  
Marcando lo que era y lo que había sido*

*Más yo te transmito mi fuerza y deseos  
Para que tu mente, vuelva a la vida  
Yo te enseñaré a nacer de nuevo  
A crear recuerdos..., si están olvidados*

*Un halo de frío  
Despierta mis sueños*

*Un sueño dorado  
De ansias y anhelos*

*Y miró tus ojos, mirada vacía  
No importan las horas  
No importan los días  
Hallaras mis manos, para darte fuerza*

*Porque algún día  
Tu.... despertarás*

Pilar



## 1.2 La consciència

Una persona, en condicions normal, experimenta períodes de vigília i altres de son fisiològic, els quals s'alternen durant el dia. García, Suárez, Dávalos i Villagómez (2013) esmenten que en estat de vigília la persona té plena consciència, el qual defineixen com el procés mitjançant el qual la persona té registre de si mateixa i del seu entorn, aquest es realitza en diverses estructures derivades del telencèfal<sup>1</sup>, bàsicament del còrtex cerebral. Però hi ha certes condicions, fora del que es considera dins la normalitat, que afecten la capacitat de la vigília.

Els autors diferencien tres tipus de consciència:

- *Consciència central*: És la forma simplista del sentit del “jo” dins del mateix entorn, sense la presència del sentit del passat o del futur, i sense presència del llenguatge ni memòria.
- *Consciència extensa*: És l'elaboració de la sensació del si mateix i del món propi, dins del context de la història del mateix individu i la seva projecció de futur.
- *Estat de consciència normal*: Està composta per l'enteniment, la comprensió i la comunicació envers l'entorn. És el resultat de la suma de la totalitat de funcions cognitives.

García et al. (2013) també defineixen els diferents elements que componen la consciència. Primerament, esmenten l'atenció, alerta o vigilància, la qual es caracteritza per percebre i codificar els diferents estímuls intrapsíquics i extrapsíquics. Es veu afectat en l'estat d'obnubilació<sup>2</sup>. Segueixen amb el concepte que anomenen interioritat, el qual permet distingir la consciència pròpia de la resta. Aquest component es veu afectat en el que

Tal com exposa Snell (2007):

<sup>1</sup> El telencèfal és la suma dels hemisferis cerebrals, els quals són dos, dividits per una cissura longitudinal del cervell.

Tal com exposa Termcat (2020):

<sup>2</sup> Estat de claredat de consciència disminuïda, amb capacitats reduïdes en l'atenció, el pensament i el comportament.

s'anomena deliri agut<sup>3</sup>. Continuen esmentant l'autoreflexibilitat, la qual percep i descodifica el rendiment de les altres funcions de la consciència i de la psique, és a dir, la intel·ligència, percepció i voluntat. Aquesta permet apreciar o avaluar contínuament el que s'està realitzant. I finalment, la coordinació, la qual permet relacionar, classificar i ponderar el rendiment i l'activitat de les diferents habilitats psíquiques. Quan aquesta està afectada es manifesta incoherència del llenguatge i del pensament, apareix una conducta descontrolada.

### **1.2.1 Nivells de consciència**

García et al. (2013) citen a Delay i Pichot (1979), els quals van descriure set nivells diferenciats entre si de consciència, els quals es troben entre la hipervigilància i el son profund de l'individu.

*Nivell I:* Estat de vigilància excessiva com a resultat d'emocions intenses. La consciència exterior es troba dèbil i els processos atencionals disminuïts, difusos i enganyosos. La conducta es manifesta ineficaç i amb manca de control.

*Nivell II:* Estat de consciència de vigilància per excel·lència, permet l'existència de l'atenció selectiva, flexibilitat en l'adaptació davant les necessitats emergents, configura la concentració. El comportament és eficaç, reaccions amb rapidesa i òptimes en l'adaptació.

*Nivell III:* Estat on existeix una atenció "flotant", no concentrada, amb producció d'associacions lliures en el pensament i consciència relativa envers el món exterior. La vigilància es manifesta relaxada, apareix activitat automàtica i altres formes de pensament creador.

Tal com exposa la Fundació enciclopèdia (2020):

<sup>3</sup> Síndrome d'especial gravetat que es manifesta per una agitació progressiva, per una febre molt alta i per al·lucinacions visuals. Es caracteritza també per la hidrofòbia, per desordres neurovegetatius molt notables i per una ràpida deshidratació. Si hom no hi intervé oportunament, la seva evolució és sempre fatal en pocs dies. El deliri agut, que no ha de ser confós amb qualsevol manifestació delirant sobtada ni amb possibles estats d'excitació greus, però mancats de febre, ha esdevingut actualment quelcom d'insòlit gràcies a la moderna terapèutica preventiva.

*Nivell IV:* Estat que es manifesta durant en un principi del son. Els estímuls del món exterior són percebuts atenuadament. Afecta el desenvolupament d'idees, normalment expressades com imatges visuals. Apareix somnolència. El comportament és inadequat, manca de coordinació i desordenat temporalment.

*Nivell V:* Estat en el qual la pèrdua de consciència envers el món exterior és pràcticament total, el pensament del somni és el contingut de la consciència.

*Nivell VI:* Estat on la pèrdua de consciència dels diferents estímuls és completa. No existeix cap contingut propi de la consciència possible de recordar. Apareix resposta motora als estímuls moderats. Somni profund.

*Nivell VII:* Estat el qual manté respostes motores als estímuls dèbils o absents. Es classifica com a estat en coma.

### **1.2.2 Terminologia del Comitè de Lesions Cerebrals**

Bates (1993) plasma la terminologia que es defineix a través del Comitè de Lesions Cerebrals:

- a) *Confusió:* Desorientació i pertorbació de la consciència, la qual es caracteritza per l'incapacitat de pensar amb claredat i percebre, respondre i recordar els estímuls actuals. Alteració general de la funció cortical.
- b) *Deliri:* Estat de la consciència molt pertorbada amb certa inquietud motora, al·lucinacions transitòries, desorientació i amb possibilitat d'experimentar deliris.
- c) *Obnubilació:* Trastorn de l'atenció associat amb el retard psicomotor de l'individu.
- d) *Estupor:* Estat en el qual l'individu no està inconscient, però manté molt poca activitat, es pot despertar sota una estimulació vigorosa però mantindrà una activitat motora limitada.
- e) *Coma:* El subjecte roman amb els ulls tancats sense mostrar cap resposta psicològicament comprensible a estímuls externs o qualsevol necessitat interna. Implica l'absència d'excitació, consciència del jo i/o de l'entorn, el qual es manifesta amb la incapacitat de resposta.

- f) *Estat vegetatiu*: estat en el qual hi ha hagut una lesió cerebral, els hemisferis es recuperen més lentament que el tronc cerebral<sup>4</sup> o el còrtex cerebral presenta danys irreversibles. Aquest estat pot ser transitori mentre es recuperen o progressivament es deterioren, el tronc cerebral recupera la seva funcionalitat però en canvi, els hemisferis no es poden recuperar, fet que provoca el que s'anomena estat vegetatiu persistent.
- g) *Mutisme acètic*: estat definit com a falta de resposta però amb alerta aparent. La principal diferència amb l'estat vegetatiu recau que en aquest estat es presenta un to muscular flàccid i no es presenta resposta al dolor perifèric, per contra a l'anterior estat, que es pot manifesta certa resposta i els músculs poden estar tonificats.
- h) *Síndrome de Bloqueig*: estat en el qual el pacient experimenta paràlisi per sota del nivell del tercer nervi. Únicament és capaç d'obrir, elevar i deprimir els ulls, no pot desencadenar moviments oculars horitzontals ni altres moviments oculars de manera voluntària. El diagnòstic depèn del que el professional consideri que el pacient pot realitzar voluntàriament per si sol.
- i) *Pseudo coma*: En situacions molt concretes certs pacients han estat en una situació aparentment d'estat en coma, però sense la presència de trastorns estructurals, metabòlics, psiquiàtrics i/o tòxics, i per altra banda, mitjançant determinades proves es mostra que tenen l'activitat del tronc encefàlic i projeccions de corticopontina<sup>5</sup> intactes, això demostra que no estan en un estat de coma encara que ho aparentin.

Tal com exposa Snell (2007):

<sup>4</sup> El tronc cerebral o encefàlic està format pel bulb raquidi, la protuberància i el mesencèfal. Aquest connecta el prosencèfal amb la medul·la espinal. La seva funció és conduir tant ascendentment com descendentment la informació entre la medul·la espinal i les diferents parts superiors del prosencèfal, conté reflexos associats al control de la respiració, sistema cardiovascular i consciència, i conté certs nervis cranials importants.

Tal com exposa Termcat (2020):

<sup>5</sup> Fibra procedent de les neurones de gairebé totes les regions de l'escorça cerebral que adopta un trajecte descendent fins que estableix sinapsis amb els nuclis ipsolaterals de la protuberància, des d'on es dirigeix al cerebel contra lateral.

Moreno, Gill, Romero i Cardona (2015) refereixen que les alteracions de la consciència poden afectar el nivell o al contingut de la consciència. El coma és una urgència mèdica. La causa pot ser estructural o tòxic-metabòlica. El pronòstic depèn de la seva ràpida i correcta avaluació clínica.

### 1.2.3 L'estat en coma

La paraula *coma*, la qual procedeix del grec “Koma”, significa son profund (de Castro, 2008). Per una banda, Carrión, Roldán i Morales (2001) defineixen el *coma* com la terminologia que es fa servir per referir-se als pacients els quals tenen els ulls tancats permanentment i no poden ser despertats a un estat funcional, tal com els autors fan referència a l'aportació de Jennett (1993). Per altra banda, els autors citen a Zasler (1993), autor que defineix el coma com un estat en el qual no hi ha resposta conductual. Les persones que estan sota l'estat en coma, acostumen a mantenir els ulls tancats sense cap classe de conducta o reacció espontània davant d'estímuls externs, de la mateixa manera no mostren cap conducta voluntària, i no poden mantenir moviments de recerca o contacte visuals que passin de l'angle visual de 45°.

Per altra banda, la definició del coma en relació amb el funcionament cerebral, recau a l'estat d'un error cerebral agut que no implica cap estat cerebral concret ni cap lesió a anatòmica determinada. Aquest estat es produeix quan es danyen complexes àrees del diencèfal<sup>6</sup> i tronc encefàlic, hemisferis cerebrals, o bé, les diverses parts conjuntament.

Una situació especial és el que s'anomena coma profund induït per barbitúrics o iatrogènic, normalment induït, davant l'intent de protegir al mateix cervell per possibles afectacions secundàries, els quals es poden originar mentre el pacient està en la Unitat de Cures Intensives (UCI). En aquestes situacions concretes, les decisions dels especialistes mèdics es basaran en els canvis que es produeixin en el monitoratge de la pressió

Tal com exposa Snell (2007):

<sup>6</sup> El diencèfal està format per quatre parts; el tàlem, subtàlem, epitàlem i hipotàlem. El tàlem és com una estació cel·lular dels diversos sistemes sensitius, menys l'olfacte. El subtàlem s'encarrega del control de l'activitat muscular. L'epitàlem està format pel nucli habenular, el qual és un centre que integra les vies olfactòries, viscerals i somàtiques. També per la glàndula pineal, les principals funcions de la qual són inhibidores i inhibeix directament la producció d'hormones. L'hipotàlem controla i integra les diferents funcions del Sistema Nerviós Autònom, Sistema Endocrí i manteniment de l'homeòstasi corporal.

intracranial, ja que no poden avaluar la integritat neurològica del pacient amb les tècniques i mètodes usuals.

#### **1.2.4 L'estat en coma induït per fàrmacs**

Els autors Devlin, Fraser i Riker (2011), exposen que l'estat en coma induït per fàrmacs anteriorment era considerat l'estat més "humà" per optimitzar el confort dels malalts crítics, però actualment, està associat amb una major mortalitat, una duració prolongada de la ventilació i de l'estància en l'UCI, un augment del deliri i una major disfunció neuropsicològica a llarg termini, induint al Trastorn per Estrès Posttraumàtic (TEPT). La disfunció cerebral aguda, és a dir, el desenvolupament recent d'un deliri o coma, és una situació adversa freqüent i greu al llarg d'una malaltia crítica. Aquest desenvolupament està normalment relacionat amb els fàrmacs que s'administren a la persona en estat crític.

La majoria de les escales de la UCI defineixen un rang de comportament del pacient que es situa des de la falta de resposta fins a l'agitació severa. Cal tenir en compte que és difícil etiquetar els diferents nivells i distingir-los mitjançant descriptors del comportament.

Estudis recents exposen que no hi ha un consens envers el moment inicial del coma induït farmacològicament en la UCI. Per plasmar-ho els autors citen a Ely et al. (2004), els quals van considerar que els pacients estaven en coma si l'Escala de Sedació per Agitació de Richmond (RASS)<sup>7</sup> era -4 o -5. També citen a Ouimet et al. (2007), el qual va definir en un inici el coma com un RASS -5. A més, van classificar l'estat en: estat en coma mèdic, atribuït a una condició mèdica subjacent, coma induït, atribuït a la sedació, i coma multifactorial, tant atribuït a una condició mèdica com induït farmacològicament. Els autors consideren destacar que el coma induït es relaciona directament amb el desenvolupament del deliri, a diferència del coma mèdic.

Tal com exposa Sessler (2020):

<sup>7</sup> L'Escala de Sedació per Agitació de Richmond, s'anomena "Richmond Agitation Sedation Scale" o RASS. S'utilitza en els pacients hospitalitzats per descriure el seu nivell d'alerta o agitació. També en pacients ventilats mecànicament per evitar la sobre o infrasedació. A diferència de l'Escala de Coma de Glasgow, la RASS no es limita amb els pacients amb processos intracranials.

Devlin et al. (2011) exposen que les directrius actuals recomanen que els pacients ingressats a l'UCI puguin estar sota un estat de vigília i sense dolor, ja que sinó els pacients no poden autoinformar sobre el dolor, ser avaluats en la detecció de la presència de deliri, ser avaluats per la preparació de l'extubació, participar en la mobilització primerenca, formen menys records o memòries fàctiques, és a dir, delimitades per la realitat, les quals poden ajudar a prevenir l'aparició del TEPT i els pacients són menys propensos a morir. Tot i que els autors suggereixen que en la pràctica clínica no s'aconsegueix.

### **1.2.5 L'avaluació del coma**

La tasca d'avaluar la integritat tant del sistema motor com sensorial dels pacients és una tasca molt difícil, de la mateixa manera, tal com exposen Carrión et al. (2001), el valor diagnòstic de les tècniques que avaluen les diferents afectacions cerebrals és relatiu. S'exposa que en certs casos els professionals no poden trobar cap substrat morfològic, el qual sigui responsable de l'estat en coma, en si mateix. Fins i tot en alguns casos es pot observar cert deteriorament o millora sense que s'observin canvis estructurals cerebrals.

Els autors recalquen com a instrument d'avaluació més acceptat l'Escala de Coma de Glasgow (GCS), la qual es té molt en consideració per l'avaluació de la profunditat del coma en un estat posttraumàtic agut, però per contra no resulta tan eficaç quan es tracta d'un coma perllongat, de llarg termini, o en estat vegetatiu. Els autors citen a Jennett i Dyer (1991), exposant les seves aportacions envers que el diagnòstic depèn en l'habilitat del propi especialista, ja que els mètodes de neuroimatge no resulten eficaços en molts casos. Els ítems que s'avaluen s'exposen en la *Figura 1*.

Tal com mostra la figura posterior, la valoració es realitza a través de tres conceptes generals, l'obertura ocular, resposta motora i resposta verbal. Tal com exposen els autors, cada escala pot obtenir una puntuació d'entre 3 i 15 punts, atribuint la menor puntuació a un estat més profund del coma. Les diferents puntuacions determinaran el grau del coma en què es troba la persona fins que aquesta recupera la consciència. Una puntuació de 14 o 15, s'atribueix a una lesió cerebral lleu, una puntuació d'entre 9 i 13 es concep com una afectació cerebral moderada, una puntuació inferior a 9 es contempla com una afectació

cerebral severa i finalment, una puntuació d'entre 3 i 5, es concep com un estat en coma molt sever o coma profund.



### Apertura de Ojos

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Abre antes del estímulo	✓	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	✓	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	✓	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	✓	No valorable	NV

### Respuesta Verbal

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Da correctamente el nombre, lugar y fecha	✓	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	✓	Confuso	4
Palabras sueltas Inteligibles	✓	Palabras	3
Solo gemidos, quejidos	✓	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	✓	No valorable	NV

### Mejor respuesta motora

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Obedece la orden con ambos lados	✓	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	✓	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	✓	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	✓	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	✓	Extensión	2
No hay movimiento en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Parálisis u otro factor limitante	✓	No valorable	NV

### Lugares Para Estimulación Física

Presión en la punta del dedo      Pelizco en trapecio      Arco supraorbital



### Características de las Respuestas Flexoras

Modificado con el permiso de Van Der Naalt 2004  
Ned Tijdschr Geneesk

#### Flexión anormal

Estereotipo lento  
Brazo sobre el pecho  
Antebrazo rotado  
Pulgar apretado  
Pierna extendida



#### Flexión Normal

Rápida  
Variable  
Brazo lejos del cuerpo

**Figura 1.** La imatge mostra detalladament els aspectes que es tenen en compte en la GCS. Mostra com avaluar cada element i la puntuació corresponent a cada un d'aquests. Extret de <<Nueva Escala de Coma de Glasgow>>. Recuperat de <https://www.picuida.es/nueva-escala-coma-glasgow/>. © 2017 PiCuida.



### **1.2.6 Factors pronòstics del coma**

Carrión et al. (2001) esmenten que l'UCI, està equipada amb noves tècniques i tecnologies, les quals augmenten i faciliten la supervivència de persones amb danys cerebrals traumàtics, la probabilitat mortal es troba entre el 9% i el 35%, segons la patologia de cada cas. Els autors esmenten a l'aportació de Carrión (1994), autor que va exposar que els supervivents envers danys cerebrals traumàtics i que surten de l'estat en coma, solen mostrar notables dèficits neurocognitius, conductuals, afectius i socials.

Resulta molt complicat poder determinar una aproximació de la recuperació dels pacients, però es coneixen certs aspectes que poden influir clarament en el pronòstic de millora:

- Alta probabilitat d'estat vegetatiu persistent si l'estat en coma dura més de 3 mesos.
- Relatiu millor pronòstic si el pacient és menor a 40 anys.
- Alta taxa de supervivència.
- Molt mal pronòstic l'absència de reflex fotomotor de 6 a 24 hores després del començament del coma.
- La hipoglucèmia en el moment de l'admissió té molt mal pronòstic.

Els autors refereixen a Szabon i Groswasser (1990), els quals van realitzar un estudi amb 134 pacients en coma perllongat, és a dir, més d'un mes sota l'estat en coma, analitzant les conseqüències de dany cerebral. Els valors del pronòstic dels pacients van recaure en diversos paràmetres; en la fase aguda, s'hi inclouen els signes de dany hipotalàmic (febre d'origen central, suor corporal difusa i secreció anormal d'ADH), reactivitat motora (normal, anormal, sense resposta, descerebrat i descorticat), manifestacions de naturalesa general (alteracions respiratòries i danys associats) i en la fase tardana, es determina per l'epilèpsia i hidrocefàlia.

Tot i que altres estudis, exposen tal com ho plasma Bates (1991), que no se sabia la possibilitat de recuperació d'un estat en coma segons les avaluacions clíniques que es realitzen. Es van iniciar diversos estudis intentant determinar l'impacte i fiabilitat de la simptomatologia clínica envers la recuperació i supervivència, ja que hi havia nombrosos falsos negatius. Els estudis internacionals d'una cohort de 500 participants, realitzat per Levy, Bates, Caronna et al. (1981), tal com exposa l'autor, van permetre definir clarament

els nivells del coma i les categories de resultats al llarg d'un any, establint 5 categories; mort, vegetació, discapacitat greu, discapacitat moderada, discapacitat lleu i/o bona recuperació. Els resultats van ser pobres però aquests estudis van demostrar que el resultat està relacionat amb la causa del coma independentment dels signes físics, la profunditat del coma o la duració d'aquesta. Exposen que les causes metabòliques del coma tenen majoritàriament millor pronòstic que les causes anòxiques, i per contra, la malaltia cerebrovascular és la que té el pitjor pronòstic de tots. És cert que el nivell de coma mesurat amb la GCS preveu el resultat, i els pacients amb més alt nivells, tenen millors resultats, igual que la duració del coma es correlaciona amb el resultat, però cap d'aquestes característiques és suficient específica o selectiva per establir un pronòstic en un pacient.

Bates (1991) exposa que concretament, la resposta del tronc cerebral, respostes motores i verbals són les més útils i més validades com a predictores. Per futures avaluacions i tècniques haurien de ser comparades amb els predictors clínics, ja que són més exactes, però tot i així tenen un 5% d'error positiu, així que tot i tenir gran rellevància per proporcionar informació als professionals i familiars del pacient, no s'han d'utilitzar per prendre decisions de negar la teràpia, és a dir, negar el suport vital.

Tanmateix, hi ha múltiples autors que fan aproximacions estadístiques envers el període de recuperació, segons la causa de l'estat en coma. Tal com es mostra en la taula següent:

**Taula 1.** Escala de severitat del traumatisme cranioencefàlic segons la duració de l'estat en coma.

GRAVEDAD DEL COMA	DURACIÓN	RECUPERACIÓN
MÍNIMA	1-5 minutos.	Inferior a un mes.
MUY LEVE	5-60 minutos.	1 mes.
LEVE	1-24 horas.	1-3 meses.
MODERADA	1-7 días.	3-9 meses.
GRAVE	8-30 días.	9-12 meses.
MUY GRAVE	Superior al mes.	Más de 12 meses.

*Nota.* Es mostra el temps aproximat de recuperació en funció del temps en coma del pacient. Extret de "Introducción a la neuropsicología", de J. A. Portellano, 2000, p.48.

### **1.2.7 Experiències properes a la mort**

En les últimes dècades s'han publicat nombrosos articles envers la consciència del mateix individu, actualment no hi ha una opinió científica uniforme sobre la relació existent entre el cervell i la consciència. Tal com exposa Van Lommel (2011), davant les experiències properes a la mort, o també conegudes com a “Experiencias Cercanas a la Muerte” (ECM) o “Near-Death Experiences” (NDE), el contingut d'aquestes i els moments crítics en els quals es poden originar, l'afirmació no provada però acceptada majoritàriament que la consciència s'origina en el cervell, es veu realment qüestionada. Les persones tenen aquestes experiències en moments de mort clínica, on es pot mostrar un EEG totalment pla, és a dir, un electroencefalograma que mostra que no hi ha cap activitat cerebral, però contràriament aquestes persones recorden i són conscients d'haver viscut l'experiència en primera persona. Deixant de banda les teories més materialistes i reduccionistes, l'autor, exposa que actualment ha sorgit una nova teoria de l'ECM, s'anomena Teoria de la continuïtat, la qual exposa que els records, la cognició i la identitat pròpia, conjuntament amb l'emoció, funcionen independentment del cos inconscient, mantenint així, la possibilitat de percepció “no sensorial”.

Els autors Charland-Verville et al. (2014), citen a Greyson (2000), el qual exposa que les ECM, es defineixen com a un profund esdeveniment psicològic, que tot i que conté certs elements místics i transcendents, es caracteritza per relats davant la supervivència d'incidents gairebé fatals, és a dir, individus que han estat propers a la mort o han viscut situacions d'alt perill emocional i/o físic.

Fins el dia d'avui, no s'ha realitzat cap estudi formal que compari la influència de la causa de l'estat en coma envers la intensitat o contingut de l'ECM. Però sí que s'han realitzat altres estudis envers les mateixes ECM per poder aprofundir en les seves característiques i existència.

Els autors Charland-Verville et al. (2014), citen a Mobby i Watts (2011), els quals exposen que sembla que les persones entrevistades retrospectivament expliquen més casos d'ECM, que les persones entrevistades prospectivament. I per altra banda, citen a Greyson (2007) el qual exposa que aquestes ECM experimentades no es modifiquen al llarg del temps, ni tan sols 20 anys després del primer relat realitzat.

