



LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Los procesos neurodegenerativos que conducen a la demencia tienen un largo periodo sin clínica. Cuando aparecen las primeras manifestaciones, sean en forma de “quejas cognitivas subjetivas”, “alteraciones de conducta no justificadas” o “alteraciones en el rendimiento funcional”, ya estamos llegando demasiado tarde.

En todos los países, es evidente, que incluso en la fase clínica con “síntomas”, existe demasiado retraso en alcanzar un diagnóstico de certeza por parte de profesionales expertos; y con ello un inicio tardío del tratamiento adecuado. La población general suele desconocer la importancia de una detección precoz. Muchas veces las familias y los propios interesados solicitan tarde la opinión de los equipos de atención primaria. La derivación a los especialistas en demencia puede sufrir retrasos que pueden alcanzar meses o varios años. La prevención primaria, basada en hábitos de vida saludables, es un objetivo de interés general, difícilmente alcanzable, que precisa de un trabajo social colectivo que debe iniciarse ya en las escuelas y proseguir a lo largo de toda la vida.

La detección precoz en la fase asintomática, de la enfermedad de Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos relacionados, está muy cerca de ser posible, de forma fácil, a través de la detección de biomarcadores en plasma. En los próximos años tendremos la posibilidad de corregir alteraciones en fases relativamente precoces.

Debemos estar preparados para realizar el diagnóstico lo antes posible, y por ello se deben dirigir los esfuerzos a sensibilizar a la población general, y promover la formación continuada y actualizada de todos los profesionales de salud y servicios sociales, con el objetivo de una detección temprana, un abordaje multidisciplinar y una rápida derivación a las Unidades de Demencia.

PROFESORES INVITADOS



Dr. Jorge J Llibre-Guerra

Profesor de Neurología. Director Asociado, Dominantly Inherited Alzheimer's Network. Departamento de Neurología, Universidad de Washington, St.Louis

Enfermedad de Alzheimer Autosómica Dominante y Ensayos Clínicos

EL DIAN La demencia degenerativa familiar es relativamente poco frecuente, sin embargo, estas familias nos ofrecen una gran oportunidad de conocimiento



Sra. Maite Matas Sancho

Enfermera. Mediadora. Licenciada en Humanidades. Coordinadora del equipo de la Sociedad Catalana de Mediación en Salud

Mediación de Conflictos en el cuidado de las personas con demencia

La mediación en los temas de salud, pueden ser importantes cuando existen conflictos, entre persona afecta, y familia, diferentes miembros de la familia entre sí, el núcleo familia y los profesionales que les atienden. Hay profesionales de la mediación que pueden ser necesarios de forma excepcional, y los propios profesionales que atienden a estos pacientes deben actuar como mediadores.



Francesc José María Sánchez.

Abogado. Experto en Bioética y Derecho Sanitario. Presidente de Honor de la Sociedad Catalana de Mediación en Salud. Vicepresidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Cataluña

Los Derechos del paciente en el DCL y la Demencia.

La Eutanasia en personas con Demencia

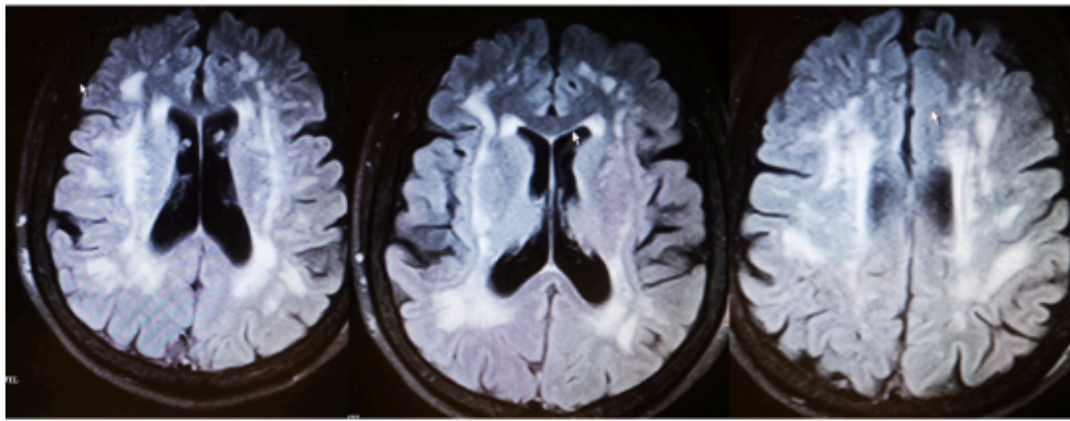
La solicitud de eutanasia en la demencia es un tema complicado, se precisa de unas voluntades anticipadas realizadas en una fase de la enfermedad en la que la persona solicitante sea consciente de ello, con una voluntad no comprometida, y de un equipo de profesionales que interprete en realidad la fase de su proceso que se recoge en las voluntades. Elementos que complican el tema es el largo proceso de la enfermedad, la lentitud de los cambios o la relativa estabilización de los mismo, la propia modificación del consentimiento, las posibilidades terapéuticas que se den.