Charland-Verville et al. (2014) exposen que per avaluar la intensitat i contingut d'aquestes experiències s'utilitza un instrument validat anomenat Escala NDE de Greyson, creada l'any 1983. Els autors utilitzen aquest instrument per analitzar diverses ECM de diferents persones en diferents moments, els resultats reforcen els estudis posteriors i plasmen tal com també va exposar Hou et al. (2013), que supervivents de l'estat en coma posttraumàtic amb ECM, experimenten una visió de llum intensa, sentiments de plaer i sensació d'imptència. Afegeixen que tot i que normalment es plasma com una experiència de benestar, també es poden generar experiències angoixoses o infernals. Els autors exposen, remarcant la consonància amb estimacions anteriors per altres autors, que amb el seu estudi van registrar una incidència d'1,4% d'ECM negativa en persones que han generat el record en situacions de risc vital, expressat en nombre de persones, en 2 davant el total de 140 persones.

Exposen que diversos autors atribueixen una explicació fisiològica a l'origen d'aquestes experiències, les quals són diverses entre si. I no s'ha realitzat cap estudi envers les diferents característiques d'aquestes, envers la diversitat d'intensitat ni de contingut. Per altra banda, refereixen a Gabbard et al. (1981), Stevenson et al. (1989–1990) i, Gabbard i Twemlow (1991), els quals exposen que la forta creença o temor a morir pot desencadenar una ECM.

Per altra banda, a través de l'experiment realitzat per Thonnard et al. (2013), es mostra que les ECM no poden ser com records típics de fets imaginats. Els records d'ECM mostren més característiques i detalls que els records reals i imaginaris, semblen ser emocionalment forts i estan molt relacionats amb la identitat pròpia. Contenen més informació emocional i autoreferencial, amb molts detalls sensorials. Curiosament, els records d'ECM presentaven majors característiques que el record en si del mateix coma, suggerint així que el que els fa especials i únics no és estar a prop de la mort, sinó la percepció de l'experiència com a tal. Els autors exposen que les ECM poden respondre a la definició d'al·lucinacions.

Esmentant les conclusions extretes de l'estudi, cal esmentar que els records d'ECM tenen més característiques que la resta de records, siguin reals o bé, imaginaris, o d'un període en coma o de deteriorament de consciència després d'una disfunció cerebral greu. Aportant la seva opinió, esmenten que les dades obtingudes de l'estudi mostren que les

ECM no es poden considerar imaginàries, proposen que l'origen fisiològic de les ECM fan que siguin percebudes realment, tot i que no viscudes a la realitat.

Per acabar, cal exposar l'estudi realitzat per Gallo (2010), el qual presenta falsos records i creences falses, les quals també es poden generar en una situació de risc vital o en l'experiència pròpia d'ECM. Exposa tres conclusions generals extretes. En primer lloc, exposa que l'experiència de DRM, il·lusions de memòria associativa "Deese / Roediger-McDermott", la qual permet recordar paraules no presentades, és una tipologia bàsica de memòria falsa. Seguidament, esmenta que aquests records estan influenciats per un conjunt interactiu de processos d'activació i vigilància. Especifica que aquesta conclusió extreta, actualment, encara és tema de debat i investigació, l'únic que se sap és que els processos esmentats són dissociables entre si cognitivament i es relacionen directament amb diversos processos neuronals. I finalment, refereixen que les diferències individuals atribuïdes als DRM estan vinculades a falsos records autobiogràfics de cada individu, tot i que tampoc se'n coneixen els motius.

### **1.3 Teoria de la Ment**

Una experiència vital, com en aquest cas l'estat en coma, genera un procés adaptatiu i d'acceptació en l'individu que el viu i en el seu entorn, entenen per entorn totes aquelles persones amb qui hi té un vincle emocional i configuren el seu nucli més proper. Davant del procés que es genera, que pot ser similar o diferent entre les persones que l'experimenten, cal exposar el concepte de la Teoria de la Ment, el qual ens permet entendre a les altres persones i aprendre de les vivències d'altres persones. Cal exposar què és, com es desenvolupa, com es reconeix i quines estructures cerebrals i intervenen.

#### **1.3.1 Què és la Teoria de la Ment**

Tirapu, Pérez, Erekatxo i Pelegrín (2007), refereixen que la Teoria de la Ment<sup>8</sup> (ToM) va aparèixer en els estudis pioners de Premack i Woodruff, els quals exposen que aquesta es refereix a les habilitats de comprendre i predir les conductes, coneixements, intencions, emocions i creences de les altres persones.

<sup>8</sup> Hi ha diversa terminologia associada a aquest concepte; com ToM, cognició social, mentalització, psicologia popular, psicologia intuïtiva o conducta intencional.

### **1.3.2 Desenvolupament maduratiu de la Teoria de la Ment**

Téllez (2006) exposa que encara avui dia convivim amb la gran discussió de si la ToM és quelcom innat, que adquirim des del moment en què naixem, o bé, ho adquirim progressivament a través de l'aprenentatge i experiències que vivim. L'autor cita a Baron i Cohen (1985), els quals esmenten que la ToM es desenvolupa i es conforma correlativament amb el procés de maduració cerebral. Es destaquen i identifiquen tres estadis diferents al llarg del desenvolupament de la ToM.

En la primera fase, atribuïda entre els 4 i 5 anys dels infants, s'adquireix l'habilitat de comprendre que els altres poden tenir creences falses diferents de les nostres. Podem tenir diferents maneres de concebre i entendre el món. En la segona fase, la qual s'hi situen els infants d'entre 6 i 7 anys, on la mateixa persona pot ser conscient que té una creença falsa envers el que els altres creuen; "belief about belief". I finalment, en la tercera fase, es determina entre els 9 i 11 anys, es desenvolupa la capacitat per comprendre que les persones poden equivocar-se de forma inconscient, es poden reconèixer els errors; "faux pas".

Tal com exposa l'autor, els mateixos progenitors ajuden i faciliten el procés de desenvolupar la ToM, ja que quan aquests interactuen amb l'infant utilitzant estats mentals, per poder entendre el que estar bé i el que no, el que agrada a l'altre i el que no. Aquest fet es permet gràcies a l'adquisició del llenguatge, entendre el que ens transmet o vol transmetre (intenció) de l'altre, és necessari per poder seguir aprenent el llenguatge i fonamenta l'adquisició de la ToM. Per això, certs autors esmenten que la ToM i l'adquisició del llenguatge es desenvolupen paral·lelament, al mateix moment.

### **1.3.3 Complexitat de la Teoria de la Ment**

Téllez (2006) exposa la importància i funció de les neurones mirall envers la ToM a partir de les aportacions de Gallese i Goldman (1998) i Rizzolatti (2000) de la següent manera:

*Estas neuronas, a las que se ha denominado «neuronas espejo» (mirrors neurons), forman parte de un sistema percepción/ejecución de modo que la simple observación en el otro de movimientos de la mano, de la boca o del pie activa las mismas regiones específicas de la corteza motora como si el individuo estuviera realizando esos movimientos, aun cuando esta activación motora no se transforme en un movimiento actuado visible en el individuo que observa. (p.8)*

Per entendre des d'un punt de vista més biològic i/o fisiològic els efectes i desenvolupament de la ToM cerebralment, cal contemplar els nivells de complexitat d'aquesta i la seva avaluació.

Tirapu et al. (2007), citen el reconeixement facial de les emocions, procés que es realitza a l'amígdala<sup>9</sup>, la qual permet reconèixer el perill i amenaça, processant els diferents estímuls que genera l'entorn, desencadenant conductes de resposta.

També exposen la importància de les creences de primer<sup>10</sup> i segon grau<sup>11</sup> les quals es vinculen amb l'afectació del sistema executiu central, plantegen la influència del que es coneix com a comunicacions metafòriques i/o històries estranyes, dins les quals cal diferenciar entre ironia, mentida i mentida piadosa, segons la intencionalitat cap a les altres persones. Els autors citen estudis posteriors realitzats per Frith i Frith (2006), els quals expressen que el còrtex frontal medial és l'encarregat de diferenciar les representacions d'estats mentals de situacions físiques, la regió temporal superior s'encarrega de la detecció i anticipació comportamental i que els lòbuls temporals es responsabilitzen de l'argument de la història amb relació al coneixement social. També esmenten la importància de l'expressió emocional a través de la mirada. En últim lloc, recalquen la importància de l'empatia i el judici ètic i moral, conceptes relacionats que ajuden molt en poder observar presència o per contra absència, o bé dificultats, en la ToM, a través del grau d'activació en la zona frontal medial i bilateral cerebral.

Tal com exposa Sánchez (2004):

<sup>9</sup> L'amígdala es troba en la zona frontal del lòbul temporal. És una estructura essencial pel processament emocional dels senyals sensorials, ja que rep projeccions corticals de totes les àrees d'associació sensorial i també procedents del tàlem.

<sup>10</sup> Creences falses o de primer grau: l'individu ha de representar-se la representació mental d'una altra persona.

<sup>11</sup> Creences de segon grau: l'individu ha de representar-se la representació mental que un individu té de la representació mental d'una altra persona.

Finalment, després de mostrar nombrosos estudis i proves, Tirapu et al. (2007), exposen que l'empatia es pot relacionar amb el còrtex prefrontal medial, el lòbul tempo-parietal i el temporal.

#### **1.3.4 L'empatia**

Els autors García, González i Maestú (2011) defineixen l'empatia com la capacitat d'una persona per viure els pensaments i sentiments dels altres, permetent davant d'ells reaccionar adequadament. L'empatia es constitueix per un component cognitiu, i un altre emocional. El component cognitiu es configura pels pensaments i sentiments de l'altre. El component afectiu o emocional consisteix en l'estat emocional de l'altra persona.

Els autors expliquen l'empatia des de dos enfocaments o teories: les neurones mirall i la ToM. Per una banda, les neurones mirall, ja exposades anteriorment, són unes neurones específiques, les quals s'activen quan un individu realitza una acció, i també s'activen quan l'individu observa una acció similar realitzada per un altre. Per altra banda, la ToM permet generar hipòtesis sobre el que està pensant o sentint una altra persona, fet que ens permet interpretar el seu comportament. Les dues teories segueixen un nivell explicatiu diferenciat entre si, la ToM una explicació cognitiva, i en canvi, les neurones mirall una explicació neuronal, a través de la neurociència.

#### **1.3.5 Empatia vs Compassió**

Els autors Peters i Calvo (2014) exposen que comprendre la diferència entre compassió i empatia és imprescindible per comprendre la resistència davant el sofriment. Aquestes es diferencien qualitativament, fisiològicament, tant en el comportament d'exhibició com en les expressions facials, i també, difereixen en la manifestació cerebral, respectivament.

Per una banda, l'empatia ja definida anteriorment, ens permet sentir quelcom que sent una altra persona, entenem la seva experiència directa, sent així, un constructe múltiple incloent el sentiment, reconeixement d'emocions i la presa de perspectiva. Aquesta és una habilitat social-bàsica.

Per altra banda, tal com exposen Peters i Calvo (2014) la compassió no necessàriament implica un reflex del sentiment de l'altra persona, però per contra, implica preocupació o cura, conjuntament amb la motivació d'actuar en nom de l'altra persona i un comportament d'apropament i compromís a la cooperació. Els autors fan referència a



Goetz, Keltner i Simon (2010), els quals defineixen la compassió com el sentiment que sorgeix al presenciar el sofriment d'una altra persona, el qual motiva un desig posterior d'ajuda.

La investigació identifica certes expressions facials i comportaments diferenciats entre els dos conceptes. Tal com esmenten Peters i Calvo (2014), l'empatia es constitueix per un enfocament intern i/o una resposta d'aversi6, davant una experi6ncia emocional negativa. La compassi6 es configura per un enfocament extern i una resposta de cura activa. Tanmateix, tots dos conceptes s6n fonamentals per les relacions humanes i de benestar, per6 nom6s la compassi6 es considera una tipologia de resist6ncia. Aquest fet els autors el justifiquen aportant que la compassi6 permet reduir l'activaci6 de l'am6gdala, la qual s'associa a la percepci6 d'una amena6a, per6 al mateix moment, augmenta la capacitat de resposta davant el sofriment. L'emoci6 positiva que sorgeix de la compassi6 6s una afiliaci6, ens permet sentir-nos m6s propers a les altres persones i ens motiven a cuidar-les.

Finalment, cal destacar que l'angoixa emp6tica produeix un augment del ritme card6ac i s'associa a l'estr6s, per contra, la compassi6 crea una desacceleraci6 del ritme card6ac i tanmateix, una disminuci6 de l'estr6s, provocat per la preparaci6 cerebral davant la cura i l'atenci6 enfocada a altres aspectes.

## **1.4 La Teoria Ecol6gica**

Un cop exposats els diferents estats mentals i de consci6ncia, on s'engloba l'estat en coma, i la ToM, el qual ens permet concebre com la persona pot empatitzar amb les altres persones i l'entorn, la viv6ncia de l'experi6ncia, cal exposar la influ6ncia, import6ncia i bidireccionalitat de les interaccions, en i entre els diferents sistemes relacionals. Aquest aspecte s'exposa a trav6s de la Teoria Ecol6gica d'Urie Bronfenbrenner.

### **1.4.1 Qu6 6s la Teoria Ecol6gica**

Tal com exposa Orengo (2016), Urie Bronfenbrenner va crear la Teoria Ecol6gica, la qual es basa en el desenvolupament i el canvi de conducta individual. Es va fonamentar en el sistema de l'ambient en el qual ens movem, on s'influeix al subjecte i al seu desenvolupament. Defensa el desenvolupament com un canvi perdurable en la manera en qu6 la persona percep l'ambient que l'envolta i en la manera en qu6 es relaciona amb ell.

Aquest estudi es considera una de les teories més emergents i acceptades de la Psicologia Evolutiva actual.

Monreal i Guitart (2013) exposen que Bronfenbrenner publica el llibre “La ecologia del desarrollo humano” l’any 1979, on consten múltiples definicions i hipòtesis envers el desenvolupament humà amb la finalitat de crear-ne una ciència. Bronfenbrenner refereix que cal estudiar les forces que donen forma als éssers humans en l’entorn real on viuen. Monreal i Guitart (2013) defineixen el desenvolupament humà o desenvolupament psicològic com; “Cambios perdurables en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 1987b:23 ). (p.81)

Els autors esmenten que entre l’estímul o ambient, i la resposta o conducta, existeix una mediació psicològica, la qual es basa en la manera en què una persona interpreta i experimenta la situació.

Al llarg de les múltiples definicions que Monreal i Guitart (2013) plasmen envers el desenvolupament humà, aquests esmenten les seves característiques principals. El desenvolupament psicològic implica una reorganització de la conducta progressiva, també, es realitza en el camp d’acció, com s’actua, i en el de la percepció, com s’experimenta l’entorn. El desenvolupament és el resultat d’un procés interactiu al llarg del temps, així doncs, no ens podem basar en successos aïllats. Davant de les característiques d’aquest, Bronfenbrenner defineix l’ambient ecològic, atribuint més importància al context. Ho exposa literalment com:

*Un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas. En el nivel más interno está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo. Puede ser casa, la clase o, como suele suceder cuando se investiga, el laboratorio o la sala de test” (Bronfenbrenner, 1987b: 23). (p.82)*

#### **1.4.2 Sistemes de l’ambient ecològic**

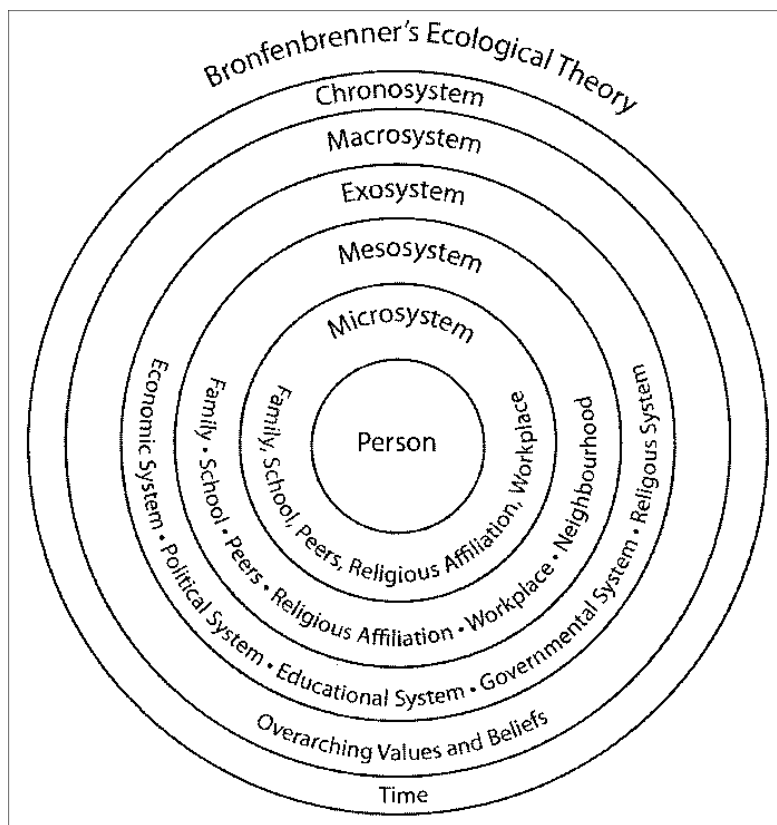
Així doncs, en primer lloc, els autors exposen que el desenvolupament psicològic es desencadena com a resultat de la participació en aquests microsistemes, concepte definit al punt anterior, desenvolupant-se rols, mantenint relacions interpersonals i patrons conductuals. En segon lloc, exposen un nivell ecològic posterior, l’anomenat mesosistema, el qual engloba les relacions bidireccionals entre dos o més microsistemes,

on la persona en desenvolupament participa de manera activa. I en tercer lloc, Monreal i Guitart (2013) defineix l'exosistema de la següent manera:

*Uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, però en los que se producen hechos que afectan, o se ven afectados, por lo que ocurre en ese entorno". (Bronfenbrenner, 1987b: 261). (p.83)*

Finalment, afegeixen que els tres nivells exposats anteriorment es veuen modelats pel que anomena macrosistema, el qual Monreal i Guitart (2013) defineix com:

*El macrosistema se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias (Bronfenbrenner, 1987b:45). (p.83)*



**Figura 2.** S'exposa de forma visual i esquemàtica els diferents nivells o sistemes relacionals definits en la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner. Extreta de <<Bronfenbrenner's Ecological Theory>>. Recuperat de [https://www.researchgate.net/figure/An-adapted-illustrated-model-of-a-Bronfenbrenners-Ecological-Theory-Adapted-from\\_fig1\\_285232380](https://www.researchgate.net/figure/An-adapted-illustrated-model-of-a-Bronfenbrenners-Ecological-Theory-Adapted-from_fig1_285232380). © 2008-2020 ResearchGate GmbH.

Tenint en compte els diferents nivells ecològics, els autors exposen que encara que un fenomen psicològic sorgeixi dins un d'aquests nivells, s'expandeix a través del temps, aspecte definit com a cronosistema. Monreal i Guitart (2013):

*El microtiempo se refiere a la continuidad versus discontinuidad en los procesos proximales en curso. El mesotiempo es la periodicidad de los episodios a través de intervalos de tiempo, como los días y las semanas. Finalmente, el macrotiempo se focaliza en las expectativas y sucesos cambiantes a lo largo de la sociedad, a través de las generaciones que afectan y son afectados por los procesos de desarrollo humano a lo largo del curso vital (Bronfenbrenner y Morris, 1998:995). (p.83)*

Els autors exposen que Bronfenbrenner i els seus col·laboradors davant la necessitat de contemplar els aspectes biològics, psicològics i conductuals, proposen la Teoria bioecològica, ja que posteriorment al desenvolupament psicològic es va originar el model PPCT, "Proceso-Persona-Contexto-Tiempo". Quan citen procés, es refereixen a la relació dinàmica de l'individu i el context, temps, perquè succeeix en un moment temporal, persona, per les característiques individuals biològiques, cognitives, emocionals i conductuals, i context, als nivells ecològics anteriorment esmentats. Així doncs, Monreal i Guitart (2013) plasmen que actualment s'entén el desenvolupament com un conjunt de processos a través dels quals les propietats de la persona i de l'ambient interactuen per produir constància i canvi en les característiques biopsicològiques de la persona al llarg de la seva vida (Bronfenbrenner, 1992, 2001).

### **1.5 La ToM i la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner en l'estat en coma**

No hi ha estudis concrets que analitzin l'impacte i desenvolupament d'aquestes dues teories en l'estat en coma, però sí que hi ha estudis envers l'impacte d'estar a l'UCI, tant en els pacients com en les seves respectives famílies. La majoria de persones que estan a l'UCI arran de la situació crítica en què es troben, no es troben en un estat de plena consciència. No totes les persones que hi estan es troben en un estat de coma o coma induït, però totes les persones que es troben en aquest estat, sí que estan a l'UCI.

Zambrano et al. (2010) defineixen la teràpia intensiva com un camp de la salut que proporciona atenció especialitzada als pacients en estat crític. Piquero (2017) exposa que l'ingrés a aquesta unitat hospitalària necessita un procés d'adaptació, el qual es dona

inesperadament i provoca diverses alteracions. Aquesta experiència genera estrès tant al pacient com als seus familiars (Zambrano et al., 2010)

Per una banda, Zambrano et al. (2010) exposen que els pacients acostumen a viure-ho negativament, ja que aquesta unitat hospitalària s'associa amb un alt risc de mortalitat, força un distanciament familiar i extern, i acostuma a acompanyar-se amb falta d'informació respecte al mateix pronòstic de l'individu, provocant no només estrès, sinó també angoixa, temor, impaciència i desesperança.

Els autors refereixen un estudi de Beltrán-Salazar (2009), el qual plasma que el patiment del pacient es configura a través de la duració de l'ingrés, la sensació de soledat i/o abandonament, l'ansietat, l'angoixa, la tristesa, temor, plor, alteració de la imatge corporal i angoixa davant la possibilitat de mort. També exposen l'estudi complementari de Del Barrio (2001), el qual exposa també dificultat envers l'orientació temporal.

Piquero (2017) afegix altres alteracions freqüents com la depressió, alteracions del son i el que anomena Síndrome de Cures Intensives. Defineix la Síndrome de Cures intensives citant a Hewitt (2002), el qual exposa que els pacients experimenten diverses alteracions psicoafectives com il·lusions, deliri, al·lucinacions visuals i tàctils, ansietat, estrès, desesperació, confusió i desorientació. Les causes més freqüents són entre d'altres, la privació del son, drogues o sedació i els trets psicològics dels pacients previs a l'ingrés.

Per altra banda, Urrutia i Garrido (2011) exposen que els familiars tendeixen a experimentar la sensació que el pacient es morirà en qualsevol moment i poden generar sentiments d'impotència, tristesa, esperança, dolor, desig de mort, ràbia i recorren a creences religioses. Davant l'ingrés d'un membre de la família, aquests experimenten una crisi vital. La intensitat amb què es viu la situació depèn de la duració, forma d'aparició, gravetat, intensitat i l'etapa del procés en què es troba la malaltia. Aquesta situació pot generar sentiments de por i preocupació, tant per la patologia com per les possibles seqüeles. A més genera canvis de rol i possibles modificacions d'estils de vida.

A més a més, Piquero (2017) exposa que els familiars tenen diverses necessitats al llarg de l'ingrés. En primer lloc, destacant les necessitats cognitives, necessiten estar informats, necessiten saber en la situació que es troba el pacient, el pronòstic i el que succeeix al seu

entorn. En segon lloc, en les necessitats emocionals, necessiten suport professional, ja que solen experimentar sentiments d'esperança, però també d'incertesa i impotència. Belio i Vivar (2012) ho reforcen recalcant la figura dels i les infermeres de l'UCI, per identificar les necessitats familiars i poder prestar ajuda, suport i assessorament amb la finalitat de disminuir el patiment de les famílies al llarg de l'ingrés del pacient. En tercer lloc, es remarquen les necessitats socials, necessiten estar al costat del pacient i poder-lo cuidar, però els horaris de visita en aquestes unitats són molt limitats. I en quart lloc, l'autor recalca les necessitats pràctiques, és a dir, la presència de sala d'espera, cafeteries, etc., el que promou la comoditat dels familiars i ajuda a les seves necessitats bàsiques.

Urrutia i Garrido (2011) exposen al seu estudi, que un 83% dels familiars participants consideren a l'UCI com el lloc on van als pacients amb risc vital, on es torna la vida o lloc dels miracles, un 17% ho descriuen com un lloc angoixant i un 8% com un lloc agressiu i caòtic.

Zambrano et al., (2010) esmenten que la sortida de la unitat representa l'inici de la recuperació, proporcionant una oportunitat de vida i esperança pels pacients. Citen a Colb (2008), el qual exposa que aquesta experiència es viu positivament, concretament com una "explosió de vida". Tanmateix, Piquero (2017) exposa l'anomenada Síndrome Post-Cures intensives, la qual la pot experimentar el pacient però també la família.

Pel que fa al pacient, aquesta síndrome o també coneguda en anglès com "Postintensive Care Syndrome" (PICS), es compon per afectacions psicològiques com ansietat, Trastorn per estrès agut, depressió, TEPT i trastorns del son. També afectacions cognitives en la funció executiva, memòria, atenció, velocitat de processament. I per últim, també desencadena afectacions físiques, pulmonars i neuromusculars. Aquestes afectacions provoquen conseqüències socioeconòmiques, disminuint o dificultant la qualitat de vida d'aquestes persones.

I envers aquesta síndrome en la família, es coneix també en anglès amb el nom de "Postintensive Care Syndrome Family" (PICS-F), cal esmentar que aquesta síndrome es pot experimentar només en els pacients que sobreviuen, però en les famílies es pot experimentar tant en les famílies on el pacient ha sobreviscut com si no. Les famílies poden experimentar ansietat, Trastorn per Estrès Agut, depressió i TEPT. Cal destacar

que les famílies on el pacient no ha sobreviscut també solen desencadenar sentiments de pèrdua, culpabilitat i han d'experimentar un procés de dol. Tanmateix, se'ls hi poden exaltar els problemes físics i de la salut que ja tenien prèviament a l'experiència. I finalment, de la mateixa manera que succeeix amb els pacients, aquestes afectacions provoquen conseqüències socioeconòmiques envers la qualitat la vida, i a més a més, es modifica la dinàmica familiar.

I per últim, considero recalcar que no hi ha cap programa de suport o acompanyament concret envers els familiars de persones de l'UCI, ni tampoc envers les persones que es troben concretament en estat en coma, ni programes especialitzats envers la recuperació del pacient, però sí que hi és envers els familiars de pacients en estat en coma irreversible, tal com l'expliquen Casallas, Guzmán, Restrepo i Suárez (2014).

## **2. Part pràctica**

### **2.1 Metodologia**

#### **2.1.1 Objectius generals i específics**

Objectiu general:

- a) Descriure l'experiència de dues persones que van experimentar l'estat en coma i identificar les implicacions i impacte emocional i social, tant en el subjecte com en l'entorn més proper.

Objectius específics:

- a) Enumerar canvis emocionals i cognitius percebuts que el mateix subjecte atribueix a l'experiència i les que les persones alienes atribueixen als subjectes.
- b) Enumerar canvis socials percebuts entre el subjecte i entorn més pròxim, i els diferents sistemes relacionals.
- c) Comprovar si hi ha alguna similitud entre els dos casos d'estudi presentats.

#### **2.1.2 Hipòtesis de la recerca**

Hipòtesi general:

- a) La persona que viu una experiència similar realitza canvis socioafectius, emocionals i de la personalitat.
- b) L'entorn social dels subjectes desenvolupa una nova concepció de la persona, de relacionar-se amb ella i amb persones del mateix sistema relacional.

Hipòtesis específiques:

- a) Els canvis des d'una concepció personal del subjecte i els percebuts per part del seu entorn social coincidiran en aspectes socials visibles a través de la conducta, però cognitius i de la personalitat només coincidiran amb algunes persones nuclears.
- b) Hi haurà canvis relacionals, en cada cas estudiat, amb i entre sistemes, afectant la confiança i dependència emocional.
- c) Hi haurà alguna similitud entre els casos només en canvis relacionals.



### **2.1.3 Tipus de disseny**

La recerca presenta un enfocament de metodologia qualitativa, concretament constructiva d'estudi de cas, ja que l'objectiu principal de l'estudi és poder descriure en profunditat i realitzar l'anàlisi de l'experiència, en aquest cas de l'estat en coma, tant natural com induït. A més a més, s'utilitzen alguns instruments quantitius, a través d'una metodologia ex-post-facto, amb tests psicomètrics per mesurar les afectacions de l'experiència aportant a la investigació una visió més ampla que permeti aprofundir en el tema d'investigació. Tot i utilitzar tests psicomètrics, no es pot considerar una metodologia mixta, ja que són un afegit en l'estudi, l'estudi sense aquesta part tindria el mateix sentit, al revés no, per tant el treball presenta una línia de treball des d'un enfocament qualitatiu. Tal com exposa Sampieri (2018): "Los métodos mixtos o híbridos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, así como su integración y discusión conjunta,..." (p.10)

### **2.1.4 Mostra**

La mostra seran dos subjectes. Un que ha viscut un estat en coma natural i un altre que ha viscut un estat en coma induït. La selecció de la mostra es porta a terme a través d'un mostreig no probabilístic, intencional o opinàtic, ja que la mostra s'escull d'acord amb les seves vivències particulars i concretes, amb la intenció de poder aconseguir la informació que es vol.

### **2.1.5 Aspectes ètics**

Consentiment informat per escrit, es tindrà en compte la confidencialitat, ja que es mantindrà l'anonimat de les històries de vida, enregistraments i tests psicomètrics, s'oferirà tota la informació sobre la investigació, la participació serà totalment voluntària, els participants tenen dret a abandonar en qualsevol moment i la informació només s'utilitzarà per a la realització del TFG. En els *Annexos* es mostren els formats dels documents utilitzats envers el consentiment informat.

### **2.1.6 Instruments de recollida de dades**

La recollida de dades es realitza qualitativament a través de dos relats de vida<sup>12</sup>, un per cada cas estudiat, i diversos enregistraments de les persones del nucli familiar o un entorn d'amistat o laboral més proper (microsistema) dels dos subjectes respectivament. El format dels enregistraments és producte d'una elaboració pròpia basada en les aportacions de Campos (2018) i Bris (2017). Els subjectes a participar en l'estudi els escull el mateix subjecte a través d'un ecomapa<sup>13</sup> (objectiu específic a i b i c). I també hi ha un camí de vida<sup>14</sup> i un genograma dels ambdós subjectes amb la finalitat d'aprofundir les seves experiències vitals viscudes. A més, es complementa l'anàlisi qualitatiu amb eines quantitatives, a través de diversos tests psicomètrics, els quals valoren l'ansietat (STAI), l'atenció sostinguda (D2) i la personalitat (EPQ-R). Es porta a terme a través d'un disseny ex-post-facto, en un dels casos tant abans del succés, en el període de recuperació i posteriorment, i en l'altre cas només en el moment posterior, permeten comparar els canvis percebuts pels subjectes i el que mostren els tests (objectiu específic c). En l'apartat d'*Annexos* s'exposen els relats de vida, ecomapes, camins de vida, genogrames, característiques dels tests psicomètrics realitzats pels dos subjectes i els múltiples enregistraments de les persones de l'entorn d'ambdós casos.

### **2.1.7 Procediment de recollida de dades**

Tenint en compte que es tracta de l'estudi de dos casos, s'analitzaran els dos relats de vida per separat intentant extreure l'essència del relat de cada un dels subjectes, igual que

Tal com exposen Huchim I Reyes (2013), el relat de vida difereix de la història de vida de la següent manera:

<sup>12</sup> El relat de vida o "life-story" és una narració retrospectiva realitzada pel mateix protagonista de la seva vida, el qual realitza per la demanda d'un o diversos interlocutors o per iniciativa pròpia. En canvi, la història de vida o "life-history", es l'estudi de cas de la vida d'una o més persones, però realitzada pels investigadors propis.

Tal com exposa Suárez, M. Á. (2015) especialista en Medicina Familiar:

<sup>13</sup> L'ecomapa és un instrument, utilitzat freqüentment per metges de família i equip de la salut, a reconèixer la presència o no de recursos de suport social familiar o extrafamiliar.

Tal com exposa García, E. (2015):

<sup>14</sup> Permet remarcar els més fets més significatius del relat de vida o història de vida, sobretot als possibles camins futurs i les seves implicacions. Facilita exposar diversos desitjos, expectatives o decisions.

dels diversos registres, seguint diferents eixos principals: afectacions cognitives i de la personalitat dels subjectes i paral·lelament, afectacions socials envers els diferents sistemes relacionals. Es plasmarà a través de l'anàlisi de continguts a partir de l'elaboració de categories i la similitud entre les percepcions del mateix subjecte i les persones pròximes respectives de cada cas estudiat.

Per altra banda, es reforçaran les afectacions exposades a través dels tests psicomètrics, realitzant la correcció manualment, s'exposarà a través d'una figura visual, concretament una taula, per simplificar i aportar claredat als resultats obtinguts.

## 2.2 Resultats

### 2.2.1 Resultats dels subjectes

Pel que fa als resultats obtinguts a través del relat de vida dels dos subjectes, tal com es mostra en la *Taula 2*, els dos subjectes plasmen haver experimentat ansietat i/o angouxa, sentiment de culpabilitat envers la situació i el patiment de les persones del seu entorn, conductes i reaccions agressives en algun moment del succés, plor constant, dependència emocional i física cap als altres i haver experimentat una o algunes ECM. De la mateixa manera, es mostren els camins de vida de cada subjecte en els *Annexos*, on consten els canvis conceptuals i emocionals del mateix individu envers el succés, per tal de poder-lo afrontar.

**Taula 2.** Patiment explicat pels dos subjectes

		<b>Subjecte 1</b>	<b>Subjecte 2</b>
<b>Patiment del pacient</b>	Soledat/ Abandonament		X
	Ansietat/ Angouxa	X	X
	Culpabilitat	X	X
	Agressivitat	X	X
	Tristesia		X
	Temor		X
	Plor	X	X
	Alteració imatge corporal		X

	Angoixa mort		X
	Desorientació temporal		X
	Afectació son		X
	Desig mort	X	
	Dependència	X	X
	ECM	X	X

*Nota.* Es plasmen els estats o emocions que han exposat els subjectes a través del seu relat de vida amb una X.

Tanmateix, pel que fa a les característiques que s'associen a la Síndrome de Cures Intensives, amb relació a l'ingrés i estada a l'UCI, tal com es plasma en la *Taula 3*, els dos subjectes només manifesten desesperació com a característica comuna. El subjecte 1 no presenta cap altra característica associada a aquesta síndrome, i en canvi, el subjecte 2, desencadena deliris, al·lucinacions visuals, confusió i desorientació espacial i temporal.

**Taula 3.** Característiques de la Síndrome de Cures Intensives

		Subjecte 1	Subjecte 2
<b>Síndrome Cures Intensives</b>	Il·lusions		
	Deliris		X
	Al·lucinacions visuals i tàctils		X
	Desesperació	X	X
	Confusió		X
	Desorientació		X

*Nota.* Es determina a través d'una X, la simptomatologia experimentada pels subjectes, la qual configura la Síndrome de Cures Intensives.

En relació amb les puntuacions obtingudes a partir dels tests psicomètrics realitzats, es mostren en la *Taula 4*, els resultats obtinguts pel subjecte 1, i en la *Taula 5*, els resultats obtinguts pel subjecte 2.

Per una banda, els resultats obtinguts pel subjecte 1 són del moment de recuperació del subjecte. A partir de l'EPQ-R, test de personalitat, s'obté que el subjecte presenta una puntuació de 25% envers extraversió, un 96% en emotivitat, un 95% de duresa i un 75% en simulació. Aquestes puntuacions exposen una personalitat amb tendència a ser reservada, discreta, socialment inhibida, molt aprensiva, ansiosa, amb humor deprimit, també molt impulsiva, molt creativa, poc socialitzada, que aparenta ser poc sincera i conformista. Pel que fa a l'avaluació de l'ansietat, la qual es realitza a través del test STAI, el subjecte 1 presenta una puntuació de 95% amb relació a l'estat transitori o esporàdic en què es trobava en el moment de realització del test, i una puntuació de 90% envers el seu estat general. Cal destacar que ambdues puntuacions són molt altes. Aquestes puntuacions concorden amb l'alta puntuació esmentada anteriorment en emotivitat en l'EPQ-R. I per acabar, les puntuacions assolides en el test D2, el qual avalua l'atenció selectiva, tal com s'exposa en els *Annexos*, obté bones puntuacions per sobre de la mitjana de la població, basat en els barems d'homes i dones d'entre 44 i 88 anys, assolint una puntuació d'efectivitat total de 65%. Cal destacar que en la puntuació referent a la variància en la prova està sotilment per sobre la mitjana, ja que se situa en una puntuació de 60%.

**Taula 4.** Resultats de les proves psicomètriques del subjecte 1

<b>Subjecte 1</b>			
<b>Proves psicomètriques</b>	<b>Puntuació</b>		
	<b>Recuperació</b>		
<i>EPQ-R</i>	<i>PD</i>	<i>PT</i>	<i>PC</i>
E	10	43	25
N	20	68	96
P	11	66	95
L	11	57	75
<i>STAI</i>	<i>PD</i>		<i>PC</i>
A-E	40		95
A-R	55		99
<i>D2</i>	<i>PC</i>		
TR	55		
TA	60		
O	65		
C	80		
TOT	65		
CON	65		
VAR	60		
TR+	55		
TR-	60		

*Nota.* S'exposen les puntuacions extrems en els diversos tests, en el moment de recuperació del subjecte 1. El test EPQ-R es configura per diversos ítems a avaluar: E. Extraversió; N. Neuroticisme/ Emotivitat; P. Psicoticisme/ Duresa; L. Desitjabilitat social/ Simulació. En el test STAI s'avaluen diversos ítems: A-E. Estat emocional d'ansió transitori; A-R. Tret ansios de la personalitat. El D2 es configura per nou ítems diferents: TR. Total de respostes; TA. Total d'encerts; O. Omissions; C. Comissions; TOT. Efectivitat total de la prova; CON. Índex de concentració; VAR. Índex de variació o diferència; TR+. Línia amb major nombre d'elements intentats; TR-. Línia de menor nombre d'elements intentats. Es mostren els diferents resultats a través de diferents escales d'avaluació: PD. Puntuació directa; PT. Puntuació total; PC. Puntuació percentil.

Per altra banda, els resultats obtinguts pel subjecte 2 són de tres moments temporals diferents; abans del succés vital, poc després d'aquest en un inici de la recuperació i posteriorment, en el moment d'una major recuperació o estabilitat.

L'EPQ-R mostra abans del succés una puntuació de 65% en extraversió, 99% en emotivitat, 90% en duresa i 25% en simulació. En segon moment, l'extraversió disminueix a una puntuació de 55%, l'emotivitat es manté, la duresa disminueix considerablement a una puntuació de 50% i la simulació augmenta a una puntuació de 55%. I en un tercer moment, l'extraversió augmenta de nou superant la puntuació del primer moment, situant-se en una puntuació de 75%, l'emotivitat disminueix, tot i seguir sent elevada, a una puntuació de 90%, la duresa es manté i la simulació augmenta a una puntuació de 70%. Aquestes puntuacions exposen una personalitat inicialment ni molt extravertida ni introvertida, molt aprensiva, ansiosa, amb humor deprimat, impulsiva, creativa, sincera i inconformista. En un segon moment, disminueix la impulsivitat i evoluciona a ser menys sincera i inconformista, la qual en un tercer moment, mostra més sociabilitat, ser més activa, animada, disminueix l'ansietat, tot i seguir sent elevada, disminueix suaument la sinceritat i augmenta el conformisme.

Amb relació a l'ansietat, el subjecte 2, abans del succés presenta una elevada puntuació en ansietat en el moment de realització de la prova, amb una puntuació de 77%, i una elevada puntuació de 87% amb relació a l'ansietat com a estat general o tret de la personalitat, nivells els quals persisteixen elevats en el temps però després del succés disminueixen i es mantenen força estables, situant-se en una puntuació referent a l'ansietat com a estat transitori en el moment de la prova sobre una puntuació del 50%, i

com a estat general del subjecte en una puntuació de 75-77%. Aquestes puntuacions concorden amb les obtingudes en l'EPQ-R.

I finalment, referent a les puntuacions obtingudes en el D2, el subjecte 2 obté molt bones puntuacions en atenció selectiva, per sobre de la mitjana en tots els ítems avaluats i en els tres moments temporals.

**Taula 5.** Resultats de les proves psicomètriques del subjecte 2

<b>Subjecte 2</b>									
<b>Proves psicomètriques</b>	<b>Puntuació</b>								
	Abans del succés			Poc després del succés			Recuperació		
<i>EPQ-R</i>	<i>PD</i>	<i>PT</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PT</i>	<i>PC</i>	<i>PD</i>	<i>PT</i>	<i>PC</i>
E	16	54	65	15	51	55	17	57	75
N	21	73	99	22	73	99	19	63	90
P	10	63	90	4	50	50	4	50	50
L	5	43	25	8	51	55	10	56	70
<i>STAI</i>	<i>PD</i>		<i>PC</i>	<i>PD</i>		<i>PC</i>	<i>PD</i>		<i>PC</i>
A-E	29		77	21		55	21		55
A-R	37		87	30		75	31		77
<i>D2</i>	<i>PC</i>								
TR	99			99			99		
TA	99			99			99		
O	90			97			99		
C	70			70			70		
TOT	99			99			99		
CON	99			99			99		
VAR	15			15			1		
TR+	95			95			95		
TR-	99			99			99		

*Nota.* S'exposen les puntuacions extretes en els diversos tests, en el moment abans del succés vital, poc després d'aquest i en el moment de recuperació del subjecte 2. El test EPQ-R es configura per diversos ítems a avaluar: E. Extraversió; N. Neuroticisme/ Emotivitat; P. Psicoticisme/ Duresa; L. Desitjabilitat social/ Simulació. En el test STAI s'avaluen diversos ítems: A-E. Estat emocional d'ansió transitori; A-R. Tret ansios de la personalitat. El D2 es configura per nou ítems diferents: TR. Total de respostes; TA. Total d'encerts; O. Omissions; C. Comissions; TOT. Efectivitat total de la prova; CON. Índex de concentració; VAR. Índex de variació o diferència; TR+. Línia amb major nombre d'elements intentats; TR-. Línia de menor nombre d'elements intentats. Es mostren els diferents resultats a través de diferents escales d'avaluació: PD. Puntuació directa; PT. Puntuació total; PC. Puntuació percentil.

Finalment, a partir dels relats de vida exposats als *Annexos*, els dos subjectes manifesten algunes de les característiques pròpies de la PICS, tal com es mostra en la *Taula 6*. El subjecte 1, plasma haver experimentat afectacions cognitives, en la memòria, atribuïdes a una amnèsia inespecífica durant un any aproximadament després del succés, simptomatologia compatible amb Trastorn per Estrès Agut i certes afectacions en la qualitat de vida arran de les afectacions de l'ictus cerebral. Tanmateix, el subjecte 2, exposa simptomatologia compatible amb TEPT i amb Trastorn per Estrès Agut arran del succés, certa afectació envers les funcions executives just després del succés i en la memòria amb relació a una amnèsia retrògrada recent, la qual esmenta que possiblement és causada pels efectes de la sedació.

**Taula 6.** “Postintensive Care Syndrome” (PICS)

			Subjecte 1	Subjecte 2
<b>PICS</b>	Afectacions psicològiques	Simptomatologia Trastorn per Estrès Agut	X	X
		Simptomatologia TEPT		X
		Simptomatologia trastorn del son		
	Afectacions cognitives	Funcions executives		X
		Memòria	X	X
		Atenció		
		Velocitat processament		
	Afectacions físiques	Pulmonar		
		Neuromuscular		
	Afectacions socioeconòmiques	Qualitat de vida	X	

*Nota.* Es mostren amb una X, les diferents afectacions psicològiques, cognitives, físiques i/o socioeconòmiques que han viscut els subjectes després de l'ingrés hospitalari, les quals es determinen en la PICS.

### 2.2.2 Resultats entorn pròxim dels subjectes

En relació amb els resultats obtinguts a partir de l'entorn dels dos subjectes, el qual es configura per les persones que el mateix subjecte ha determinat com a recursos de suport familiar o extrafamiliar, a través de l'ecomapa que es pot observar als *Annexos*, en la



*Taula 7* es mostra la proporció d'individus que han experimentat diferents reaccions emocionals davant el succés o estats emocionals al llarg de l'estat en coma. Envers el subjecte 1 cal destacar que tots els subjectes han explicitat experimentar dolor i por envers les seqüeles, i un 75% d'aquests han experimentat la sensació de mort del pacient, tanmateix, cap d'ells ha viscut el succés amb ràbia. Per altra banda, en relació amb les persones de l'entorn del subjecte 2, un 81,82% ha experimentat sensació de mort del pacient i han tingut esperança envers la situació, i un 72,73% han manifestat la preocupació envers la tipologia i desconeixença de la patologia.

**Taula 7.** Patiment de l'entorn pròxim dels subjectes

		Freqüència en les persones de l'entorn	
		Subjecte 1	Subjecte 2
<b>Patiment dels familiars i amics</b>	Sensació mort del pacient	75%	81,82%
	Impotència	50%	63,64%
	Tristesa	50%	54,55%
	Esperança	50%	81,82%
	Dolor	100%	45,45%
	Desig mort	50%	18,18%
	Ràbia	0	27,27%
	Creences religioses	50%	45,45%
	Preocupació patologia	25%	72,73%
	Por seqüeles	100%	45,45%

*Nota.* Es mostra el percentatge de subjectes que han experimentat cada emoció. Cal considerar que hi ha quatre subjectes els quals configuren l'entorn pròxim del subjecte 1, i n'hi ha onze que configuren el del subjecte 2.

Tal com es mostra a continuació en la *Taula 8*, l'entorn relacional proper dels subjectes han experimentat en ambdós casos un alt percentatge d'ells, necessitats de cuidat al subjecte i estar al seu costat (necessitats socials) i la necessitat d'estar informats del succés i estat del pacient en tot moment, per part de l'equip professional sanitari.

Posteriorment, en la *Taula 9*, s'exposa la presència o absència, en l'entorn dels subjectes, de concepcions envers l'UCI i la situació de risc vital, divergent entre ambdós subjectes. Es pot observar l'absència de concepcions explícites envers l'UCI i certes concepcions negatives envers el succés definint-lo com a "malson" i en el cas del subjecte 2, certes concepcions positives envers el despertar del subjecte, com a "miracle". Tals concepcions es plasmen als *Annexos*, en els autoenregistraments realitzats.

**Taula 8.** Necessitats de l'entorn pròxim dels subjectes

		Freqüència en les persones de l'entorn	
		Subjecte 1	Subjecte 2
<b>Necessitats dels familiars i amics</b>	Cognitives	50%	63,64%
	Emocionals	25%	18,18%
	Socials	100%	90,91%
	Pràctiques	0	0

*Nota.* Es mostra el percentatge de persones de l'entorn dels subjectes que experimenten necessitats cognitives, emocionals, socials i pràctiques. En les necessitats cognitives s'hi engloba la necessitat d'estar informats i conèixer la situació i pronòstic en què es troba el pacient. En les necessitats emocionals s'hi troba el suport dels professionals sanitaris. En les necessitats socials, s'hi consideren les necessitats d'estar al costat del pacient i cuidar-lo. I en les necessitats pràctiques s'hi emmarquen les estructures i espais destinats als familiars a cobrir les seves necessitats bàsiques i fer més confortable l'estada hospitalària. Cal contemplar que els percentatges del subjecte 1, es basen en quatre participants, i els percentatges del subjecte 2 en onze.

**Taula 9.** Concepcions envers l'UCI i la patologia

			Freqüència en les persones de l'entorn	
			Subjecte 1	Subjecte 2
<b>Concepcions dels familiars i amics</b>	UCI	Positives	0	0
		Negatives	0	0
	Patologia	Positiva	0	27,27%
		Negativa	50%	36,36%

*Nota.* Es mostren l'experimentació de concepcions envers l'UCI o la mateixa patologia, classificant-les en positives o negatives. La presència d'aquestes en les persones de l'entorn dels subjectes, es realitzen sobre quatre en el subjecte 1 i sobre onze en el subjecte 2.