DISCUSIÓN DE CASOS CLINICOS

3º Reunión ADRIG

- Identification of presenilin 2 mutation p.N.141I in Argentine pedigrees with early onset familial Alzheimer's disease (**Carolina Muchnik, Natividad Olivar, Maria Carolina Dalmaso, Pablo Javier Azurmendi, Cynthia Liberazula, Laura Morelli, Luis Ignacio Brusco (Argentina)**)
- A través de un familiar enfermo se descubre a su marido afecta de una demencia tipo Alzheimer. La importancia de la carga de cuidar. **Raúl Gutiérrez y su equipo (México)**
- Deterioro cognitivo ligero enfermedad de Alzheimer atípica (disminución de la beta-amiloide con preservación de la Tau-Total y la P-tau. **Noemí Cerulla, Paquita Soler, Miquel Aguilar (España)**)
- Manifestaciones No Motoras de enfermedad de Parkinson, descubierto al ser estudiado como hijo de una mujer con demencia tipo Alzheimer. **Anna Morera, Paquita Soler, Miquel Aguilar. (España)**
- Enfermedad de Cadasil asintomático, descubierto por unas imágenes en la RMN craneal. **Miquel Aguilar. Paquita Soler (fig.)**

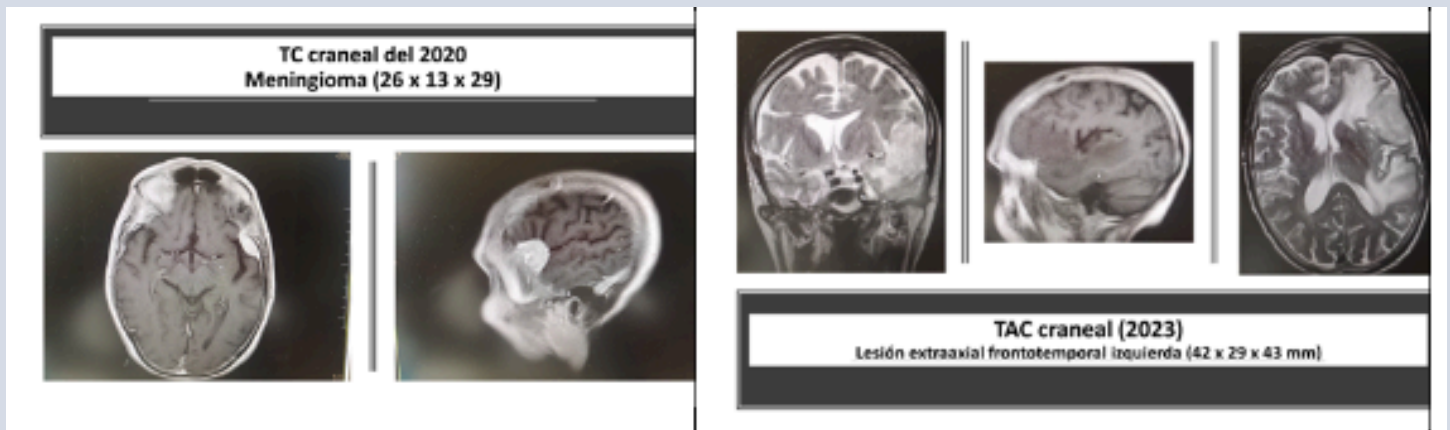
Neuroimagen actual (mayo 2023)



DISCUSIÓN DE CASOS CLINICOS

4º Reunión ADRIG

- Enfermedad de Parkinson senil, inicio a los 91 años. Respuesta excelente al tratamiento
- Temblor esencial severo e invalidante en un varón de 85 años. Respuesta excelente al tratamiento con Fycompa
- Demencia reversible tras la extirpación de un Meningioma en una mujer de 85 años (Miquel Aguilar, Anna Morera, Paquita Soler (España) (fig)