Per una banda, en la *Taula 10*, es plasma a través de les aportacions dels autoenregistraments, que totes les persones de l'entorn, tant del subjecte 1 com del subjecte 2, experimenten sentiments, pensaments i conductes pròpies de la compassió i pròpies de l'empatia, a través de la Teoria de Ment.

Per altra banda, en la *Taula 11*, es pot observar el percentatge de persones de l'entorn de cada subjecte que arran del succés vital d'aquests han experimentat canvis a diferents nivells relacionals tal com s'exposa en la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner. Un 75% de les persones de l'entorn del subjecte 1 i un 81,82% del subjecte 2, han experimentat canvis en el seu microsistema, sigui amb el subjecte propi o envers altres persones del seu microsistema. Tanmateix, també es mostra canvis en altres nivells relacionals, ja sigui envers familiars del subjecte, els quals no formaven part del seu microsistema, en l'àmbit laboral, creences, valors, etc. Es poden observar en els *Annexos*.

**Taula 10.** La ToM en l'entorn pròxim dels subjectes

		Freqüència en les persones de l'entorn	
		Subjecte 1	Subjecte 2
<b>ToM en els familiars i amics</b>	Compassió	100%	100%
	Empatia	100%	100%

*Nota.* S'exposen els percentatges de subjectes que expliciten comportaments i reaccions emocionals que configuren la compassió i/o l'empatia.

**Taula 11.** La Teoria Ecològica de Bronfenbrenner en l'entorn pròxim dels subjectes.

		Freqüència en les persones de l'entorn	
		Subjecte 1	Subjecte 2
<b>Teoria Ecològica de Bronfenbrenner en els familiars i amics</b>	Microsistema	75%	81,82%
	Mesosistema	25%	0
	Exosistema	25%	18,18%
	Macrosistema	0	36,36%

*Nota.* Plasma el percentatge de persones de l'entorn, que han experimentat arran del succés de risc vital dels subjectes, canvis en el seu microsistema, mesosistema, exosistema i macrosistema.

I finalment, en la *Taula 12*, igual que es mostra envers els subjectes, es plasmen la presència o absència d'afectacions característiques de la Síndrome Post Cures Intensives envers la família. Es pot observar que només un 36,36% de les persones de l'entorn del subjecte 2 experimenta una exaltació de les afectacions o problemes físics previs al succés.

**Taula 12.** “Postintensive Care Syndrome Family” (PICS-F)

			Freqüència en les persones de l'entorn	
			Subjecte 1	Subjecte 2
<b>PICS-F</b>	Afectacions psicològiques	Simptomatologia del Trastorn per Estrès Agut	0	0
		Simptomatologia TEPT	0	0
		Simptomatologia depressiva	0	0
	Afectacions físiques	Exaltació de problemes físics previs	0	36,36%
	Afectacions socioeconòmiques	Qualitat de vida	0	0

*Nota.* Mostra els percentatges de les diferents afectacions psicològiques experimentades, cognitives, físiques i/o socioeconòmiques que ha viscut l'entorn dels subjectes després de l'ingrés hospitalari, les quals es determinen en la PICS-F.

### 2.3 Discussió

En primer lloc, fent referència a les hipòtesis generals inicialment plantejades, les quals eren per una banda, que la persona que viu una experiència similar realitza canvis en l'àmbit socioafectiu, emocional i de la personalitat, i per altra banda, que l'entorn social d'aquests subjectes desenvolupa una nova concepció de la persona, de relacionar-se amb ella i amb persones del mateix sistema relacional, es poden veure reflectides al treball. ´

Pel que fa a la primera hipòtesi general esmentada, es pot observar tant als relats de vida com als resultats anteriorment exposats de ambdós casos, que el subjecte desencadena dependència emocional envers el seu entorn, i físic si és necessari. Envers els canvis de la personalitat, no es plasma en el subjecte 1, ja que només realitza els tests en el moment de recuperació, però si en el subjecte 2, el qual augmenta l'extraversió i l'estat d'ànim, disminueix l'ansietat, tot i ser elevada, i també augmenta el conformisme, es pot observar

en la *Taula 5*. Tanmateix, referent a la primera hipòtesi específica, la qual exposa que la concepció personal del subjecte i la del seu entorn social coincidiran en aspectes socials visibles a través de la conducta, però cognitius i de la personalitat només coincidiran amb algunes persones nuclears, remarcant aquests canvis de la personalitat, no tan visibles conductualment, el subjecte 2 en el relat de vida exposa l'aprenentatge de prendre's el succés i relacions diferents i estar més sensible, i escassos subjectes, tal com es pot observar en els registres, plasmen aquests canvis, exposen els canvis inicials o temor a les seqüeles referents al despertar del coma però posteriorment, no sorgeixen plasmats amb el mateix percentatge d'individus.

Per altra banda, envers la segona hipòtesi general, s'hi pot relacionar directament la segona hipòtesi específica, la qual esmenta que hi haurà canvis relacionals, en cada cas estudiat, amb i entre sistemes, afectant la confiança i dependència emocional. Pel que fa als canvis en ambdós casos paral·lelament, s'observen en els diferents nivells relacionals de la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner, sobretot en el microsistema tal com es pot copsar en la *Taula 11*. I pel que fa a la tercera i última hipòtesi específica, la qual recau en el fet que hi haurà alguna similitud entre els casos només en els canvis relacionals, no s'ha complert, relacionalment hi ha la majoria de similituds, però els dos subjectes presenten una alta ansietat i emotivitat i diversos sentiments i estats emocionals comunes tal com s'exposa en la *Taula 2*.

Amb relació a les concepcions teòriques exposades a través de diversos autors i els resultats extrets en l'estudi, cal esmentar en primer lloc, tal com exposa Zambrano et al. (2010) l'experiència de l'ingrés hospitalari en l'UCI genera estrès tant al pacient com als seus familiars, ja que s'associa amb un alt risc de mortalitat i s'acostuma a relacionar amb falta d'informació respecte al mateix pronòstic de l'individu, provocant també angoixa, temor, impaciència i desesperança. Beltrán-Salazar (2009), afegeix que el pacient també manifesta la sensació de soledat i/o abandonament, d'ansietat, d'angoixa, tristesa, temor, plor, alteració de la imatge corporal i angoixa davant la possibilitat de mort. I Del Barrio (2001), esmenta també dificultat en l'orientació temporal. Per altra banda, Urrutia i Garrido (2011) exposen que els familiars experimenten la sensació que el pacient es pot morir inesperadament i poden generar sentiments d'impotència, tristesa, esperança, dolor, desig de mort, ràbia i recorren a creences religioses.

Aquestes emocions i sensacions es plasmen en l'estudi en menor o major grau depenen del subjecte, tal com s'exposa en la *Taula 2* i la *Taula 7*. El subjecte 1 no plasma haver experimentat soledat o abandonament, tristesa, temor, alteració de la imatge corporal, angoixa envers la mort, desorientació temporal ni afectació de la son, però per contra experimenta desig de mort i ECM. Per contra, el subjecte 2 experimenta totes les emocions descrites i també ECM. Tanmateix, cal destacar que l'entorn del subjecte 1 no ha experimentat ràbia envers la situació però destaquen en la presència de dolor i apareix molta por envers les seqüeles, arran de l'ictus viscut pel subjecte. En el subjecte 2, es destaca la sensació de mort del pacient i d'esperança, però apareix amb força la preocupació envers la patologia, ja que era desconeguda.

En segon lloc, Piquero (2017) exposa la Síndrome de Cures Intensives citant a Hewitt (2002), el qual esmenta que els pacients experimenten alteracions com il·lusions, deliris, al·lucinacions visuals i tàctils, ansietat, estrès, desesperació, confusió i desorientació. Les causes més freqüents són entre d'altres, la privació del son, drogues o sedació i els trets psicològics dels pacients previs. Es plasma en la *Taula 3*, la qual reflecteix que el subjecte 1, pràcticament no presenta cap alteració pròpia de la Síndrome, i en canvi el subjecte 2, generalment les presenta totes, fet que tal com plasma l'autor podria ser causat per l'alta sedació, la qual li va provocar el coma induït.

En tercer lloc, copsant l'aparició en els subjectes d'ECM, cal destacar tal com exposen Charland-Verville et al. (2014), que no s'ha realitzat cap estudi envers les diferents característiques de les ECM, envers la diversitat d'intensitat ni de contingut, però plasmen que la majoria d'ECM són positives, i es registra una incidència d'1,4% ECM, en 2 persones de cada 140. En aquests dos casos estudiats, els dos subjectes sembla que en presenten, molt diverses entre si, tant per la quantitat, com per la tipologia i afrontament, però en els dos casos són negatives.

En quart lloc, Piquero (2017) exposa que els familiars tenen certes necessitats cognitives, emocionals, socials, pràctiques, les quals es poden observar en la *Taula 8*. Es presenten totes en més o menys subjectes, destacant la presència de necessitats socials, és a dir, estar al costat del pacient i poder-lo cuidar, i per contra, hi ha total absència de les necessitats pràctiques, les quals recauen en la importància de certes zones o espais dins de l'hospital que faciliten la comoditat dels familiars dels pacients.

En cinquè lloc, també fent referència als subjectes de l'entorn dels pacients, Urrutia i Garrido (2011) exposen que un 83% dels familiars participants consideren a l'UCI com el lloc on van als pacients amb risc vital, on es torna la vida o lloc dels miracles, un 17% ho descriuen com un lloc angoixant i un 8% com un lloc agressiu i caòtic. Però tal com es plasma en la *Taula 9*, hi ha absència total d'aquestes en els subjectes, però per contra se'n desencadenen envers la malaltia o succés, referint-se a ell com a "miracle" o com a "malson".

En sisè lloc, tenint en compte la Teoria de la Ment i la importància de l'empatia, Peters i Calvo (2014) exposen que comprendre la diferència entre compassió i empatia és imprescindible per comprendre la resistència davant del patiment. L'empatia implica necessàriament un reflex del sentiment de l'altra persona, per contra, la compassió no, però implica preocupació, cura i motivació per actuar en nom de l'altra persona. L'angoixa empàtica produeix un augment del ritme cardíac i s'associa a l'estrès, en canvi, la compassió crea una desacceleració del ritme cardíac i disminució de l'estrès. Tal com s'observa als registres de les persones de l'entorn del subjecte i es plasma en la *Taula 10*, totes les persones de l'entorn d'ambdós subjectes experimenten els dos conceptes. Cal destacar que les dues respostes són essencials en les relacions humanes i de benestar. (Peters i Calvo, 2014).

En setè lloc, després d'exposar l'impacte de diferents aspectes del succés en les persones de l'entorn del subjecte, cal contemplar l'impacte relacional a través de la Teoria Ecològica de Bronfenbrenner, tenint en compte el desenvolupament. Monreal i Guitart (2013) plasmen que actualment s'entén el desenvolupament com un conjunt de processos a través dels quals les propietats de la persona i de l'ambient interactuen per produir constància i canvi en les característiques biopsicològiques de la persona al llarg de la seva vida (Bronfenbrenner, 1992, 2001). Tal com es mostra en la *Taula 11* i s'ha esmentat anteriorment, un alt percentatge de les persones de l'entorn del dos subjecte experimenten canvis en el microsistema i amb un percentatge menor, també n'experimenten en la resta a nivells; mesosistema, exosistema i macrosistema.

I finalment, Piquero (2017) exposa la PICS i la PICS-F, la qual es configura per afectacions psicològiques com ansietat, Trastorn per Estrès Agut, depressió, TEPT i

trastorns del son. I en el cas de les famílies, també se'ls hi poden exaltar els problemes físics i de salut que ja tenien prèviament.

Pel que fa als subjectes, experimenten diverses característiques entre ells, però els dos n'expressen poques pròpies de la síndrome. El subjecte 1, esmenta experimentar simptomatologia compatible amb Trastorn per Estrès Agut, afectacions en la memòria en desenvolupar una amnèsia inespecífica i una afectació en la qualitat de vida. El subjecte 2, exposa experimentar simptomatologia compatible amb Trastorn per Estrès Agut i TEPT, afectacions en les funcions executives i en la memòria en viure una amnèsia retrògrada recent, tal com es plasma en la *Taula 6*. Per contraposició, les persones de l'entorn dels subjectes no experimenten característiques pròpies de la síndrome, només un baix percentatge de les persones properes al subjecte 2 experimenten una exaltació de les afectacions de la salut i físiques, les quals ja tenien prèviament al succés, tal com es pot observar en la *Taula 12*.

Tanmateix, considero esmentar diverses limitacions de l'estudi, les quals recauen en la manca de proves psicomètriques del subjecte 1 abans del succés i en un primer moment de recuperació, una major quantitat de persones de l'entorn del subjecte 1 i major temps per la realització dels registres, ja que la situació actual de l'estat d'alarma, arran de la Covid-19 ho ha dificultat molt. També cal considerar un possible biaix d'objectivitat, ja que la vivència del segon subjecte és recent, però la del primer no tant, els records poden estar modificats o no tenir-se en la seva totalitat arran de l'efecte del pas del temps. De la mateixa manera, la meua proximitat envers aquests successos de risc vital també pot haver-hi influenciat.

Per altra banda, cal remarcar la manca d'informació de l'estat en coma, ja que hi ha estudis sobre els diferents nivells de consciència i de l'impacte emocional de l'ingrés a l'UCI, però no envers les afectacions ni la vivència mateixa de l'estat en coma. I finalment, cal tenir en compte que els resultats obtinguts no són extrapolables ja que és un estudi qualitatiu, el qual únicament plasma dues vivències.

Per acabar, hi ha programes d'acompanyament, tant pel pacient com per la seva família, davant una malaltia oncològica o tal com exposen Casallas, Guzmán, Restrepo i Suárez



(2014), n'hi ha envers els familiars de pacients en estat en coma irreversible, però no n'hi ha cap envers la vivència de l'estat en coma, ni pel pacient ni per l'entorn d'aquest.

Davant els resultats de l'estudi, des de la meua perspectiva personal, una futura línia d'intervenció podria ser l'acompanyament psicològic en aquestes situacions tant pel subjecte com pels familiars.

## **2.4 Conclusions**

En l'estudi es mostren dos casos paral·lels d'estat en coma, dels quals un s'hi troba de forma natural i l'altre de forma induïda, per causes molt diverses entre si. Els dos subjectes ho viuen molt diferent entre ells, ja sigui per les causes, l'estada a l'UCI, l'estat en coma o la duració d'aquest. Per altra banda, l'entorn dels dos subjectes mostra una vivència semblant, ja que una persona estimada es troba en una situació de risc vital ingressada a l'UCI, tenint en compte les diferències individuals. Tant els subjectes com el seu entorn respectiu, experimenten afectacions en l'àmbit emocional, cognitiu, físic i relacional, tot i que no es poden determinar les afectacions directes que l'estat en coma produeix als individus, ja que en l'actualitat no trobem un ampli ventall d'estudis o investigacions sobre aquest.

### 3. Referències

- Bates, D. (1991). Defining prognosis in medical coma. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 54(7), 569. doi: 10.1136/jnnp.54.7.569
- Bates, D. (1993). The management of medical coma. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 56(6), 589. doi: 10.1136/jnnp.56.6.589
- Belio, M. P., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería intensiva*, 23(2), 51-67. doi: 10.1016/j.enfi.2011.06.001
- Bris Pertiñez, J. (2017). El autocuidado emocional del médico de familia: algunas propuestas. Recuperat de [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2034](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2034)
- Campos Naranjo, C. (2018). *La resolución de conflictos desde la prevención*. Recuperat de <https://slideplayer.es/slide/12617246>
- Casallas Jiménez, J. A., Guzmán Jaramillo, M. A., Restrepo Aranguren, I. E., & Suárez Restrepo, L. M. (2014). *Programa de acompañamiento a familiares de pacientes en estado de coma irreversible* (Bachelor's thesis).
- Centre de Terminologia. (2020). *Els termes són la base de la ciència*. Recuperat de: <https://www.termcat.cat/ca>
- Charland-Verville, V., Jourdan, J. P., Thonnard, M., Ledoux, D., Donneau, A. F., Quertemont, E., & Laureys, S. (2014). Near-death experiences in non-life-threatening events and coma of different etiologies. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 203. doi: 10.3389/fnhum.2014.00203
- de Castro, P. (2008). Paciente con alteración de conciencia en urgencias Patients with alteration of consciousness in the emergency department. *An. Sist. Sanit. Navar*, 31.
- Devlin, J. W., Fraser, G. L., & Riker, R. R. (2011). Drug-induced coma and delirium. *Drug-induced complications in the critically ill patient: a guide for recognition and treatment*, 126-136.

- Fundació enciclopèdia. (2020). *enciclopèdia.cat* . *El cercador de referència en català*.  
Extret de: <https://www.enciclopedia.cat>
- Gallo, D. A. (2010). False memories and fantastic beliefs: 15 years of the DRM illusion. *Memory & Cognition*, 38(7), 833-848. doi:10.3758/MC.38.7.833
- García García, E., González Marqués, J., & Maestú Unturbe, F. (2011). Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y estrés*, 17(2-3), 265-279.
- García, S., Suárez, S. S., Dávalos, E. M., & de Jesús Villagómez, A. (2013). Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte II. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(2), 142-147.
- García-Ciaño, E. (2015). *Guía para la elaboración de la historia de vida. Anexo: Preparación para la adopción y el acogimiento*. Recuperat de [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4750\\_d\\_HistoriaVida\\_Asturias.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4750_d_HistoriaVida_Asturias.pdf)
- Gorjón Peramato, M. E. (2017). Nueva Escala de Coma de Glasgow [Imatge digital].  
Recuperat de <https://www.picuida.es/nueva-escala-coma-glasgow/>
- Huchim Aguilar, D., & Reyes Chávez, R. (2013). La investigación biográfico-narrativa, una alternativa para el estudio de los docentes. *Actualidades investigativas en Educación*, 13(3), 392-419.
- León Carrión, J., Domínguez Roldán, J. M., & Domínguez Morales, M. R. (2001). Coma y estado vegetativo: aspectos médico-legales. *Revista Española de Neuropsicología*, 3 (1-2), 63-76.
- Monreal, M. G., & Guitart, M. E. (2013). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronferbrenner. *Contextos educativos. Revista de educación*, (15), 79-92. doi: 10.18172/con.656
- Moreno, M. C., Gill, A. C., Romero, P. D., & Cardona, M. F. (2015). Alteración del nivel de conciencia. Síndrome confusional agudo. *Medicine-Programa de Formación*

*Médica Continuada Acreditado*, 11(89), 5303-5313. doi:  
10.1016/j.med.2015.10.015

Orengo, J. (2016). Urie Bronfenbrenner Teoría Ecológica. Recuperat de [http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva\\_Profesores/janette\\_orengo\\_educ\\_173/Urie\\_Bronfenbrenner.pdf](http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/janette_orengo_educ_173/Urie_Bronfenbrenner.pdf).

Peters, D., & Calvo, R. (2014). Compassion vs. empathy: designing for resilience. *interactions*, 21(5), 48-53. doi: 10.1145/2647087

Piquero Cuevas, M. (2017). Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Portellano, J. A. (2000). Introducción a la neuropsicología. McGraw-Hill España.

Sacido, P. (2018). *En Coma*. Recuperat de <https://poematrix.com/autores/pilar-sacido/poemas/en-coma>

Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

Sánchez-Navarro, J. P., & Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 20(2), 223-240.

Sessler, C. (2020). *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*. Recuperat de <https://www.mdcalc.com/richmond-agitation-sedation-scale-rass#creator-insights>

Snell, R.S. (2007). *Neuroanatomía Clínica* (6ª ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana, 247-280.

Stanger, N. (2011). Bronfenbrenner's Ecological Theory [Imatge digital]. Recuperat de [https://www.researchgate.net/figure/An-adapted-illustrated-model-of-a-Bronfenbrenners-Ecological-Theory-Adapted-from\\_fig1\\_285232380](https://www.researchgate.net/figure/An-adapted-illustrated-model-of-a-Bronfenbrenners-Ecological-Theory-Adapted-from_fig1_285232380)

Suarez Cuba, M. Á. (2015). Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Revista Médica La Paz*, 21(1), 72-74.

TEA EDICIONES (2020). Catálogo. Recuperat de <http://universitea.teaediciones.net/Mostrador/Estanteria>

Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en psiquiatría biológica*, 7(1), 6-27.

Thonnard, M., Charland-Verville, V., Brédart, S., Dehon, H., Ledoux, D., Laureys, S., & Vanhauzenhuyse, A. (2013). Characteristics of near-death experiences memories as compared to real and imagined events memories. *PloS one*, 8(3). doi: 10.1371/journal.pone.0057620

Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de neurología*, 44(8), 479-489.

Urrutia, I. B., & Garrido, P. S. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista chilena de medicina intensiva*, 26(1), 27-34.

Van Lommel, P. (2011). Near-death experiences: the experience of the self as real and not as an illusion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1234(1), 19. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06080.x

Zambrano-Plata, G. E., Ferreira-Cardona, J. C., Lindarte-Clavijo, A. A., Niño-Bayona, C. J., Ramírez-Rodríguez, N. R., & Rojas-Bautista, L. Y. (2010). Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Revista Ciencia y Cuidado*, 7(1), 52-60. doi: 10.22463/17949831.493

## 4. Annexos

### Annex 1: Format consentiments informats

Consentiment informat pels dos subjectes estudiats:

#### CONSENTIMENT PARTICIPACIÓ EN TREBALL DE RECERCA

....., DNI.....  
accepto participar voluntàriament en l'estudi vinculat al treball de final de grau que realitza l'estudiant Anna Carbonell Gómez amb DNI 48041078N dins del grau en Psicologia de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC).

En el moment de formular aquesta autorització declaro que:

- Se m'ha informat del projecte del treball de final de grau que realitza l'estudiant, entenent que no es tracta d'una intervenció psicològica, sinó d'una pràctica en el marc de la formació acadèmica de l'estudiant.
- Se m'ha informat de les tasques que comporten la meva participació en aquesta recerca i que consisteixen en la realització d'un relat de vida del succés estudiat i la realització de diverses proves psicomètriques.
- Sóc coneixedor/a de la possibilitat de retirar-me en qualsevol moment, sense necessitat de cap mena de justificació ni conseqüències.
- Les dades obtingudes a través de la meva participació es tractaran només amb finalitats científiques, i s'hi aplicaran les mesures necessàries per garantir la confidencialitat i el meu dret a la intimitat personal i familiar. Tan bon punt s'obtinguin es tractaran sense vincular-les a dades que permetin la meva identificació. No es comunicaran dades identificatives meves a altres persones. En cap cas es difondran de manera que es puguin vincular a la meva persona.
- Un cop finalitzat el treball, si és del meu interès, podré tenir accés als resultats globals de la recerca, així com a la memòria escrita del TFG, formulant la petició pertinent enviant un correu a la següent adreça electrònica de l'estudiant: [anna.carbonell@uvic.cat](mailto:anna.carbonell@uvic.cat).

I perquè consti als efectes oportuns, signo aquest document a .....,  
el dia ....., de ..... de 2020.

Consentiment informat per les persones de l'entorn del subjecte:

CONSENTIMENT PARTICIPACIÓ EN TREBALL DE RECERCA

....., DNI.....  
**accepto** participar voluntàriament en l'estudi vinculat al treball de final de grau que realitza l'estudiant Anna Carbonell Gómez amb DNI 48041078N dins del grau en Psicologia de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC).

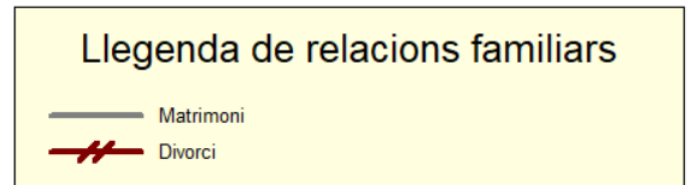
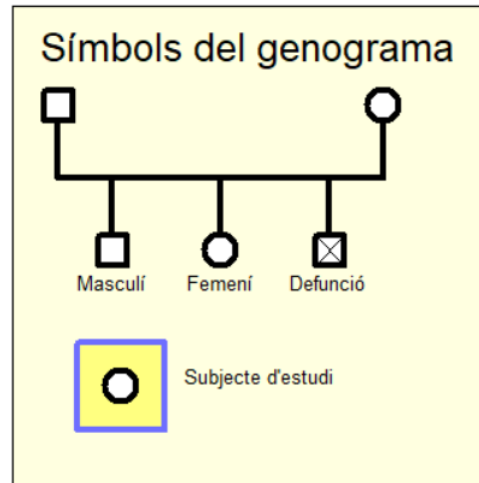
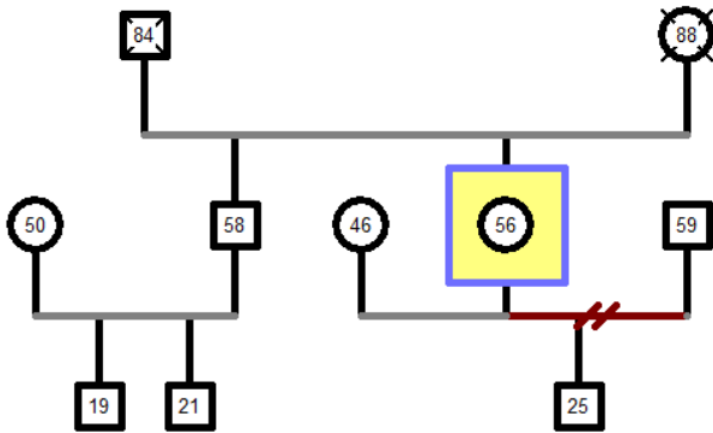
En el moment de formular aquesta autorització **declaro** que:

- Se m'ha informat del projecte del treball de final de grau que realitza l'estudiant, entenent que no es tracta d'una intervenció psicològica, sinó d'una pràctica en el marc de la formació acadèmica de l'estudiant.
- Se m'ha informat de les tasques que comporten la meva participació en aquesta recerca i que consisteixen en la realització d'un enregistrament sobre la meva experiència viscuda davant del succés estudiat.
- Sóc coneixedor/a de la possibilitat de retirar-me en qualsevol moment, sense necessitat de cap mena de justificació ni conseqüències.
- Les dades obtingudes a través de la meva participació es tractaran només amb finalitats científiques, i s'hi aplicaran les mesures necessàries per garantir la confidencialitat i el meu dret a la intimitat personal i familiar. Tan bon punt s'obtinguin es tractaran sense vincular-les a dades que permetin la meva identificació. No es comunicaran dades identificatives meves a altres persones. En cap cas es difondran de manera que es puguin vincular a la meva persona.
- Un cop finalitzat el treball, si és del meu interès, podré tenir accés als resultats globals de la recerca, així com a la memòria escrita del TFG, formulant la petició pertinent enviant un correu a la següent adreça electrònica de l'estudiant: [anna.carbonell@uvic.cat](mailto:anna.carbonell@uvic.cat).

I perquè consti als efectes oportuns, signo aquest document a .....,  
el dia ....., de ..... de 2020.

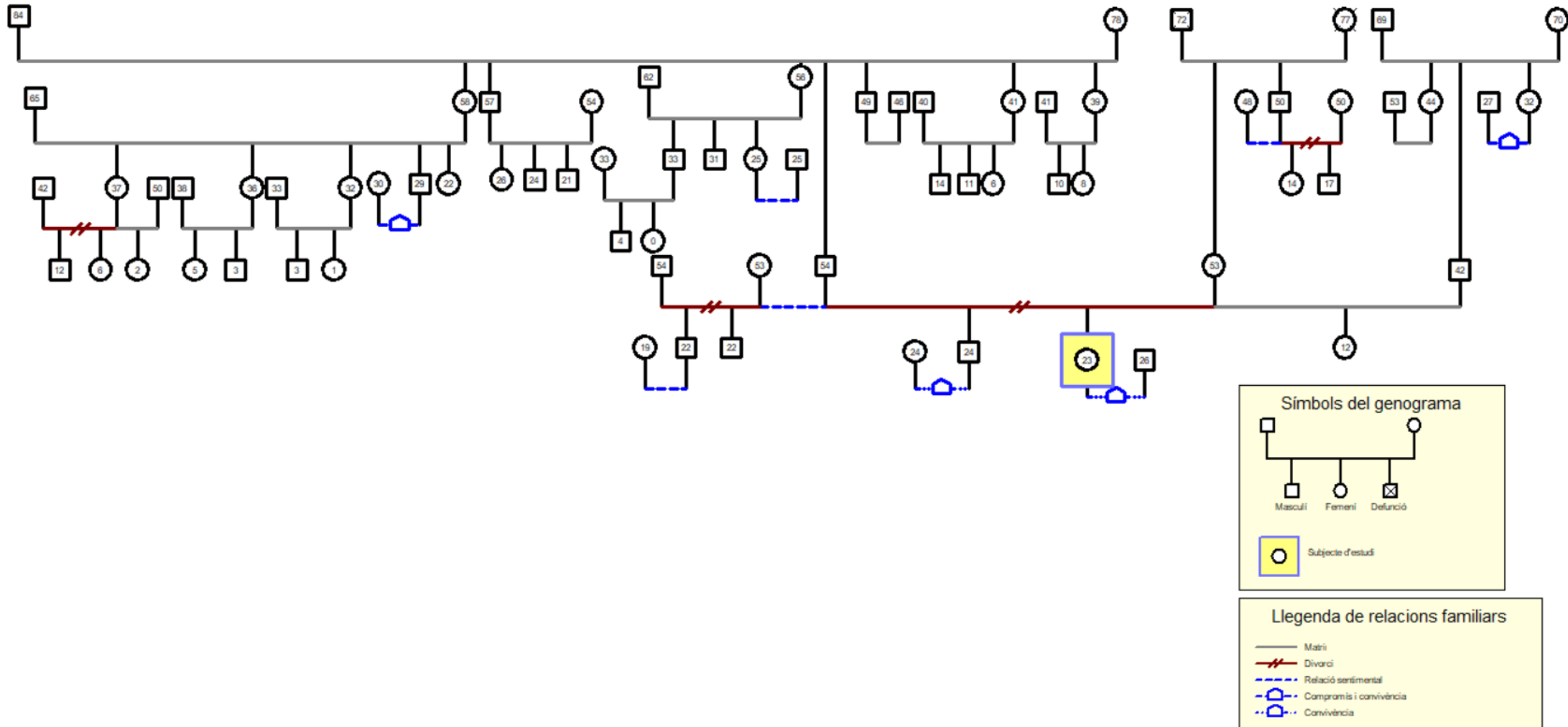
## Annex 2: Genogrames

Subjecte 1: Estat en coma arran d'un ictus cerebral

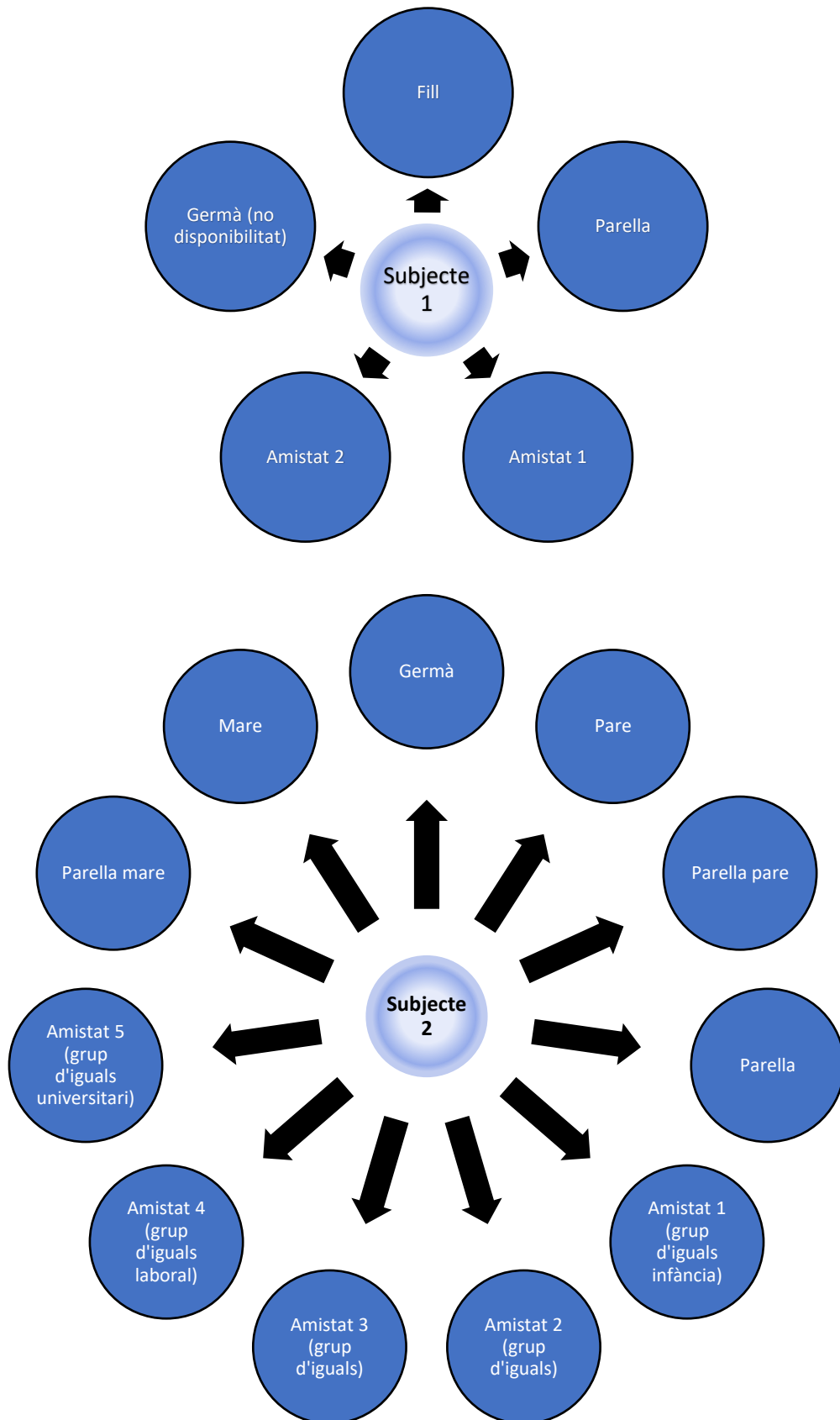




**Subjecte 2:** Estat en coma induït o sedació arran de “poliangeïtis microscòpica”, malaltia autoimmune



### Annex 3: Ecomapes



## Annex 4: Camins de vida

### Subjecte I:



- Tot m'era igual
- No sóc conscient de res
- Ràbia
- Plorar molt
- Impotència
- Perquè, perquè, perquè a mi?
- Què ha passat?
- Què he fet per merèixer això?
- Odio el món
- Em rebenta tot i tothom

Data: 22/04/2020  
Edat: 56  
Gènere: Femení



- Més tranquil·la
- Perquè a mi?
- Què he fet?
- No mereixo això

### Subjecte II:



- Perquè ploreu?
- Perquè em mireu així?
- Perquè ha passat?
- Perquè a mi?
- Quan torni a anar a dormir, em tornarà a passar?
- Demà em despertaré? Em moriré?
- Com ho puc evitar?
- Por, inseguretat
- Culpabilitat
- Dolor
- Molta confusió i molts sentiments alhora

Data: 24/04/2020  
Edat: 22  
Gènere: Femení



- Por
- Debilitat i sensibilitat
- Culpabilitat, tot i saber que no en sóc culpable
- No hi ha un perquè
- No sóc una víctima, sóc una supervivent
- Jo puc
- Vull tornar a ser jo
- No puc controlar el demà

## **Annex 5: Tests psicomètrics**

A partir de les aportacions de TEA EDICIONES (2020), els diferents tests utilitzats en aquest estudi es caracteritzen de forma general de la següent manera:

### **1. EPQ-R : QUESTIONARI DE PERSONALITAT DE EYSENCK – REVISAT**

**Autors:** H. J. Eysenck i S. B. G. Eysenck

**Adaptadors:** G. Ortet, M. I. Ibáñez, M. M. Ipola i F. Silva

**Edat:** a partir de 16 anys

**Temps:** Aproximadament entre 15 i 30 minuts.

Aquest test avalua la personalitat a través de tres aspectes bàsics, l'extraversió, el neuroticisme i el psicoticisme. Tanmateix, avalua la simulació, permeten plasmar la interferència de la desitjabilitat social en les respostes.

Eysenck concep que cada dimensió es pot donar de forma general i més permanent en l'individu considerant-ho com un tret, però també es pot donar habitualment sense ser-hi sempre, a través de respostes habituals, o bé, pot aparèixer esporàdicament en respostes específiques.

Defineix diversos trets que configuren les tres dimensions. En primer lloc, l'extraversió (E) es configura per diversos trets com ser sociable, viu, actiu, assertiu, buscador de sensacions, despreocupat, dominant, espontani i aventurer. En segon lloc, envers el neuroticisme (N), els autors consideren que es determina a través de trets com ser ansiós, deprimat, sentiments de culpa, baixa autoestima, tens, irracional, tímid, trist i emotiu. I en tercer i últim lloc, envers el Psicoticisme (P), es determina que es configura per trets com ser agressiu, fred, egocèntric, impersonal, impulsiu, antisocial, baixa empatia, creatiu i rígid.

### **2. STAI: QUESTIONARI D'ANSIETAT ESTAT-TRET**

**Autors:** C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch i R.E. Lushene

**Adaptadors:** G. Buéla-Casal, A. Guillén-Riquelme i N. Seisdedos Cubero

**Edat:** Adolescents i adults

**Temps:** Aproximadament 20 minuts (variable)

L'STAI és una autoavaluació, la qual quantifica l'ansietat, tant si apareix esporàdicament o de forma transitòria (Ansietat-Estat (A-E)), caracteritzat per sentiments subjectius i conscients, com si és un tret latent, viscut de forma general o estable en l'individu (Ansietat-Tret (A-R)), on l'individu tendeix a percebre les situacions com amenaçadores.

### **3. D2: TEST D'ATENCIÓ**

**Autors:** R. Brickenkamp

**Adaptadors:** N. Seisdodos

**Edat:** nens a partir de 8 anys, adolescents i adults.

**Temps:** Entre 8 i 10 minuts (variable).

Aquest test avalua amb temps limitat l'atenció selectiva, a través de la cancel·lació, i també avalua la concentració mitjançant unes instruccions, executant una tasca de discriminació de diferents estímuls visuals molt similar que s'han de discriminar entre si. Resulten nou puntuacions diferenciades que plasmen la velocitat, precisió, estabilitat o control, cansament i eficàcia inhibidora de l'atenció.

Annex 6: Relats de vida

Subjecte 1

Patiment del subjecte

Síndrome cures intensives

PICS

Relat de vida

23/Abril/2020.

El meu nom es [redacted] i actualment ting 56 anys. Explicaré per sobre la vida anterior al 26/de Mars del 2012 que va ser quan tot va donar un giro de 180 graus.

Soc una noia de Barcelona, de una família bona que vaig viure una infantesa i una juvenut molt bona, sobre tot sempre fan lo que jo volia i dominen el món.

Vaig casarme i vaig tenir un fill perquè jo ho volia aixís, sempre vaig decidir jo la meua vida sense deixar mai que ningú opinés de las meues decisions i si opinaban, no m'importaba lo que diguessin. Faig lo que vull

Després amb vaig separar i vaig quedar-me sola amb un nen de 4 anys, lo qual va ser una epoca molt dura de la meua vida.

totes les decisions tenen les seues conseqüències, i jo soc molt forta per assumir els meus errors fets per mi però no una eufemista per la qual no estava preparada.

Traballo de camarera amb un hotel i m'agrada molt la meua feina.

Tot va començar un 26 març de 2012 que era un diàluns normal però molt important

perque començaba les vacances d'hivern i  
habia triat un convent a Salamanca per  
descansar amb la meua parella que actualment  
es una dona, la ~~XXXX~~ que ara portem 17 anys.  
Jo havia treballat de nit i plegaba a les 8 del  
matí, perque els diumenges feia les nits al  
hotel de vigilaut i havia quedat amb la ~~XXXX~~  
a les 9 a la bencinera per esmorçar, posar  
bencina i carregar el cotxe per marxar al  
destí triat per descansar.

Quan vaig fer el canvi de torn amb la  
meua companya de feine que entraba a les  
8 i jo marxaba, amb va comentar que havia  
dit que havia pasat una nit molt ~~XXXX~~ rara,  
amb dir que vaig dir aixos pero no vaig  
explicar res mes, ella va pensar que com  
araba de vacances estaria nerviosa per  
marxar. Puntualitzo que jo no recordo res  
de les d'aquella nit.

Vaig agafar el meu cotxe i vaig anar a  
la bencinera on havia quedat amb la ~~XXXX~~  
per esmorçar i..... aquí va començar  
tot el relat mes dur de la meua vida. ②



Jo vaig entrar al bar de la bancinera i  
havia molta gent coneguda perquè es un  
poble petit, entre els quals estava el meu  
ex-marit i pare del meu fill.

Els varem saludar i vaig seure amb la  
~~la~~ i varem esmorçar.

Vaig pagar lo nostre i lo del meu ex i  
vem sortir a fora a buscar el cotxe i la  
meua vida es va parar.

Vaig caure amb coma a terra i lo que ex-  
plico ara es lo que m'han dit la ~~la~~ que  
va passar aquet fort cop amb mi.

Vaig començar a convulsionar a terra i a  
torçor tote la cara i a posar els ulls amb  
blau. La gent va començar a cridar, la primera  
la ~~la~~, el meu ex-marit m'aquataba la  
llengua i la ~~la~~ trucaba a metges i  
ambulancia. Tot va anar molt rapid perquè  
era un codic ICTUS lo qual son minuts per  
Salvar la vida.

Van venir 2 ambulancias i metges del Cap  
i amb van estabilitzar per portarme a  
Vic que alli m'esperaba el helicópter perquè

era molt i molt greu i a vic no tenia  
maginas per mi, estava morint.

Al hospital general de Sant Cugat estava el  
meu salva vides que estava ja preparant el  
girofax per tot lo que pogués fer, pero  
la cosa pintaba malament.

Era un derrame cerebral molt greu i quan  
m'estabilitzaben al girofax es va produir lo  
pitxer que podie pasar a part de morir, que  
era un ictus.

Jo vaig caure amb un coma profund del qual recorde  
tot el que vaig pasar amb coma.

Va ~~ser~~ ser del 26 de Març del 2012 al 14 d'abril.

Tot el meu coma va pasar al transatlantic TITANIC.

Jo anaba al barco quan va naufragar i lluitaba  
agafada a una porta blau, que era del baixell  
enfonsat, per sobreviure al mar.

Havia molta gent que volia pujar a la porta  
que jo tenia agafada i jo no volia que ningú  
pujés porque si s'agafaba algu mes, jo  
moriria, porque la porta no aquantaria.

Jo ploraba molt, lluitaba molt per sobreviure.

i sobre tot perquè ningú més pujés a la part, lo qual feia que ~~veges~~ veies molta gent morir. Jo només volia viure, aquest ~~lluit~~ lluit per la vida amb va deixar moltes seccetes quan vaig despertar perquè amb sentie culpable de la gent que moria però jo sabia que podie viure si no pujaban.

Vaig despertar del coma el 10 d'abril, molt agressiva i plorant molt per tot lo que havia pasat al Titanic i lo més fort es que la porta de la U.C.I del hospital era blava. Vaig estar 4 dies mig sedada per els nervis i la violència que després i després de medicació i estabilitzar la meua violència amb van passar a planta el dia 14 d'abril que's el dia que es va enfocar el TITANIC

el 14 abril 1912

Jo Sa estava més recuperada del meu estat de violència però vaig quedar com una nena petita, m'ho feia tot asobre (pipi, caca) i només volia olives i Coca Cola.

No parlava bé, no caminaba, no podie moure forte la part esquerra i no sabia fer casi res.

La meua situació no se la desitjo a ningú.  
Però allà estaven els més estimats, El meu fill,  
la ~~la~~, la família i tots els meus amics  
ploran per mi.

El pronòstic dels metges era el pitjor, que-  
daria malament per sempre i les secuela  
físiques i mentals eren molt dures.  
Vaig necessitar parlar amb gent especialitzada,  
del meu coma amb el títol perquè no sapia  
que la gent havia mort per culpa meua, però  
m'explicaven que va ser la meua lluita del  
coma per sobreviure. Vaig ser una super-  
vivent i tenia que ser molt forta per afrontar  
tota la lluita que tenia davant.

El primer dia que van explicar que no caminava  
i que tenia que començar tot de nou, volia  
que tot acabes i jo hages mort. Però jo era  
molt forta. Després van portar la cadira de  
rodas el meu fill i aleshores vaig seure per sortir  
al pasillo tenia tanta angustia que vaig fer un  
atac epilèptic. No sopitava aquella situació.

(6)

Va començar el meu rebot amb el món.

Tot era una merda i volia parlar i caminar, costes lo que costes.

Vaig començar a parlar malament pero cada dia deia mes coses i vaig pensar que amb el caminar seria igual, i aixis vaig posar fil a la agulla i la mes ja parlava i caminaba, amb varies hosties pel ~~a~~ caminador.

Vaig ingressar al ~~centre~~ INSTITUT GUTTMAN despres de 2 mesos a Sant Agust.

Jo no sabia que la Guttman seria la part mes dura de la meva vida.

Està entocat com una feina la recuperació.

Tenie tot el dia ocupat de 9 del mati a 5 de la tarde amb coses diferents cada hora i mitja.

Feia Gimnas, natació, Yoga, masatges, caminar, pujar i baixar escales, bicicleta, terapia ocupacional, psicologia, treballs amb la ma esquerra que estava molt afectada per tetus.

Vaig començar a estabilizar el meu cap i ha entendre lo que havia pasat i era molt bon pacient, exceptuant el dia que tenia Gibat

(7)

que amb rebolaba amb metges, companys, enfermeres, famílies, i tot lo que hages davant.

Pero auen tam van dir que podia sortir cada cap de setmana va ser veure la llum a la meua vida ... Anaba a Casa meua

uffff vaia subidon.

Lo viscut a la Guttman no ho explico gaire perquè no se si ~~superar~~ superaré mai aquella etapa de la meua vida. Ha set lo mes dur pero tambe he fet amics que despres de 8 anys encara se cèlls, meins de la ~~que~~ que va morir el any pasat. No va superar les seves seqüeles.

Un any despres (el 2013) vaig començar a treballar a la meua feina i vaig decidir casarme amb la ~~que~~ per demostrar lo molt que l'estimo per estar al meu costat sempre.

Amb fa mal ~~pensar~~ pensar amb el meu fill porque el vaig fer peti molt, nomes tenie 17 anys, ell tambe ~~fa~~ a set una victima de tot aixos.

La familia es molt important pero els amics ~~trambe~~ trambe. (S)

Patiment del subjecte

Síndrome cures intensives

PICS

## Subjecte 2

02/05/2020

Em dic [redacted] i tinc 22 anys, en dos mesos fare els 23. Tot va passar fa un any i mig. Jo tenia 21 anys. En aquella època feia la del Gran de Psicologia i treballava en la restauració. Era una setmana normal, si que és cert que portava uns mesos com molt cansada, però em vaig fer una analítica que va sortir tot perfecte i feia poc havia tingut angines i estossejant un dia, em va sortir una gota de sang. Vaig dir-ho a la meua família i a la meua metgeja del CAP, però tothom ho va trobar insignificant i la metgeja ho va associar com és molt normal a una petita feuada que em devia haver fet tenir el coll sec o quelcom de cosa, que no s'ha irritat mai el coll estossejant? Igual que passa quan ens vehem que podem tenir nosos amb una mica de sang.

El divendres 26 d'Octubre de 2018, vaig fer el de sempre, aquella setmana havia anat a la Universitat i a treballar el vesper, però aquell divendres hi havia poca gent a l'hotel i em van donar festa, jo era extra, per tant, hi anava el cap de setmana i els seus que em necessitaven. En tenir festa, vaig aprofitar a anar a sopar a casa la meua parella, de fet, a conèixer el seu pare i germanos que encara no coneixia. Va anar molt bé. Després la meua parella estava cansat i no va voler venir a fer un beure i com se li havia espentat el cotxe que tenia quedat-se a casa seu per poder-lo arreglar el dia següent, em va dir que jo vaig anar a fer un beure amb una amiga de la feina i uns amics seus. Vaig estar-hi una estona però estava com molt "xafada" i vaig anar cap a casa a les 1 mitja o menys, ja que l'endemà treballava a les 10 del matí i no tenia ni el traje aplunt.