5º Reunión ADRIG

- Afasia de expresión y Parkinsonismo en varón de 81 años. Meningioma y demencia cuerpos de Lewy (Miquel Aguilar (España)
- Afasia primaria progresiva en una mujer joven, y la petición de eutanasia cuando el cuadro progrese (Juan García Caldestey) (Mallorca /España)

LA NEUROPSICOLOGÍA (NPS) FORENSE



Prof. Noemí Cerulla Torrente

*Responsable de la Unidad de Memoria del Consorcio Sanitari de Terrassa.
Centre de Teràpia Interdisciplinària Sant Jordi de Terrassa. Catalunya – España
Neuropsicòloga colegiada 11818
(Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Barcelona)
Miembro de ADRIG*

Situaciones donde actuar

Caso 1) Hombre de 74 años con un diagnóstico de demencia que cambia el testamento poco antes de fallecer, dejando como heredero universal a un vecino. Tenía un testamento previo en que dejaba sus posesiones a sus hijos.

Caso 2) Mujer de 56 años con un diagnóstico reciente de demencia tipo Alzheimer que tiene que volver a trabajar después de una incapacidad laboral transitoria el motivo de la cual fue un episodio depresivo con dificultades incipientes en realizar su trabajo.

Caso 3) Hombre de 60 años con un diagnóstico de Deterioro Cognitivo Ligero y juego patológico, al que la hija quiere someter a un procedimiento de medidas de apoyo para poder controlar la gestión económica.

Caso 4) Mujer de 30 años víctima de una agresión con traumatismo craneoencefálico.

¿Qué es la NPS Forense?

La **NPS Clínica** es una ciencia entre la Psicología y la Neurología que estudia las manifestaciones cognitivas, conductuales y emocionales del daño cerebral de cualquier etiología. La NPS Forense es una subdisciplina de la NPS Clínica.

La **NPS Forense** no está reconocida como tal y no hay un itinerario de formación determinado ni consensuado. Los profesionales que más frecuentemente se dedican a ella son neuropsicólogos clínicos con experiencia a quienes llegan encargos forenses y se forman a posteriori para poder dar respuesta a los mismos, aunque también hay psicólogos forenses que se forman en Neuropsicología. Sea como fuere, se necesita conocimiento específico tanto de entorno forense como evidentemente, de Neuropsicología Clínica, ya que hay diferencias importantes entre los dos campos. El profesional es el responsable de saber qué rol está desempeñando cuando evalúa a una persona. Por poner un ejemplo, no pueden elaborarse informes periciales (forenses) cuando el psicólogo conoce previamente a la persona a evaluar. Esto podría ser objeto de tacha o recusación en juicio, es decir, que el informe no se acepte por no considerarse objetivo.

SEGUNDO NEWSLETTER

(Febrero/Marzo 2024)

Diferencias entre la Neuropsicología Clínica y la Forense

Dependiendo del rol que adoptemos (clínico o forense), nuestras competencias serán distintas. En la siguiente tabla se listan las diferencias más importantes entre estas dos disciplinas.

| Diferencias | NPS Clínica | NPS Forense |
|-------------------------------|---------------------------|--|
| Rol y competencia | Testigo experto | Perito |
| Objeto del estudio | Alteración cognitiva | Alteración cognitiva y nexo causal con lo que se juzga |
| Finalidad de la evaluación | Diagnóstico, terapéutica | Responder a la pregunta forense |
| Relación profesional-evaluado | Empatía | Neutra |
| Valoración de la simulación | Sí | Raramente |
| Métodos | Administración de pruebas | Multimétodo, multifuente |
| Destinatario del informe | Persona evaluada | Quien lo solicita (operador jurídico) |
| Confidencialidad | Sí | Limitada |

A continuación, se explican cada uno de los puntos de la tabla.

Rol y competencia

El rol del neuropsicólogo forense será el de perito. Su tarea es responder a la pregunta forense. La evaluación de la persona es uno de los pasos -pero no el único- para este encargo. La tarea forense por definición siempre es multimétodo (no solo implicará administración de pruebas, sino también puede ser necesario entrevistar otras personas implicadas en el proceso) y multifuente (se debe recabar toda la información posible para resolver la cuestión forense). La ratificación de su informe pericial en sede judicial es la culminación del trabajo del neuropsicólogo forense.

SEGUNDO NEWSLETTER

(Febrero/Marzo 2024)

Un ejemplo de pregunta forense para el caso 1 sería la siguiente: Determinar si el señor disponía del pleno uso de sus facultades mentales, y en concreto, de sus capacidades cognitivas y volitivas en el momento de otorgar el testamento.

Por contra, el neuropsicólogo clínico raramente será llamado a juicio. Y si es requerido, será en rol de testigo experto. Es decir, como profesional que ha evaluado o tratado a un paciente y sobre el que ha elaborado un informe clínico. Al testigo experto se le preguntará lo que se considere pertinente para esclarecer cuestiones técnicas propias de la disciplina que el operador jurídico no tiene porqué saber (por ejemplo, qué es una Demencia tipo Alzheimer).

Objeto de estudio

En NPS Clínica el objetivo de la valoración es determinar qué funciones cognitivas están preservadas o son deficitarias, el grado de afectación de las mismas y el patrón de alteración. En NPS Forense el estudio del déficit cognitivo es solo una parte del trabajo, ya que se deberá establecer el nexo causal (o la ausencia del mismo) con el hecho que se juzga. Este aspecto es en el que el NPS Forense (y no el clínico) puede dar respuesta. Por ejemplo, en el caso 2 de invalidez laboral en una mujer con demencia tipo Alzheimer no sólo se estudiarán las características de la propia alteración cognitiva (esto lo podría hacer el clínico) sino que se deberá establecer si la persona puede o no desempeñar las funciones específicas de su trabajo teniendo en cuenta los déficits sobrevenidos, así como su pronóstico (mejora, estabilidad, empeoramiento) y las posibilidades de recuperación de los mismos. Las funciones cognitivas que se ponen en juego serán distintas en función del lugar de trabajo: la exigencia cognitiva en una tarea repetitiva es menor que la que necesaria en tareas de gestión, por ejemplo.

Siguiendo con el mismo caso 2, un NPS Clínico puede concluir en su informe que la paciente en cuestión tiene fallos graves de memoria que afectan todos los procesos mnésicos (aprendizaje, recuerdo libre y reconocimiento) y alteración en funciones ejecutivas, con preservación del resto de funciones superiores valoradas. Pero la tarea de un NPS Forense será determinar qué impacto tienen estos déficits en cada una de las actividades que desempeñaba previamente en su ámbito laboral. La pregunta a responder será: ¿puede esta persona realizar su trabajo igual que antes de sufrir el TCE? El NPS Forense realizará el estudio pertinente para poder contestar a esta pregunta, que el Clínico no puede responder con su evaluación.

Tomando como ejemplo el caso 3: con una valoración neuropsicológica clínica no se puede afirmar que una persona con juego patológico no puede gestionar sus asuntos económicos sólo por el hecho de tener un diagnóstico de Deterioro Cognitivo Ligero. Se establece así un nexo causal entre las dos condiciones sin tener toda la información necesaria: no se ha explorado bien ni la conducta de juego y ni cómo las características de este deterioro impactan en la conducta de la persona. Por lo tanto, no es pertinente realizar este tipo de afirmación. Quizás la conducta de juego patológico era ya previa al diagnóstico de la alteración cognitiva, hecho que descartaría que ésta tenga un papel causal en la misma.

Finalidad de la evaluación

En NPS Clínica la finalidad puede ser de diagnóstico o terapéutica, pero en NPS Forense el objetivo último es dar respuesta a la pregunta forense que se nos formula. El NPS Forense es en definitiva un auxiliar del operador jurídico (jueces, fiscales, abogados...). El informe forense tiene una forma y contenido distintas a la del informe clínico. Esto queda claro en el caso 1 de valoración retrospectiva de la capacidad de testar, en la que no se podrá valorar a la persona porque ya ha fallecido.

Relación entre profesional y evaluado

En NPS Clínica la relación es de empatía, y se promueve la alianza terapéutica. El paciente debe encontrarse cómodo y confiar en el clínico para garantizar el máximo rendimiento posible en la administración de las pruebas neuropsicológicas (en el caso de evaluación) o una buena adherencia terapéutica (en el caso de tratamiento). No así en NPS Forense, en la que la relación debe ser neutra y escéptica, teniendo en cuenta que hay muchos intereses en juego y el entorno legal es de confrontación por naturaleza.

Valoración de la simulación

Relacionado con lo anterior, en la evaluación en entorno forense siempre se deberá tener en cuenta la posibilidad de simulación de la persona evaluada. Es decir, que la persona pueda exagerar su sintomatología cognitiva para obtener beneficios secundarios. Este es un aspecto que en NPS Clínica no suele contemplarse, ya que en principio, el objetivo por el cual el paciente acude a valorarse en clínica suele ser por necesidad de ayuda y no para conseguir ganancias.