Vaig arribar a casa, vaig deixar-me preparar-ho tot i vaig posar-me al llit. Estava sola a casa. El meu germà ja vivia amb la seua parella i el meu pare estava amb la seua parella i uns amics de vacances. Els meus pares es van separar i jo vivia amb la meua mare, la seua parella i la meua germana petita fins als 17 anys. Després vaig anar a viure amb el meu pare en una casa de paper, i el meu germà gran.

(1)

Dixi doncs, estava sola. Vaig posar-me el auricular i em vaig posar a dormir. Les hores passaven i no podia dormir, ara tenia calor i ara tenia fred. Estava com nerviosa. Les últimes nits tenia una mica de tos i aquella no era de feina.

De cop vaig notar que alguna cosa em gujaua, pensava que seria un mocr, però era sang. El mocador no quedava ple de sang, un vermell molt miu, molt clar i intens. Estava bé, però em vaig estranyar. Vaig fer-li una foto i el hi vaig enviar a un grup amb la meua mare i la seua parella. També parlava amb la meua amiga de la feina, però tampoc volia trucar a ningú, eren les 5 del matí i no volia molestar a ningú.

La parella de la meua mare, que té insomni de segona hora estava despert. Ell em deia que no era normal, que em venia a trucar o m'acompanyava o menjaries. Jo li deia que no calia, que feia una mica de temps al llit o em tornava a dutxar pu anar a menjaries i ja anar a treballar, però quan em vaig aixecar del llit em vaig adonar de que no estava pens bé.

Semblava que tiqués el cap al níup d'un calçol de banc i cada cop hi hegués més pressió, el cor ~~em~~ estava accelerat de ritm, estava tant marejada que no vaig arribar ni a la porta de peu i em vaig haver d'aixecar apatant-me als gomis de l'armari i al matalàs del llit. Sevia tenint com plops de sang.

Lavors em vaig enfonsar, tenia molta por i estava sola i li vaig dir a la parella de la meua mare que em vingues a buscar, que jo no podia conduir.

Recordo no poder-me treure el pijama i posar-me les sametes sense descor-les-les. No sé com vaig baixar les escales. Recordo pujar al cotxe i demanar-li papus i dir-li que tenia por miu i plorant. Recordo tenir la intenció de dir-li a l'amiga de la feina i avisar al meu jefe de sala. No recordo veure'm d'això. La parella de la meua mare em va explicar que em va portar a menjaries, li van demanar si consumia alguna droga o si havia passat alguna i ell dir que no. Em va dir que jo li deia que havia d'anar a treballar un cop em van posar oxigen, que jo em trobava bé, però els metges li van dir que em portaven directe a l'hospital Clínic de Barcelona.



els metges li van dir que si ho puc tardar 15 min. més, ja no hi hauré estat a temps. A partir d'aquell moment de la realitat, ja no en recordo res més fins a despertar-me, jo ho vaig viure tot molt diferent i després ho explicaré.

Em van explicar que vaig arribar a Barcelona amb els pulmons colapsats de sang al màxim. Per sort, no em va faltar oxigen al cervell en cap moment. Ja estava intubada i deput a les condicions en què es trobava el meu cos em van induir el coma, perquè no podien fer-me totes les proves i tot ~~estava~~ estopat en plena consciència i si ho estava el meu cos consumia massa energia i oxigen i no ho puc suportar. En no saber què tenia van començar posant-me ~~tot~~ tots els antibiòtics que tenien, àmplia gamma, de tot, per desinfectar, per qualsevol interès, bacteris, ~~tot~~ tot, m'ho van mirar tot. I el meu cos, tot i els esforços del metge no millorava. M'aspiraven la sang. I en un moment que va parar, de sang, els bronquis pulmonars em van intentar despertar, però es veu que estava molt nerviosa i m'esgarapava a mi, a les i els infermers, em tirava el tub de l'oxigen, etc. D'ací que em van haver de tornar a sedar. En aquell moment, ~~per~~ vaig tornar a respirar i de manera controlada, no ho podien parar i tot i l'aspiració de la sang i la màquina que m'ajudava a respirar, jo seguia vivint i tot anava controlat (tot). Ja m'havien posat molts medicaments i corticoides (cortisona) però en aquell moment, tot i no ser reconeixible per la dosi ni l'edat, em van parar moltíssima cortisona. Havien de carregar moltes enfermetats i es portaven per què algun autoimmune. Però tot i així, no millorava, tot era pitjor i d'hores perquè el meu cos no reaccionava. Finalment, van decidir fer-me una biòpsia, almenys per saber què tenia i què passava, però no ~~tot~~ sabien si apuntaria l'operació estan com estava. El meu pare van haver de firmar per si no pujava viva de l'operació. Els meus familiars i persones properes em van dir que en aquell moment perdien l'esperança. L'operació va anar bé, el meu cos no ho va ni notar, però tot i treballar tot l'equip mèdic semblava que no tindrien els resultats a temps.

el meu familiar que ja controlaven les màquines, ~~va~~ aquell  
matí, no esperaven que aquantes fins al migdia.

Però els metges van provar per una maniobra postural i em van  
pirar d'espina, és a dir, de gonya a terra. Els còpuls del pulmó  
es van deixar anar, la màquina va poder aspirar/absorbir la sang,  
i la cortisona va fer efecte. Vaig començar a millorar  
rapidíssimament i l'hemorràpia es va aturar. La cortisona es  
va penjar a posterior, com estava jo? Tindria seqüela? Afectacion  
pulmonar? Mentals? Què m'hauria passat? Quin era el meu diagnòstic?  
Aquest temps van ser 17 dies en estat en coma induït, amb variacions  
en el nivell de sedació i alts continguts i tipus farmacològics.

Però això és el que se'n parla m'ho van explicar familiar, amic  
i metges. Jo tot això ho vaig viure molt diferent.

Jo en aquest dia, que per mi va ser molt més, vaig viure  
experiències molt estranyes. Mai les he pogut ordenar seqüencialment,  
però les tinc molt presents. N'explicaré algunes.

En una d'elles jo estava en un llit lligada, la gent que no coneixia,  
marxava i jo no podia parlar, no podia moure'm. Sentia veure  
però no podia dir-li'hi que estava allà. Passaven els dies i jo  
sequia allà, mirant però ~~mirant~~ <sup>mirant</sup> em veia ni em sentia.

En una altra apareixia la meua parella, estava amb una altra noia  
i jo m'entendava, però a ell li veia i'puet. Tots estaven repats.  
De cop a mi em venien a tenir els ulls. Jo en tenia unió,  
m'amegava però venien a buscar-me.

En un altre jo estava lligada a un llit i l'aire venien i em  
veia per dins com si em treessin l'aigua del cos i me la  
tornerin a parar. Llavors estava dins d'una bossa i no em podia  
moure ni sortir-ne. La cremallera es va obrir i va sortir aigua,  
hi havia el meu pare i el meu germà i un amic del meu  
pare, no recordo ben bé que parlem però van marxar, jo em  
vaig quedar amb el meu pare i només veia la seva cara.  
Jo seguia sense poder sortir de la bossa però el mirava i  
només veia la seva cara, ell es moria, li sortia sang, la  
seua cara estava a la escola i em deia que ell no marxava,  
mai marxava. I per jo no em moria abans que ell, però  
no em deixaria sola.

En una altra jo estava malalta en un tren, veia la meua  
família i no els hi deixaven ser. Però un dia hi eren però  
es despedien de mi i jo li apartava la mà a la meua  
parella, però ell marxava, jo l'apartava i el tren avançava  
i ell va caure. Es va morir.

En un altre, era un noi que donava voltes, e una volta tocava el sol i unies, e l'altre feia fred i et conservava copelat. I anava d'una banda a l'altre. Tot era de la meua familia, sobretot paterna. I en un moment necessitaven una dona que pogués ser mare per conservar l'espècie. Jo vaig tornar a la banda del sol per poder-ho ser.

També una que jo estava en una presó amb una nena petita, estaven atrepades i la seua família la buscava però ella parlava en anglès i m'hi ensenyava perquè la volia entendre.

També recordo estar en un hospital fora i que un cop la meua mare o la seua parella i em dipueixin que estaven morts i que jo també m'estava morint, que anés amb ells. Ells em van ajudar a aixecar del llit i em van sortir per la porta del danera, després em van dir que ja estava, que ja no patiria, que podia anar a on vulgués però un cop em venia ni em parlava i jo els hi deia que no volia morir.

També un altre que jo estava en un llit i hi havia un home que em donava menjar calent i jo volia anar a buscar una amiga de la universitat, amb qui estem molt unides, un familiar seu li feia mal i estaven al seu país i jo tenia molta febre i no m'apuntava per anar-le a buscar, però li havia promès.

I un altre, hi havia un casament i havia de hel·lar però tenia mal a la dent li havia d'anar al dentista. És a casa del dentista i un home gran que era el seu pare em va ajudar. El dentista em va fer una forat i no tenia pijama. El seu pare em va ajudar, em va tapar i se'n va emportar.

I l'últim que explicava, perquè veia moltes morts de persones xhimeses, és un que jo estava com en un vehicle però on a dir hi havia una persona i com una camilla d'acer freda. Li deia que volia morir-me. No podia més. Jo plorava molt i em deia que no, que no molt ja. Jo li replicava i finalment em va punxar un líquid. Recordo que era molt fred i em recorria el cos i li vaig demanar que m'ho treies, que jo no em rendiria i em va demanar si n'estava segura, li vaig dir que sí i m'ho va treure i em vaig adormir tranquil·la.

Són experiències molt rares però per mi, molt reals. El 2008  
el vaig tenir en deputar-me. Quan em vaig deputar estava  
molt desorientada. Suposo que tenia **deliris** i **al·lucinacions**  
**visuales**, ja que per mi l'hospital no era l'hospital, era  
semblent a un hospital però era un centre ~~de~~ educatiu  
d'estudi no obligatori on havia anat el meu germà i no  
em deixaven marxar. Recordo no està lucide perquè no  
tenia sentit. Venia el meu germà i la seva parella i jo  
veia la meua roba i una bossa per poder marxar a solameu,  
en una estanteria, que realment per mi hi era, la recordo com  
amb tanta realitat i detall com puelseroi molts de casos meus.  
Però ells no ho veien. No hi era.

Recordo ésser així, sense sentit. Suposo que eren els dos  
o tres dies després de deputar-me a la UCI amb molts  
medicaments i sedació al cos.

El primer cop que familiar i jo mateixa recordo clar és  
deputar-me un d'aquells dies plorant, cuidant a la meua  
~~mare~~ mare i el meu germà que tenien sang al cap i  
em necessitaven. Et vas deixar enhorrorat, estava molt  
exaltada i de d'aquell moment recordo les coses, converses,  
tot més real tot i que vaig tenir molts moments que em  
pujava la teta o dormint que **delirava**.

~~Quan jo va a planta, moltes vegades em va pujar~~

Estant a la UCI recordo una infermera que em deia que  
tenia les petanges molt llargues i negres, que això era  
de no haver plorat, que devia tenir una vida feliç.

~~Rebuda~~ En recordo una altra molt maca, jove, que jo pensava  
que non besone, però va una única persona que alguns  
dies portava ulleres i altres no.

Però també en recordo a una que quan jo si'm va deputar  
la pare, després de tants dies sense menjar i tenia molt  
dolor, jo plorava i suplicava menjar i em deia que no  
em comportés com una nena petita.

Recordo amb claredat alguns professionals en concert, tot i que  
la meua família em deia que no els podia recordar  
tal i com estava, però no i així.

Vaig estar a la UCI ~~dos~~ deputa dos o tres dies i el  
dijous em van pujar. Recordo estudiants que em feien  
molts punyets i tots em demoraven ~~una~~ com estava,  
que sentia, quin dia era, any i mes, i on estàvem.

(6)

Realment, no en tenia ni idea, no sabia què hi feia allà i molt menys sabia el dia que éem o època de l'any o ni tan sols la meua edat, fet que va provocar que els estudiants e pensessin que en tenia 23 perquè a tot el hi deia que n'. Al final vaig aconseguir memoritzar el que em deien els professionals de resposta, el problema va ser que m'equivojava de resposta a les preguntes, no sempre éem al mateix ordre, i el dia i hora passaven i jo no ho sabia.

Quan em van aixecar per aventar-me i pujar-me a planta, jo ho veia molt fàcil, però em vaig adonar que no tenia força per moure'm, ni un braç, molt menys una cama. Estava molt marejada i en aixentar-me encara més.

Quan em van pujar a planta recordo sentir-me segura, la meua família era allà, no marxaven, em tocaven i m'afegaven. Tot em miraven amb aquella cura... A la preu enheuen per la porta i em veien el seu rostre curuaua. No se'n va alyria, pena, por o compaunio, però era aquella cura.

Tot hom em feia peton i mai he notat peton així. Potser també pel moment, però jo estava hipersensible, ho notava tot amb molta sensibilitat, amb intensitat i precisió. En comuonia fencera.

Recordo la primera nit que em vaig adormir segura, el meu nouio em va donar la mà. Havia la meua vida he sentit una escalfor, protecció o tranquil·litat tant gran com aquella mà afafedo. De d'aquell moment he afafat dependència a ell. Fet que actualment encara he bello.

Em sentia molt ehenya, felle, petita, sola, abandonada, aquell va tant petit no era el meu. I em curia capes de fer coses, no va conuient de la limitació però cada hora n'era més conuient. La torquilla em feia, no podia eputar fort una mà, em costava fer un petó, em costava parlar, si estava incòmode no tenia força per pjar-me o parar-me ament. En clavava els ossos i no podia fer-hi res.

A mi m'afada molt fe sudokus així que el meu pare me'n va portar. Jo decidida a fer-ne un, no podia posar el llepi recte i quan el tenia més ben posat vaig escriure un 3, però no semblava un 3. Jo en tenia la forma, no sabia com e feia i molt menys perquè posava un 3.

En ve came el món a sobre. No era jo.  
No era capaç. Volia fer moltes coses però no sabia com  
fer-les. Vaig agafar por a escriure.  
En no tenir força per ve m'havien de pujar,  
girar, aixecar i com que suposo que veences no podia  
fer ni al bolpuers, m'havien de parar el mineral, pujar-me hi  
el ull i treure'l. Evidentment, també m'havien de dutxar  
i rentar sobre el llit i ni tan sol podia baixar el cap,  
o ajudar a les infermeres. Em sentia inútil, dependent i  
alhora "violada", em sentia de protegi da i forçada.  
Jo em sentia molt culpable, sabia que tots havien patit i  
patien molt per culpa meua. No s'ho mereixien i em sentia  
una càrrega per ells, m'ho havien de fer tot i només em  
com em miraven en tenia prou. Em va venir a veure molta  
pent, amics, amic de la universitat de la feina i  
molts familiars. Quan entraven per la porta la casa  
el hi canviava i a alguns el costava reconèixer!  
Encara avui em sento culpable quan va venir la meua  
germana petita, que té 10 anys menys que jo. Em va  
fer una carta en un dibuix, i quan la vaig veure entrar  
no la vaig reconèixer. He'n parlaven però no me realment  
conscient d'ella. I no em com vaig poder no reconèixer-la.  
Llegint la carta vaig plorar molt i encara ploro. De de que  
moments després la vaig reconèixer no m'ho he pogut  
perdonar mai.  
Des del dijous que vaig pujar a planta va començar el  
meu malton real. Re del que havia passat me comparella  
amb el que venia. El dilluns següent, 19 de Novembre de 2018,  
ja vaig anar cap a casa la meua mare on em vaig instal·lar  
una temporada. Amb aquells 4-5 dies em vaig forçar moltíssim.  
Vaig estar acompanyada cada nit, entre el meu pare,  
la meua mare, la meua unyada i la meua parella. I vaig  
passar de no moure'm a lluitar per l'ho únic que  
desitjave en aquell moment, sortir d'allà i anar a casa,  
però no em deixaven marxar si no caminava per tenir un  
mínim d'autonomia i no sine tenia el cap mig clar.  
Jo seguia amb deliris, sobretot a la nits, em ven fer  
moltes proves i tot sortia bé però no sabien quan  
tardava a marxar-me el medicament del cos ni si  
m'afectava.

Em seguiren tallant el tall i cose-me<sup>(carn)</sup> dues. No vengí  
tornar a trovar d'euisme. H'acompanyaven al leueto i m'quan-  
taven a la dreta i em netejaven, però apuntava el pot i la  
cullera i m'apuntava dieta, poder fer alguns passos cada  
unes poques hores. ~~Estidionenge~~

En algun moment tenia "bairon" i jo diria que vaig  
experimental una **regressió**, em vaig despertar d'una migdiada  
plorant, la meua mare m'alellava i en venir ella va ser  
com si ja ho hagués viscut, de pèlta, quan el meu pare va  
venir a parar. Ella tenia la sensació pel pèl em va expressar  
que jo en aquell moment havia tornat anys enrere, només  
en aquell dia feia anys, havia vist aquella cara meua,  
dient-li el pèl li deia que no recordo amb claredat.  
Va venir en metje a calmar-me, i realment el pèl em va  
calmar va ser la meua mare dient-me que niqú m'abandonava.  
L'última nit allà, va ser l'última que vaig dormir, el  
meu pare i va estar amb mi perquè no em pogués moure  
i em va prometre que si dormia malament, perquè tindria  
força per caminar. I així va ser, ell és molt fort i la  
seua fortaleza i tendència em van ajudar a caminar i  
poder marxar.

L'últim dia a l'hospital va ser molt llarg, el meu nois  
em va acompanyar a moltes proves. I finalment, a les 5  
de la tarda em deixaven marxar. Jo ara mateix marxar  
em va ser jo un altre cop i tenir la meua vida, però quan van  
venir els metjes amb tots els informes i medicaments que m'havia  
de prendre em vaig **demuntar**.

El meu nois em va portar amb cadira de rodes a l'entreda  
i el meu pare em va venir a buscar amb el cotxe. Quan vaig  
sortir a fora, no podia respirar aquell aire, m'o fogaue i ràpidament  
em van pujar al cotxe.

No apuntava veure així que el viatge de Barcelona a Vic,  
va ser molt dur, estava molt marejada i cansada.  
Quan vaig arribar a casa la meua mare hi havia la família  
materna esperant-me amb els braços oberts i em van venir a  
veure la meua senyera del poble. Em sentia molt bé i  
molt estimada, però molt cansada i trista perquè em  
veien així.

Va començar la recuperació. Jo volia fer moltes coses i em vaig posicionar massa. En sentiria allunyada de la persona que estimava i una càrrega per la meua família i sobretot, jo no se jo, estava totalment perduda. Sort que em cuidaven molt.

Amé la meua mare li vaig explicar tot el que jo havia viuit i m'm menjava per dins, però no volia que pensés que estava boja. Ella sempre ha sigut un gran revoltament. Deprés de parlar-ne molt ens vam adonar que totes les persones que apareixien, eren persones que m'havien viuit a veure i m'havien parlat o que algú m'havia ~~parlat~~ parlat.

I a mi a mi, apareixien fetes que jo tenia en ment, o preocupacions. El meu pare em preocupava molt per l'aire, la cirurgia m'era prou de la meua vida de de petita ha estat en mare, aquella setmana tenia ho el dentista i havia d'anar a treballar, on portava molta pressió. A moments, potser només veia coses, perquè en despertar-me jo portava molts talls, no tenia força per moure el cap i només veia la cara de les persones. On em preocupaven puelhom i jo estava en una plaça molt freds i una, potser ho seleccionava amb la cirurgia i ~~la~~ el puerò tan. L'ho que em cuidaven l'aire del cos potser ho seleccionava en puent parlaven d'una possible opció de tenir'm la cara del cos i tornar-me-la a posar, i al llarg del dia hi va haver 3 moments molt curius i jo vaig experimentar 3 somnis o experiències on m'estava a punt de morir. Potser és tot casualitat i no té perquè ser així, però a mi m'ha quedat i m'ajuda a entendre-ho. Sinó no seria capaç de seguir, entendre perquè estan vius, ni que he parlat.

Aquella primera setmana vaig tenir moltes visites, familiar, amics, tot hom. Hi va haver amuntat, que cada dia venia amb mi. La meua parella venia tot sovint, can cada dia, el meu germà, la seua parella i el meu pare també. Mai havia estat amb el meu dos pares al mateix lloc. I la meua mare, la seua parella i la meua germana, cada un a la seua manera em van ajudar moltíssim. Sense tots ells, així no seria on sóc ni estaria com estic.



Quan finalment podia fer més, va ser més difícil. Finalment comença a estar millor però emocionalment no. El cos no era el meu, la mirada no era la meua, les emocions les vivia intensament i no les podia controlar i em costaven molt tots els processos cognitius complexos, com llegir, raonar, prendre decisions, etc. Tenia por a dormir, pensant que potser em tornaria a parlar, tenia por a estar marejada o tenir tos. I no parlem de poder em va venir la regla. Mai he sentit aprensiva amb la sang o el pèr, si hi essembla, ara sí. No podia anar a aquella habitació i menys dormir en aquell llit, per tot estava a casa la meua mare i actualment, ja no estic en aquella habitació, encara amb la meua parella.

En aquell moment, vaig posar-me molta pressió a sobre i en un mes ja feia el primer examen a la universitat, amb ordinador clar. Tornava a opatar el cotxe distàncies curtes, pujava algunes escales tot i costar-me, però podia fer algunes coses per mi mateixa.

Gràcies al professor i sobretot al meu amic de la universitat, al pensar en ells podria treure les assignatures com tothom. I el meu grup d'amics de la universitat fins a dia d'avui m'han ajudat amb tot, sobretot en marcar-me límits i creure en mi.

El nucli familiar matern, m'ha recolzat sempre, i sempre han vist realment, com estava emocionalment. Sense ells no hagués superat emocionalment tot això. Encara a dia d'avui segueixen sent un punt de suport molt important.

El nucli familiar patern, m'ha ajudat molt en no rendir-me, i creure amb les meues capacitats mental i físiques.

Les persones del meu grup d'alguns, han guanyat molts alts i baixos, però el que avui i són, ser que hi seran sempre. A través d'ells he après a prioritzar, a fer el que sento i el que vull, a valorar-los, i he après que no tothom viu i expressa l'ansietat de la mateixa manera. He après a categoritzar les relacions, a viure-les, cada una, de la forma que són.

Pel que fa la meua parella, potser real, potser idíl·lic, ve us un punt de recolzament i necessitat, en tot això, que per part meua va comportar dependència, la qual ens va portar moltes dificultats, però gràcies a això, estic aprenent a acceptar-me tal com sóc, a estimar-me, amb molt d'efort, ara ja sóc més

independent perquè m'ha ajudat a validar-me i identificar-me com a jo. I això en ha unit i fet més forts, a cada un de nosaltres.

A dia d'avui, encara no se'ns el meu diagnòstic, em medicem amb cortisona, des de fa un any i mig, cada mig any em fan un tractament per vena d'immunosupressors i moltes analítiques i controls. No se sap ben bé que ho va causar, se sap que va influir l'ansietat i l'estrès, però no hi ha una causa exacta, i de la mateixa manera, res que permeti evitar-ho de nou.

El professional diuen que no s'ha donat mai un cas així, l'associen amb una enteropatia autoimmune, de la família de la "Polianferitis microscòpia". Espero que almenys serveixi d'experiència i coneixement, per si hi ha que un altre cas o jo mateixa torni a ser el pròxim.

Ara estic bé, segueixo més sensible a nivell emocional i perceptiu, torno a ser "jo" però amb el tret més marcat.

Fa un mes i em discutia amb la meua parella nomitaua, si tenia un conflicte no dormia, ara ho porto millor, tot i tenir insomni, em segueix sense apedar la sang, però en gèlida quantitat ho porto bé i puc tenir calor, mans i o molt mal de cap segueixo reinventant aquella nit. I no puc dormir sola. Però cada cop tot es va suavitzant i controlant.

Per acabar, m'apadaria exposar que socialment falta la consciència de l'impacte emocional. Després d'un accés de risc vital, hi ha molt a superar. També exposar que el tracte professional tant emocional o amb afecte, com l'absència d'apuet, condicionen molt al pacient, almenys a mi.