Métodos de la NPS Forense

Al ser una rama de conocimiento de la Neuropsicología, los métodos e instrumentos a utilizar son los mismos que en NPS Clínica. Este hecho tiene ventajas, como por ejemplo, que se dispone de un arsenal muy amplio de pruebas, bien construidas a nivel psicométrico, baremadas, muy consolidadas y reconocidas a nivel internacional. Pero también hay inconvenientes: el principal es que no son instrumentos desarrollados para contestar a preguntas forenses. Por ejemplo, en el caso 4, no sólo vamos a valorar funciones superiores, sino que también deberemos estudiar si existen otras secuelas, como alteraciones emocionales o cambios de personalidad, por lo que deberemos complementar con otras pruebas. De ahí que la evaluación en NPS Forense sea multimétodo y multifuente. Cabe decir que sí hay instrumentos de valoración que son propios de entorno forense como son los de simulación, que en el caso 4 también serían necesarios aplicar para descartar magnificación intencionada de sintomatología.

Destinatario del informe

En NPS Clínica es la persona evaluada, pero en NPS Forense no: el informe irá a quién lo ha encargado (juez, abogado...).

Confidencialidad

En NPS Forense la confidencialidad es limitada y así se le debe explicar a la persona evaluada. En cambio, sí hay confidencialidad en NPS Clínica.

Ámbitos de actuación

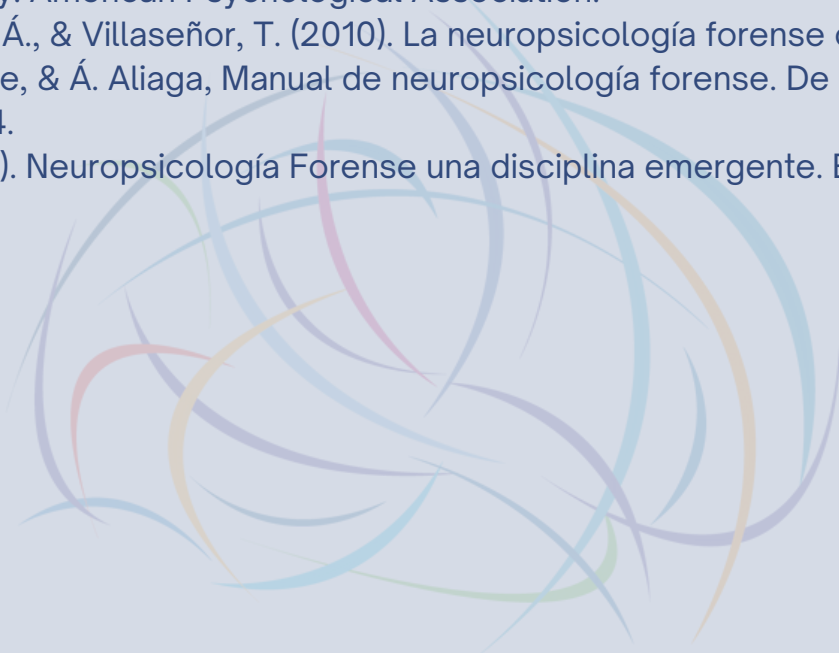
En Derecho civil, el NPS Forense puede ser requerido para la valoración de capacidades (para mantener una vida autónoma, para testar, para gestionar asuntos financieros...), para valorar daños y secuelas sobrevenidas de lesiones cerebrales o de procesos neurodegenerativos. En Derecho laboral, el NPS Forense determina el impacto del daño cognitivo sobrevenido (gravedad, cronicidad de las secuelas) sobre las capacidades laborales. En Derecho penal, el NPS Forense puede aportar información en cualquier caso en que esté implicado el daño cerebral y sus consecuencias, ya sea en víctimas, imputados o testigos o cualquier otra persona implicada en el proceso.