Aquesta vida és una lluita constant i mai en podem rendir, però res seria possible sense tates i cada una de les persones que ens envolten.

**Annex 7: Enregistraments**

**Subjecte 1**

1r moment: El succés

<span style="color: red;">■</span>	<b>Patiment emocional</b>
<span style="color: blue;">■</span>	<b>Necessitats</b>
<span style="color: lightblue;">■</span>	Cognitives
<span style="color: lightblue;">■</span>	Emocionals
<span style="color: darkblue;">■</span>	Socials
<span style="color: purple;">■</span>	<b>Concepcions UCI o succés</b>
<span style="color: grey;">■</span>	<b>ToM</b>
<span style="color: grey;">■</span>	Empatia
<span style="color: grey;">■</span>	Compassió
<span style="color: green;">■</span>	<b>Teoria Ecològica Bronfenbrenner</b>
<span style="color: cyan;">■</span>	<b>PICS - F</b>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
17	Home	Fill	Estat en coma	A casa	<b>Que moria</b>	Que tot era una merda	<b>“Desquiciar-me”</b>	<b>Ganes de morir</b>	No pot ser	Puta merda	No pot ser

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
38	Dona	Novia	Estat en coma	Amb ella	<b>Volia morir,</b> pensava que ella marxava	<b>Que marxava</b>	Cridar a tothom <b>que vingúes algun metge</b>	Histèria	<b>Voler morir</b>	<b>Déu</b> no em pot fer això	<b>Tot s’acaba</b>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
41	Dona	Amiga	Estat en coma	Va patir un derrame cerebral i un ictus. Jo era a la feina	<b>Que se’n sortiria</b>	<b>Nervis i impotència</b> per no poder fer res	Vaig anar a l’hospital	Un nus a l’estomac	Aquella sensació de que tot pot canviar en un instant. Amb <b>preocupació</b> .	Vaig pesar que se’n sortiria perquè es <b>d’aquelles persones que mai no et deixa tirada</b>	<b>Ens va unir mes, amb ella i amb l’entorn.</b> El germà, la cunyada i les amigues que tenim en comú. Vam fer una pinya.

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
43	D	L' [ ] era íntima amiga d'una germana meva que va morir, la [ ]. L' [ ] venia molt a casa meva, fins el punt que sempre dèiem que era germana nostre adoptada. Fins i tot la meva mare ho deia. A l' [ ] i a mi <b>ens uneix com un cordó umbilical (la meva germana)</b> Quan va morir la meva germana vam continuar tenint relació fins el dia d'avui i serà tota la vida. No ens veiem molt sovint però sempre sabem que ens tenim l'una a l'altre.	Coma natural	Aquell dia, sobre les 15.30h jo arribava a casa de treballar i anava a dinar (me'n recordo del que estava menjant). Em va trucar la parella de l' [ ] i em va comunicar que estava en coma, a l'hospital. També em va explicar com li havia donat l'ictus.	Vaig pensar que <b>podia morir</b> , vaig pensar que podia perdre a la persona que sentia, i sento com a germana.	Primer vaig sentir <b>ansietat</b> i després vaig començar a <b>plorar, molt trista</b> .	Vaig organitzar-me de seguida per tal que algú recollís el meu fill de l'escola i deixant el plat a taula vaig anar "pitant" a l'hospital. Vaig trucar al meu marit per explicar-li el que havia passat. L'hospital on era ella està molt a prop de casa meva i vaig arribar de seguida. Allí hi havia la seva parella, el seu fill i algunes amigues del poble on viu ella.	<b>Malestar</b> , nervis, nus a l'estómac. <b>Necessitat de saber-ne més, d'estar amb ella, de veure-la.</b> Vaig fumar una cigarreta darrera l'altre i vaig tenir mal de cap (sempre em passa en <b>situacions d'estress</b> )	<b>Vaig abraçar-me de seguida a la seva parella i després al seu fill [ ]</b> . Mai oblidaré aquella abraçada tots dos plorant. Ella era a quiròfan i quan va sortir i la portaven a la UCI la vaig veure, Em va quedar aquella imatge doncs vaig pensar que potser <b>no la tornaria a veure amb vida</b> .	Cap	En aquell moment no podíem tenir relació. Quan la portaven a la UCI i la vaig veure dormida pel passadís de l'hospital vaig pensar que era una de les persones més importants a la meva vida. Ja he explicat que ens uneix una relació molt especial. Podem estar temps sense veure'ns però sempre estarem unides.

2n moment: L'estat en coma en l'ingrés hospitalari

**ENREGISTRAMENT – DURANT L'ESTAT EN COMA EN L'INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
17	Home	Fill	Estat en coma	Amb el meu pare	Que tot acaba	Injust	<b>Plorar</b>	Deixar-me	<b>Morir-me</b>	Puta merda	Tot acaba <b>Malson</b>

**ENREGISTRAMENT – DURANT L'ESTAT EN COMA EN L'INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
38	Dona	Novia	Estat en coma	Esperant que l'operessin	Que tot era <b>confós</b>	Que <b>no la volia perdre</b>	<b>Plorar molt i sentir-me sola</b>	No menjar	No podia ser	Que <b>Déu</b> m'ajudés	<b>No tornarem mai més a ser com érem</b>

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
41	dona	amiga	Estat en coma	A l’hospital. <b>Ens tornàvem per anar a visitar-la no la deixàvem en cap moment</b>	Que esperàriem el temps que calgui i <b>tan era les seqüeles que li puguin quedar perquè l’ajudàriem a sortir endavant</b>	Que <b>havíem de recolzar a la seva dona i al seu fill</b> que havíem de ser forts i tenir paciència	<b>Anava cada dos dies</b> ens tornàvem i fèiem grups de 3 per baixar. També intentava <b>tranquil·litzar a la seva dona i al seu fill donant-li confiança</b> de que se’n sortiria	Pèrdua gana	La <b>tranquil·litat</b> de veure que en una situació tan dolenta <b>les amigues ens vam unir molt</b> per tirar endavant	Que se’n sortiria, <b>per molt que les infermeres deien que no</b> . Jo ho tenia molt clar...No coneixien a l’[redacted]...	<b>Mes unió.</b>

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
43	D	Amistat però prefereixo dir que és la meva germana adoptada.	Coma natural	Jo havia d’anar a treballar però cada dia m’acostava a l’hospital si coincidía amb les hores de visita a la UCI que eren molt limitades. La parella de l’[redacted] es va estar uns dies a casa meva donada la proximitat a l’hospital i així no havia d’anar a casa d’ella que està lluny. Cada nit podíem parlar i ens animàvem mútuament	La UCI tenia un passadís estret amb uns seients davant de cada “habitació”. Una finestra (amb cortina baixada) i una porta indicava que allí hi havia una persona. Havíem d’entrar d’un amb un o per parelles i poca estona. La mirava i pensava: se’n sortirà!	<b>Impotència</b> i molta incertesa. Eren moments crítics i tot i que tenia <b>esperança</b> , hi havia moments en que em <b>desmuntava</b> .	<b>Casi cada dia anava a veure-la.</b>	Vaig passar nits sense dormir.	A la feina <b>no em concentrava</b> i constantment pendent del telèfon. Si estava a casa em sentia més tranquil·la pel fet de la proximitat.	Un dia estava a la UCI amb ella. No recordo si hi havia algú més. Jo <b>sempre li agafava la mà i li parlava</b> . Li deia que havia de lluitar, que no podia marxar i li explicava coses que havíem passat plegades. També li parlava de la meva germana. Un dia, mentre jo li parlava, l’acariciava i li agafava la mà, me la va apretar, suaument, com sense força. Jo se que va ser la manera de dir-me que se’n sortiria. En aquell moment vaig saber que viuria i ho vaig dir al meu marit i a la seva parella que em preguntava si era veritat que m’havia apretat la mà. <b>N’estava segura</b>	Igual

3r moment: El despertar

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
17	Home	Fill	Estat en coma	A casa	<b>Tinc d’estar allà</b>	<b>“Alivio”</b>	Buscar a algú que em portés amb ella	Deixat	<b>“Subidon”</b>	<b>Gràcies al món</b>	<b>Veig llum</b>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
38	Dona	Novia	Estat en coma	A la sala d'espera	Que sabia que podria	Que era molt forta	Plorar	Seguia sense menjar	Gràcies a Déu	Déu m'ha ajudat	L'ajudaré amb tot

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
41	Dona	amiga	Estat en coma	A la feina. Em van avisar.	Que ho sabia...	Que esperarem el temps que calgui perquè es recuperi	Anar a l'hospital	Cap en especial	Impactada	Que es posaria be	Una relació rara perquè no era ella...

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
43	D	Amistat	Coma natural	Estava treballant. Cap a les 13h em va trucar el meu marit dient que l'Estrella semblava que es despertava. Em va dir: "tranquila que de esta sale, està pegando patadas a diestro y siniestro"	Vaig pensar que jo ja sabia que en sortiria però després vaig començar a preguntar-me quines seqüeles tindria. Físiques? Psíquiques? De mobilitat? Ella és molt presumida i jo se que segons quines seqüeles hagués tingut l'hagués afectat molt psicològicament. Vaig arribar a pensar que ella segons com no hagués volgut viure	Alegria immensa, excitació, vaig plorar. Les meves companyes de feina que sabien de tota la situació, quan em van sentir em van abraçar.	Mentre parlava per telèfon amb el meu marit li demanava que m'ho tornes a explicar, amb detalls, que com es movia.....	Descans	Por. Els primers dies del despertar van ser durs. Un dia mentre li donava el iogurt per berenar, li va escopir a una infermera mentre la insultava. Feia coses de mal educada, deia paraulotes.... Tenia molta por de que no millorés i quedés amb discapacitat psíquica.	M'angoixava pensar "com quedaria", si ja no seria l'..... Jo sempre portava un anell de la meva germana en aquells temps. Un dia em va dir: Dona'm aquest anell que portes. Sense parlar massa be i estirant-me el dit. Li vaig dir que no, que aquell era de la .. Va sentir aquell nom i va somriure i ens vam abraçar. Vaig saber que el cervell li funcionava encara que fos una miqueta.	Igual

4t moment: Recuperació i estabilitat

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
17	Home	Fill	Estat en coma	Amb ella	Serà molt dur	Que ma mare estava fatal	No plorar davant d'ella	Deixat	Merda estic fatal	Merda, tinc que creure que sí podrà	Tot va malament, però ella podrà.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
38	Dona	Novia	Estat en coma	Amb ella	Que <b>faltava molt per recuperar</b>	Que <b>l'ajudaria amb tot</b>	<b>Estar sempre amb ella</b>	Aprimar-me	Que <b>veia una mica de llum</b>	<b>Déu existeix, m'ha ajudat</b>	<b>Estaré al seu costat quedí com quedí, física i emocionalment</b>

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
41	dona	Amiga	Estat en coma	Anava a veure-la cada 2 dies	Que havíem de tenir paciència perquè tornes a ser com era	Que era com una nena petita però amb el seu caràcter.	Vaig mirar de posar una mica de sentit comú. <b>Érem moltes que volíem prendre decisions de que era el millor per ella</b> i hi havien que pensaven que el millor era consentir-li tot el que ella volia i altres que pensàvem que havia d'anar a la Guttman per fer recuperació.	Res a destacar	Es quan em va venir el <b>“baixon”... em sentia com si s'hagués oblidat de mi</b>	Res a destacar	<b>No sabia com tractar-la...</b>

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
44	D	amistat	Coma natural		Els primers dies del despertar vaig <b>patir</b> bastant. El comportament de l'era com d'un nen petit. Pensava que <b>potser no recuperaria del tot</b> i si les seqüeles eren aquests comportaments	Res a destacar, <b>l'angoixa havia disminuït.</b>	Va estar bastants dies a planta on tot anava endavant i després va anar cap a la Guttman. D'aquesta etapa no en tinc bon record. El lloc on ella estava era a Barcelona i no tenia fàcil accés amb transport públic (no condueixo per autopistes i només vaig anar un parell de vegades.)		<b>Esperança, confiada.</b>		En alguns moments vaig pensar que estava <b>sent mala amiga per no anar més a veure-la.</b>

Subjecte 2

1r moment: El succés

<span style="color: red;">■</span>	<b>Patiment emocional</b>
<b>Necessitats</b>	
<span style="color: lightblue;">■</span>	Cognitives
<span style="color: blue;">■</span>	Emocionals
<span style="color: darkblue;">■</span>	Socials
<span style="color: purple;">■</span>	<b>Concepcions UCI o succés</b>
<b>ToM</b>	
<span style="color: gray;">■</span>	Empatia
<span style="color: darkgray;">■</span>	Compassió
<span style="color: lightgreen;">■</span>	<b>Teoria Ecològica Bronfenbrenner</b>
<span style="color: cyan;">■</span>	<b>PICS - F</b>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	dona	Mare	Coma induït	Dormint a casa meva	El que m'estava dient el meu marit no podia ser veritat	<span style="color: red;">Sentiment de culpa</span> per no haver sentit el seu WhatsApp	Anar amb el meu marit cap al Clínic de Barcelona	Una pressió molt forta al pit i al cap	<span style="color: red;">Ganes de plorar i cridar</span>	Incredulitat, necessitat de <span style="color: lightblue;">respostes del perquè</span> i <span style="color: lightblue;">què estava passant</span>	<span style="color: red;">Impotència</span> per <span style="color: blue;">no poder ajudar-la</span>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
52	Maculí	Pare	Coma induït	De viatge	El pitjor	<span style="color: red;">Impotència</span>	Anar corrents cap a l'hospital	<span style="color: red;">Nerviós i molt preocupat</span> però analitzant la situació	Incomprensible, <span style="color: red;">no entenien el perquè</span>	Que se'n sortiria	<span style="color: green;">Anar a la una</span> en la lluita

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
40	Masculí	Parella mare i amic	Coma induït	Al sofà de casa dormint	Que era molt d'hora perquè enviés algú un WhatsApp i que si treia sang per la boca no era normal i podria ser serio	Que l'havia d'anar a buscar i portar-la a l'hospital	Anar a buscar-la ràpidament i portar-la a urgències	<span style="color: gray;">Nervis i insomni</span>	<span style="color: red;">Intranquil</span>	Volia creure que no seria greu	Tranquil·litzar-la i dir que tot aniria bé



**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Femení	Parella del pare	Coma induït	De viatge	Que no podia ser. Que potser estava pitjor del que ens van dir.	Tristesa Desconcert Impotència Disgust	Apoiar emocionalment al seu pare. Intentar suavitzar, sense amagar mai la realitat de les notícies que em passava la família fins que vàrem arribar a l'hospital i poder-la veure.	Nervis Tensió Calor Ansietat	Tristesa Sorpresa negativa Impotència Por al que passava realment Angoixa Preocupació Serenitat	Recolzar-me en la fe	Estima

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	Masculí	Germà	Estat en coma induït	Al pis a St. Bartomeu	Que no seria res greu	Indiferència	Anava trucant per informar-me i informar				

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Masculí	Parella	Estat en coma induït	Al taller	Que no passaria res	Una mica de neguit	Seguir treballant				

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
21	Femení	Amiga de la infància	Estat en coma induït	En el moment que me'n vaig assabentar estava conduint tornant de treballar. Després vam fer una trobada amb la colla d'amigues per intercanviar opinions i coneixements	Vaig quedar en "xoc". No sabia com reaccionar.	D'entrada molta por. No tenia cap dubte de que tot aniria bé, però la incertesa del moment feia que sentís molta por. Sentia molta impotència de saber que no hi podia fer res.	La notícia la vaig rebre mentre conduïa. Vaig acabar d'arribar al poble i vam quedar amb les nenes de la colla. Més que mai necessitàvem sentir-nos unides.		Em sentia molt inestable i susceptible. La impotència feia que aquesta sensació augmentés.		Em va unir molt a les meves amigues. Cada dia ens reuníem per posar en comú les novetats i donar-nos força.

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Femení	Amigues de la Universitat, des del primer curs, fins al moment del succés	Estat en coma induït	Al pis compartit, esperant al company de pis que es mudava just aquell dia. Se'm va informar de la situació en la que es trobava el subjecte a través del telèfon	Al principi, que era una broma, que <b>era impossible</b> , després em vaig bloquejar, després, finalment, <b>se'm va venir el món a sobre</b> .	<b>Que tot perdia el sentit</b> per un moment, com si no fos la meva vida o com si fos quelcom <b>irreal</b> .	Trucar al company de pis, perquè jo <b>no podia assimilar-ho</b> i no sabia què es suposava que havia de fer.	Taquicàrdia Sudoració freda Tremolor	<b>Irrealitat</b> <b>Bloqueig</b>	<b>Que es moria.</b> <b>Que era impossible que estigués passant.</b> <b>Que havia d'estar amb ella.</b>	<b>Que la perdia</b>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
26	Femení	Amistat	Coma induït	A casa	Em van trucar per dir-mho i el primer moment vaig pensar que només seria un "susto", però al cap d'una estona <b>no podia parar de donar-li</b> voltes i vaig veure que <b>alguna cosa realment greu passava</b> .	Va ser una mena de sensació que em va posar els pels de punta: <b>por, tristesa, incertesa...</b>	Primer seure al sofà i assimilar-ho.	"Fluixera" de cames i mal estar general.	Em vaig sentir petita de cop, com si el món se'm mengés de cop, molta <b>inseguretat</b>	Vaig <b>encendre una espelma</b> perquè aportes llum i força, em va fer pensar amb lo fàcil que es que d'un moment a un altre canviï tant la vida.	<b>Unió amb els que estimo.</b>

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	masculí	Amic	Estat en coma induït	Aquella vespre nit, vaig estar parlant em l' [redacted] pel WhatsApp per anar a prendre alguna cosa, ja que era divendres. Finalment no vam quedar, recordo que va dir que no estava massa fina i jo potser tampoc tenia les suficients ganes de sortir de casa. L'endemà el migdia em va trucar el seu germà, el [redacted] i em va explicar tot el que havia passat.	Vaig pensar que seria una pedra de tantes que es troben durant la vida, però estava totalment convençut de que l' [redacted] sortiria endavant, si més no en aquells primers dies	<b>Tristesa, preocupació, enyorança, esperança nervis.</b>	Vaig intentar fer vida normal, aquell dissabte eren Fires a Girona (St. Narcís), tenia un sopar, em unes amigues, <b>les meves ganes de socialitzar-me en aquell moment no eren les òptimes</b> , però i vaig anar. M'havia de quedar a dormir a Girona i tal, però finalment vaig tornar a mitjanit, per les meves ganes nul·les degut a la situació.		<b>Tristesa, preocupació, enyorança, esperança nervis.</b>	Estava segur que em mes o menys esforç tot es posaria a lloc, <b>tot tornaria a ser igual.</b>	Igual

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL SUCCÉS**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
27	Femení	Àmbit laboral – Amistat	Estat en coma induït	A Casa	En un primer moment que havia empitjorat molt el refredat que portava dies arrossegant.	Eren les 4 de la matinada, jo tenia insomni i vaig poder llegir el missatge que l'█████ m'havia enviat juntament amb la foto. Em vaig espantar.	Jo sabia que l'█████ estava sola a casa, em vaig llevar amb intenció de portar-la al metge quan em va dir que ja anaven a per ella en aquell moment. En cap moment vaig perdre comunicació amb ella fins les 7 del matí quan va ser que ja anava direcció a Barcelona. A partir d'allà tenia contacte amb la seva mare en tot moment.	Em vaig posar <b>molt nerviosa</b> ja que <b>allò no era gens normal</b> .	Vaig tenir <b>por</b> , ja que ella era conscient quan va anar al metge i parlava amb mi quan li feien les primeres proves.	<b>Ella ho superarà</b> i que ho superarà en breus. Van ser els primers pensaments quan tot just acabava de començar.	

2n moment: L'estat en coma en l'ingrés hospitalari

**ENREGISTRAMENT – DURANT L'ESTAT EN COMA EN L'INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Dona	Mare	Coma induït	Cada dia era de Calldetenes al clínic de Barcelona, per aprofitar el màxim les hores de visita a la UCI i els partes mèdics de com evolucionava la meva filla	No pensava, <b>només resava</b>	Un buit constant, la vida va deixar de tenir sentit	<b>Escoltar i parlar molt amb els metges, demanar si li podia donar un pulmó o qualsevol altre òrgan</b> perquè la meva filla sortís endavant	Cansament i apatia per tot i tothom bestial	<b>Pèrdua de la realitat</b> , sentir-me en un núvol, flotant	El meu cervell es va bloquejar i em donava una única sortida d'aquell malson: <b>si la meva filla no ho aconseguia jo tampoc</b> , i els meus altres dos fills estarien ben cuidats pels seus pares perquè jo no podria fer-ho	Li deia a la meva filla que estigués tranquil·la que tot aniria bé i sinó que <b>jo no la deixaria mai sola</b> .

**ENREGISTRAMENT – DURANT L'ESTAT EN COMA EN L'INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
52	Masculí	Pare	Estat en coma induït	Em vaig traslladar a Barcelona per estar amb ella i la situació que comportava i les decisions que s'havia de prendre	Al principi <b>optimista</b> . Al mig es va complicar bastant. Hi va haver <b>un punt que perdia les esperances</b> i al final es va despertar.	Ho separo en tres fases: Al principi que aniria bé. Al mig vaig sentir i veure que <b>es complicava de mala manera</b> i al cap de 3-4 dies encara més. Al final del coma ja <b>quasi perdia les esperances</b> .	<b>Estar sempre al seu costat</b> anant 3 cops al dia a veure-la que era el permès. <b>Al principi escoltar als metges.</b> <b>Al mig apretar als metges per veure què passava.</b> <b>Després es va actuar més contundent, autoritzant fer biòpsia i girar-la com a últim recurs.</b>	<b>Em sentia fatal per dins.</b> Dormia poc <b>Neguitós</b> <b>Preocupat</b> <b>Plorós</b>	<b>Molt tocat</b> <b>Decepcionat</b> <b>Impotent</b> <b>Injust</b> <b>Decebut</b> <b>Inacceptable</b>  Al final: <b>Positiu</b> <b>Esperançat</b>	<b>Que a la vida cal disfrutar dels bons moments que els dolents ja venen.</b> <b>Fes el que es pugui sense estirar més el braç que la màniga.</b>	En aquests moments et dons compte del <b>lligam i estimació que tens amb els teus fills</b> .

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
40	Masculí	Parella mare i amic	Coma induït	Darrera l’ambulància fins al Hospital Clínic de Barcelona	Que era més greu del que m’imaginava	Impotència i molt nerviós	Estar pendent del que deien els metges	Molt cansat i nerviosisme	Molta impotència	Creure que ella era molt valenta i tot aniria bé	Entrar a veure-la cada dia i donar-li molta força amb les meves paraules

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Femení	Parella del pare	Coma induït	Vaig estar totes les hores a l’hospital	Que necessitàvem un miracle. Que era molt injust el que passava i s’estava complicant malgrat l’esforç de l’equip mèdic.	Impotència Que era la situació més dura que havia viscut Que és important tenir algú al costat en moments difícils. Situació desbordant anímicament i físicament.	Estar a l’hospital i recolzar en tot el què vaig poder a la família i en especial al seu pare. Practicar mindfulness	Nervis Tensió Cansament No dormir Estrès	Enfonsada Impotent Trista Templança Por a com evolucionaria Ràbia Preocupació Pena Injustícia Paciència Serenitat	Recolzant-me en la fe esperant que tot anés bé.	Més dependent donades les circumstàncies Tendresa Compromís

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	Masculí	Germà	Estat en coma induït	Treballant, anant a l’hospital i al pis	Al principi que no seria res però a mida que anaven passant dies em preocupava cada cop més.	Por i intranquil·litat.	Em normalitat però alhora preocupat.	Estava cansat de no descansar	Por de perdre-la	Ens en sortirem Por amb els metges L’[redacted] és forta Inseguretat de no poder-hi fer res Amb Déu que si hi era que fes alguna cosa	Molt units, perquè era la meva germana i havíem passat moltes coses junts.

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Masculí	Parella	Estat en coma induït	A casa els meus pares	Trobava estrany que no i pogués haver una solució ni saber el que tenia.	Nervis, impotència, neguit i ràbia	Intentar trobar solucions	Sensació de buit, falta alguna cosa	Tristesa, inseguretat, confós.	Intentar ser allà i que ella notés la meua energia i el meu tacte i que sàpigues que no estava sola!	Necessitat d’estar allà, de protegir-la i molta por de com podia acabar tot

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
21	Femení	Amiga de la infància	Estat en coma induït	Fèiem vida “normal”, el que sí que és cert, que <b>un cop al dia ens reuníem amb les amigues</b> per parlar amb la mare de l' [ ] i posar en comú el que havíem anat rebent durant el dia.	M'és més fàcil explicar què no vaig pensar. En cap moment pensava que l' [ ] <b>es quedaria a l'hospital</b> . Sé que és valenta i que això acabaria quedant amb una anècdota més.	Sentia emocions contradictòries. Tenia <b>moltíssima esperança</b> , però és cert que <b>mai vaig deixar de tenir por</b> . La sensació d' <b>impotència</b> cada vegada era més i més gran.	Constantment <b>ens reuníem amb les nenes de la colla per compartir estones i recolzar-nos</b> .	Patia <b>insomni</b> , em costava moltíssim descansar a les nits. A més, durant el dia tenia una sensació de fatiga i cansament enorme. Les <b>migranyes també se'm van accentuar</b> .	Cada vegada em notava <b>més i més inestable i més susceptible</b> . La <b>incertesa</b> del moment i la situació feia que sentís molta tensió. Vaig començar a sentir <b>molta angoixa</b> .	<b>Molta esperança</b> . Confiava plenament en que l' [ ] se'n sortiria.	<b>Em va unir molt a les persones properes a l' [ ] amb qui abans tenir una relació menys estreta.</b>

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Femení	Amigues de la universitat des de primer	Estat en coma induït	Continuïtat amb la vida quotidiana, mentre el subjecte en qüestió estava a l'hospital. A Vic, anant a la universitat i treballant paral·lelament.	<b>No podia deixar de pensar</b> en la situació i <b>sentir-me inútil</b> per no poder fer res.	<b>Que si ella moria, jo em moria també.</b>	Només vaig anar a visitar-la quan va despertar, així que en aquest moment, poc podia fer a banda de comunicar-me amb la família.	<b>Ansietat augmentada</b> a nivell psicossomàtic	Desregulació emocional. També se'm van activar <b>mecanismes protectors de bloqueig emocional</b> , perquè si no ho sento, no existeix. <b>Impotència</b>	<b>Que es moria. Que no podia fer res.</b>	Totes les coses dolentes que havíem viscut, van desaparèixer i tot el que quedava, era el <b>sentiment de pèrdua de la relació</b> .

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
26	Femení	Amistat	Coma induït	De casa a la feina i de la feina a casa, volia anar al hospital però no podia mai per horaris	Que era mes greu del que podíem pensar i <b>que era molt estrany tot plegat</b> .	Vaig sentir <b>por de perdre-la</b> , la situació no millorava i no teníem masses bones notícies però alhora el meu cap i el cor volien pensar i sentir que es posaria be i se'n sortiria, <b>ningú sabia del cert que tenia i era molt caòtic, jo em sentia malament per no poder anar a veure-la</b> .	Trucar al seu germà i parella cada dia per saber com avançava tot	Mal estar general, <b>molts nervis</b> , manca de gana.	Emocionalment estava <b>força trastornada</b> , no sabia com afrontar la situació i sorgien moments de tot, tant <b>pensava lo pitjor</b> com el positivisme sortia a la llum. <b>També sentia com si li falles al no ser allà amb ella</b> .	<b>Cada dia encenia una espelma</b> per donar força i pensava en <b>lo valuosa que es la vida i que a vegades ens preocupem per coses insignificants (problemes tant petits que en fem una muntanya) quan realment no tenen un valor més enllà del que nosaltres li donem</b> .	Vaig sentir que la nostre <b>relació d'amistat era mil vegades mes forta</b> per mi que abans.

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	masculí	Amic	Estat en coma induït	<p>Vulguis o no, la meua vida havia de continuar, intentava fer vida normal, treballar, quedar em els amics...</p> <p>Recordo hores i hores de telèfon, parlant més que tot em el ■■■, el germà, també em el ■■■, el pare de l'■■■.</p> <p>Durant l'estat del coma, la vam anar a veure, hi havia la mare de l'■■■ i el ■■■, no estaven gaire animats, ja que cada dia que passava la cosa no millorava. Ja feia dies que la capacitat pulmonar de l'■■■ disminuïa i la situació cada vegada anava a pitjor. No recordo el dia, en una de les tantes trucades que fèiem diàriament em el seu germà, no feia massa estona que havíem parlat, però em va tornar a trucar, la situació era crítica, l'■■■ no reaccionava, i una de les paraules que em va deixar anar el ■■■ va ser "se'ns en va". En aquell moment em vaig desfer, però no podia, ja que per qui coneix el ■■■, es un noi que les seves emocions son molt extremes, tant és a dalt com enfonsat i no podia caure em ell. Quan vaig penjar em vaig ficar a plorar. Aquella nit no vaig dormir gaire, a primera hora vaig trucar altre vegada el ■■■, i la cosa estava molt igual.</p> <p>Van anar passant els dies i a poc a poc l'■■■ va anar millorant, el ■■■ més animat, em deia, demà potser la despertaran, el demà va ser demà passat i el demà passat va no va ser el dia, recordo que se'm va fer molt llarg tots aquests dies.</p> <p>Finalment la van despertar però degut a la situació, l'■■■ quan es despertava no s'havia on era n'hi que feia allà, es posava molt nerviosa, s'esgarrapava la cara i la van tingué de tornar a dormir. L'hi van tallar les ungles i van posar una mena de guants perquè no es pogués fer mal em ella mateixa, el cap d'uns dies la van tornar a despertar amb èxit.</p>	<p>El principi, estava força animat, penava que no seria res i que tot tiraria endavant.</p> <p>A mesura que anaven passant els dies i la cosa no millorava, <b>els meus ànims anaven decaient mica en mica.</b></p> <p>Cada dia que passava, jo <b>pensava més en la mort, i si es mort?, si es desperta però mentalment no es l'■■■?</b> que pot passar? tot era molt complicat i etern.</p>	<p><b>Tristesa, preocupació, enyorança, esperança nervis, angouxa, por.</b></p>	<p>Estava molt pendent del mòbil, ens trucàvem em el ■■■ mínim tres cops el dia i molts dies quan acabàvem la jornada laboral ens trobàvem. Durant l'estat en coma, <b>vam anar un cop a visitar-la</b></p>		<p><b>Tristesa, preocupació, enyorança, esperança nervis, angouxa, por.</b></p>	<p>En aquest moment les coses ja no es veien tant clares i costava mes ser optimista, però <b>havíem de creure em els metges i seguir endavant.</b></p>	Igual

**ENREGISTRAMENT – DURANT L’ESTAT EN COMA EN L’INGRÉS HOSPITALARI**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
27	Femení	Àmbit Laboral-Amistat	Estat en coma induït	A la feina	Que no podia ser, feia poques hores abans estava amb mi i en hores després anava amb una ambulància per ser ingressada en el Clínic.	<p><b>La por i els nervis</b> augmentaven dia rere dia.</p>	<p><b>Anar-la a veure i donar suport a les seves persones.</b></p>	<p>Quan veus una teva persona en coma i a més a més tan petitona es fa un nus a la panxa.</p>	<p><b>Tristesa</b>, i semblava un <b>malson</b> o que no podia ser possible.</p>	<p>En tot moment sabia que ella despertaria i que tot aniria bé. <b>Només vaig tenir un dia amb poca esperança</b> quan tot el que es deia aquell dia era tot negatiu.</p>	

## 3r moment: El despertar

## ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Dona	Mare	Coma induït	Amb la meua filla a la UCI del clínic	Que anàvem pel bon camí	Descans i respirar plenament	Abraçar-la fort i sentir com ho feia ella també	La pressió del cap i pit es va alleugerir	El meu cap es va desbloquejar i vaig tornar a la realitat	En el moment que li vaig dir: “hola Niki” i els seus ulls em van mirar i em va dir “hola mami”, vaig tenir clar que se’n sortiria	Connexió i dependència mútua

## ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
52	Masculí	Pare	Coma induït	Al seu costat	Que el més dur estava superat	Em vaig treure un pes de sobre. Alegria i vaig veure que ella no sabia el què havia passat i no entenia o veia la situació que vaig passar al seu costat.	Carregar piles Vaig veure la llum de l’esperança	Emocionar Em vaig tranquil·litzar una mica. Lliurar-me de la pressió que duia a sobre.	Emocionar Il·lusió Esperançat	Com un miracle	El lligam que tinc amb ella veig que és més fort

## ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
40	Masculí	Parella mare i amic	Coma induït	A la sala d’espera per poder entrar a la UCI	Que gràcies a Déu els meus pensaments s’havien complert	Molta felicitat	Relaxar-me	Em va venir un baixon físic i emocional	Em sentia molt feliç per la seva recuperació	Jo estava segur que se’n sortiria per totes les situacions que varen passar: sentir el WhatsApp a les 5 de la matinada, tenir l’impuls d’anar-la a buscar sense perdre temps, la rapidesa d’actuar a urgències per part dels metges.	Esperar a la porta de la UCI per ser el primer en entrar perquè va se a qui em va veure abans del coma, fer-li molts petons i sentir que estava viva.

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Femení	Parella del pare	Coma induït	A l'hospital	Que era un gran pas. Que anàvem per bon camí. Havíem sortit de la foscor. Que havia tornat a néixer.	Molta alegria Alliberament Que hi havia un futur Neguit del què vindria ara i com ho acceptaria ella.	Abraçar-me amb el seu pare i la família que estàvem allà. Comunicar-ho amb alegria a les famílies, com feia cada dia després del parte mèdic.	Plorar Treure tensió Menys nervis Dormir millor	Il·lusió Esperança Més contenta Alivi Eufòria momentània Optimisme	Va ser un miracle Molt agraïda a déu	El sentiment que tinc per ella és més fort

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	Masculí	Germà	Estat en coma induït	A l'hospital, al pis, a casa la mama, treballant...	Que estava atontada i que veia coses que no hi eren i pensava que potser no tornaria a ser l' [ ] que jo coneixia.	Inseguretat, por i intranquil·litat.	Ajudava amb el que podia, menjar sa, companyia, ...	Cansat però alhora satisfet	Tocat però alhora emocionat per tornar-la a tenir aquí.	Creia que en mica en mica tornaria a ser la meva germana que jo coneixia.	Germana rabiüda però amb molta estimació

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Masculí	Parella	Estat en coma induït	Al taller	Alegria!!! Felicitat!!! Incertesa	Alegria i inseguretat de com aniria en el futur	Anar-la a veure, fer-li petons i li vaig poder donar de menjar	Mal de panxa dels nervis	Bogeria!!	Estava molt content per tot com havia anat però no sabia si l' [ ] de qui em vaig enamorar l'havia perdut...	Unió i força

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
21	Femení	Amiga de la infància	Estat de coma induït	A casa. Havia tornat de la uni i estava a punt de quedar amb les nenes de la colla.	Va ser un descans. Ho necessitava. En aquell moment vaig tenir la sensació que realment tot anava bé.	Molta alegria. Va ser un descans saber que tot estava anant bé i que l' [ ] es recuperaria.	Vaig tenir una crisi tant gran amb la notícia que no sabia del tot com reaccionar. Al moment de rebre la notícia vaig trucar a ma mare plorant per donar-li la notícia.	Aquella nit va ser la primera que realment vaig tenir la sensació de poder descansar. A partir de la segona, vaig seguir tenint insomni, encara que no tant.	Va ser una dosi de força. La tensió poc a poc va anar desapareixent i començava a sentir alleujament i molta força.	L'esperança anava creixent. Sentia molta força i estava convençuda que tot aniria bé.	Al despertar vaig ser conscient de lo important que era l' [ ] per mi i de la por a poder-la perdre que havia passat. Crec que la nostra relació és molt més forta.



**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Femení	Amigues des de primer de la universitat	Estat en coma induït	Se'm va informar per telèfon que havia despertat. Al treball, just sortia.	Que era un <b>miracle</b> , que havia d'anar en aquell precís moment a veure-la.	Que ja estava, que <b>tot havia estat un malson etern</b> .	<b>Plorar</b> .	Físicament, com si m'haguessin tret un enorme pes de sobre.	<b>Esperança</b>	Va ser tant intens el moment que, sincerament, no me'n recordo	“ Ja no la perdo”

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
26	Femení	Amistat	Coma induït	Van avisar-me que havia despertat i jo estava a la feina.	Que per fi havia acabat el calvari i el sofriment, que <b>era la noia mes valenta que coneixia</b> i tot aniria be	Que per fi tot anava per bon camí i que havia guanyat la batalla	<b>Saltar i plorar de felicitat</b>	Molta adrenalina i distensió muscular	Molta <b>eufòria i seguretat</b> en tot el que feia, <b>estava molt feliç</b>	<b>Que si creus que esta tot perdut ho perds, però que si lluites per el que vols, necessites, sents i estimes pot ajudar a ser mes fort i millor persona</b> , i fins i tot a superar malalties tant estranyes i desconegudes per la gent. Que tot es base en afrontar i superar la vida.	Vaig sentir molta <b>admiració</b> per superar alguna cosa que jo en el seu cas no crec que hagués superat.

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	masculí	Amic	Estat en coma induït	Feia dies que els metges intentaven despertar-la sense èxit, finalment va arribar el dia i va ser d'una gran alegria.	Crec que tots ens vam treure un gran pes de sobre, però també <b>estàvem preocupats</b> per com podia evolucionar i <b>si el coma podria haver deixat alguna seqüela</b>	<b>Alegria, preocupació, esperança, nervis.</b>	<b>La vam anar a visitar tant ràpid com vam poder.</b> Jo crec que no ens va conèixer o si mes no, ens reconeixia, però no ens ubicava. Se la veia feliç però a la vegada molt dèbil.		<b>Alegria, preocupació, esperança, nervis.</b>	Per fi bones notícies, tal hi <b>com pronosticaven els metges.</b> <b>Els ànims s'enfortien</b> després de un temps de cap a caiguda.	Igual però em molta debilitat per part de l'██████.

**ENREGISTRAMENT – MOMENT DEL DESPERTAR**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
27	Femení	Àmbit Laboral - Amistat	Estat en coma induït	A la feina	Que lo pitjor ja havia passat. Ara ja no només depenia d'ella mateixa sinó també de les persones del seu voltant per la recuperació i fer-la més fàcil.	<b>Felicitat</b> , era un gran pas endavant.. Ja no sentia por per si li passava alguna cosa més, lo dolent ja havia passat.	<b>En quan vaig poder la vaig tornar anar a veure</b> , aquest cop ja desperta.		<b>Felicitat</b> , veure-la desperta era un gran què.	No tenia cap dubte que es recuperaria i amb una rapidesa excepcional.	<b>Intentar ajudar-la lo màxim que pogués</b> . Per mi era com una germana petita.

4t moment: Recuperació i estabilitat

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Dona	Mare	Coma induït	La meva filla es va instal·lar una temporada amb mi a Calldetenes	<b>Que era i és una persona forta</b> i que tot tornaria a la normalitat	<b>Que l'havia de protegir i ajudar a superar les pors i inseguretats</b>	<b>Intentar transmetre-li una imatge de control i seguretat de la situació</b>	<b>Una injecció d'energia i positivisme</b>	Vaig ser conscient del bloqueig mental que havia patit i de com el cervell m'havia dominat fins el punt de <b>voler morir</b>	<b>Creença ferma que tant la meva filla com jo superariem el malson</b>	<b>Sobreprotecció</b> , que fins tot i que ha passat un any i mig ha disminuït però no crec que mai deixi de sentir per ella

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
52	Masculí	Pare	Coma induït	Al seu costat	<b>Al principi dubtós i preocupat per si estava bé mentalment.</b>	<b>Que havíem d'anar tots a la una</b> i en una situació molt difícil, sobretot per la seva part, d'acceptar el que havia passat	<b>Apoiar-la en tot el que vaig saber i poder.</b> Ser l'ovella negra, apretant per tornar a tirar endavant com sempre he tingut de ser.	<b>Al principi em van venir tots els mals físics.</b> Molt cansament Poques ganes de fer coses	<b>Content Esperançat Il·lusionat</b> en la situació més difícil de la meva vida	<b>No es pot perdre mai l'esperança. Viure la part positiva de les coses</b>	<b>Temporalment més dependent</b> ella de mi per la part física, emocional i econòmica, el que ha fet que ens necessitem més mútuament un a l'altre.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
40	Masculí	Parella mare i amic	Coma induït	A casa esperant que el seu pare la portés des de l'hospital	Que <b>el malson</b> havia acabat	<b>Molta felicitat</b> i que <b>l'havia de protegir</b>	<b>Intentar estar tan pendent d'ella com vaig poder</b>	<b>Insomni pendent d'ella</b>	<b>Molta felicitat</b> al tenir-la de nou a casa	<b>Pensava que les promeses que es feien als Sants no serveixen per res, però en aquest cas es va complir la meva promesa.</b>	Molt bona relació entre els dos i relaxada.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
51	Femení	Parella del pare	Coma induït	Vaig estar tot el temps possible amb ells mentre la feina m'ho permetia	Que se'n sortiria però que quedava encara molt camí per fer	Molt respecte i admiració en veure les ganades que posava en la seva recuperació.	Tot el que vaig poder física i psicològicament que estava al meu abast per a ella i la seva família	Va venir un baixón Molt cansament Mal de cap	Alegria de veure la ràpida recuperació Esperança Admiració	Cal ser positiu sobretot en moments difícils Valorar més la vida, la família i els amics	El lligam és més fort i intento des de la proximitat i la distància apoiar-la en tot el que puc i l'admiro com a persona, pel seu nivell de superació i com ho ha portat i ho porta a tots els àmbits.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
23	Masculí	Germà	Estat en coma induït	Al pis, a casa la mama, a casa al papa, treballant...	Que ja començava a ser l' de sempre però encara no ho era.	Tranquil·litat	Ajuda amb el que podia i està amb ella.	Tranquil·litat	Content de tenir-la	Creia que ja la tornava a tenir	Germana rabiüda però amb molta estimació

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
25	Masculí	Parella	Estat en coma induït	A casa meva	Que seria molt dur i no sabia com resultaria tot	Uf... nervis, ràbia, incertesa, decepcions, però al final tot ha valgut pena	Cuidar-la i mimar-la	Cap	AMOR!!!	El valor de la persona que tinc al costat	Al principi es va fer dur per part dels dos, però poc a poc amb ganades s'ha ficat tot a lloc!!

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22	Femení	Amiga de la infància	Estat en coma induït	Al Roser sabíem que aquell dia anava a casa i estàvem juntes esperant novetats. Durant el temps de recuperació intentava fer-li més costat que mai.	Vaig tenir la sensació de descans. La idea de veure-la era més gran que la por.	MOLTA força, moltíssima.	Al saber que ja era a casa li vam preparar un detall i la vam anar a veure. Durant el període de recuperació intentava anar-la a veure a diari.	En aquest moment vaig començar a descansar de veritat.	Poder-la veure cada dia em feia sentir bé i amb molta energia. Veure-la bé em feia sentir cada cop millor.	Vaig començar a pensar que quan desitges molt una cosa, fa que es doni força. Si alguna cosa ha d'anar bé, anirà bé.	L' era una persona molt important per mi. Després de tot, vaig prendre consciència de lo important que és gaudir i aprofitar tots els instants i detalls.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
24	Femení	Amigues des de primer de la universitat	Estat en coma induït	A Vic, depenent del moment a dins o fora la universitat o treballant	Que havia canviat, que les coses ja no eren com abans	Em vaig sentir apartada d'ella, com si no fos important a la seva vida	Acceptar-ho, amb temps i dolor i apartar-me de la situació tant per ella, com per mi mateixa, mantenint-me perifèricament, per si em necessitava	Desgast	Tristesa. Va ser difícil entendre-la, però inclús quan considero que vaig poder fer-ho, em sentia trista i apartada	“No sóc una prioritat per a ella i no passa res, he d’acceptar-ho, per ella”	Considero que la nostra relació va canviar, ni cap a millor ni cap a pitjor, simplement, diferent. Però per una part, potser ja més a quart, quan la recuperació era més real, sí es va veure més enfortida a l’estar-ho ella mateixa, també.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
27	Femení	Amistat	Coma induït	A mesura que van passar els dies vam anar quedant i parlant per el mòbil.	Que tot i ser forta havien hagut alguns canvis en ella, la inseguretat, canvis d’humor, molta por... però també les ganes de viure, la valentia, saber qui voler al seu costat i qui no, tenir clar recuperar-se i ser qui era però molt mes forta que abans.	Que ja havia passat el pitjor però que ara tindria una batalla emocional i interior a superar	Vaig oferir-li la meua amistat, per parlar, plorar, riure o el que l’hi fes falta.	Van sortir-me algunes contractures més de l’ho normal, quan passo molts nervis i després em relaxo solen sortir-me’n	Estava força activa i impacient en tots els sentits però em sentia segura i feliç	Que no podem perdre ni un sol dia de la vida, que hem de ser el màxim feliços com es pugui, viatjar, riure... que el dolent ve sol i que sols ens quedaran els bons moments quan ja no i siguem, fins que aquest moment no arribi hem de viure-ho com si fos l’últim.	La nostre amistat ja era bona, però amb aquest temps ha crescut aquesta unió, i amb totes les amistats, família i amics que m’importen de veritat.

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
22/23	Masculí	Amic	Estat en coma induït	Recordo que anava a veure l' [redacted] tot sovint. També recordo especialment el dia que la vaig portar de casa a se mare, a Calldetenes fins el [redacted], a casa el seu pare. Em vaig sentir molt estimat, tan per ella com per la seva família. Era força el principi després de sortir de l’hospital, estava molt dèbil i la per pujar les escales, la vaig portar a coll. Es un moment que recordaré tota la vida.	Vaig pensar que era una carrera de fons i que de mica en mica s’omple la pica. Va fer un canvi molt gran em un període de temps relativament curt.	Alegria, preocupació, esperança, estimació.	El principi estava molt pendent de ella, encara que jo soc com soc... i mica en mica l' [redacted] recuperava autonomia i ja no necessitava tanta atenció		Alegria, preocupació, esperança, estimació.	Un cop passat el mes greu, ara ja nomes cal esperar i tenir paciència per que tot estigui com abans.	Igual però em molta debilitat per part de l' [redacted].

**ENREGISTRAMENT – PERÍODE DE RECUPERACIÓ I ESTABILITAT**

Edat	Gènere	Relació amb el subjecte (tipus i temps)	Situació o experiència viscuda	On estava?	Què vaig pensar?	Què vaig sentir?	Què vaig fer?	Quines conseqüències o impacte va tenir en mi?			
								Físic	Emocional	Cognitiu (creences)	Relacional
28	Femení	Àmbit Laboral-Amistat	Estat en coma induït		Que <b>seria difícil</b> ja que per ella a part de físicament, psicològicament també seria dur.	<b>Felicitat</b> , anava per bon camí	<b>Ajudar-la tan com fos possible.</b> <b>Anar-la a veure a casa seva, intentar que es distregui..</b>		Estava <b>contenta</b> per la evolució de l'█████. Anava tot bé i molt ràpid.	Tot aquest procés que desgraciadament va tenir que passa l'█████, va acabar bé.	Al principi de la recuperació sentia que tenia <b>que protegir-la més del compte</b> ja que la primera etapa encara estava molt dèbil i em por que no li tornes a passar res.

Altres aportacions dels subjectes envers l'experiència o succés:

**Mare:**

Per una banda, és la pitjor experiència que poden viure uns pares: la possibilitat de perdre un fill. Els pares, no estem preparats per una pèrdua així, i jo menys que ningú.

D'altra banda, prendre consciència del poder que té la nostra ment sobre els nostres actes, que fa que per superar l' ofuscació i el dolor que estàs sentint , el teu cervell et dona una via per fugir d'aquella realitat que et sobrepassa, una sortida que t'alliberaria del patiment: deixar de viure, i a més és la manera que compenses el sentiment de culpa perquè si el teu fill/a no supera el coma, no marxa sol, marxés amb ella.