Resumen

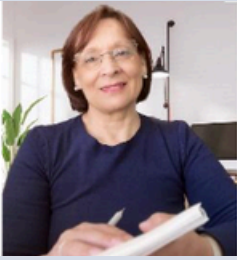
La Neuropsicología Forense es una subdisciplina de la Neuropsicología Clínica. Estudia las consecuencias cognitivas, conductuales y emocionales del daño cognitivo de cualquier índole y la pone en relación con la causa que se juzga. Tiene el mismo método (científico) y utiliza los mismos instrumentos (entrevistas, test...) que la NPS Clínica, aunque existen algunas pruebas neuropsicológicas específicamente forenses. El NPS Forense actúa como perito y su trabajo es la elaboración de informes y su posterior ratificación, con el objetivo último de proveer de conocimiento técnico a los agentes jurídicos que soliciten sus servicios. Su rol y competencias son distintos del NPS Clínico, y el profesional debe ser consciente de estas diferencias cuando es llamado a sala judicial para declarar.

Bibliografía

- Bush, S. S., Demakis, G. J., & Rohling, M. L. (2017). APA handbook of forensic neuropsychology. American Psychological Association.
- Jarne, A., Aliaga, Á., & Villaseñor, T. (2010). La neuropsicología forense como disciplina científica. A. Jarne, & Á. Aliaga, Manual de neuropsicología forense. De la clínica a los tribunales, 47-84.
- Nagore, A. (2019). Neuropsicología Forense una disciplina emergente. España: Síntesis.



MEDIACIÓN DE CONFLICTOS EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA



Sra. Maite Matas Sancho

Enfermera. Mediadora.

Licenciada en Humanidades.

Coordinadora del equipo de la Sociedad Catalana de Mediación en Salud

La demencia de etiología neurodegenerativa es un proceso progresivo que afecta no sólo al paciente, sino que supone un serio desafío para el núcleo familiar, que puede vivir con preocupación y angustia el momento del diagnóstico. La tarea de cuidar a un ser querido con demencia es una labor desafiante y emocionalmente agotadora. A menudo, los cuidadores principales y el resto de los familiares se enfrentan a situaciones inesperadas que pueden generar tensión y discrepancias.

Los conflictos pueden surgir por diferentes motivos, como la falta de habilidades o recursos para el cuidado, la distribución de tareas, la elección de los tratamientos médicos más adecuados, la necesidad o no de cuidadores profesionales, el acudir a centros de día, en la necesidad de elegir un tutor o un administrador patrimonial, etc. Siempre debe evaluarse la historia familiar y las relaciones existentes entre los diferentes miembros, ya que, en ocasiones, habrá presencia de situaciones anteriores no resueltas.

Los conflictos pueden manifestarse como discusiones acaloradas, silencios incómodos, falta de comunicación o malentendidos; y pueden convertirse en barreras para un correcto cuidado del paciente y de la relación saludable del propio paciente y de su entorno familiar.

En general, es importante recordar que los conflictos son una parte natural de la vida en familia y que se pueden resolver de manera efectiva con la ayuda adecuada. Como profesionales de la salud en Atención Primaria, médicos y enfermeras de familia, podemos desempeñar un papel muy valioso para ayudar a la familia a superar los desafíos que se presenten y trabajar juntos hacia una atención de calidad y una relación más saludable con el paciente.

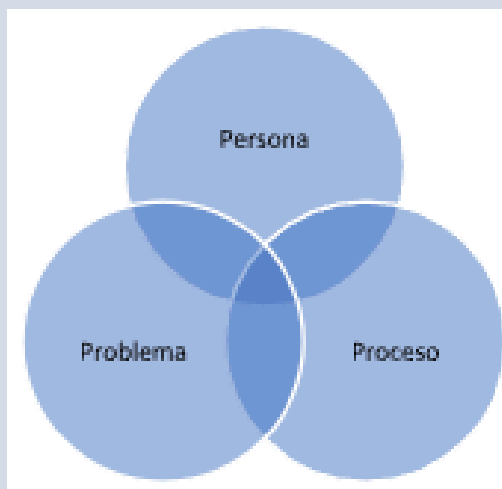
Posibilidades de mediación

1. Nuestra posición en relación con la familia nos permite poder actuar como mediadores naturales, y proporcionar información sobre la enfermedad y orientación para hacer frente a los desafíos que pueden ir surgiendo.
2. Podemos ayudar a establecer expectativas realistas para la atención y el cuidado del paciente y podemos ofrecer soluciones prácticas para el día a día.

3. Si existen conflictos entre los miembros de la familia, podemos facilitar la comunicación efectiva y la resolución de problemas. Es importante escuchar atentamente a ambas partes y ofrecer un espacio seguro para que expresen sus preocupaciones y necesidades. Se debe mostrar empatía y comprensión, sin tomar partido ni juzgar.

Cuando un paciente explica que tiene un conflicto con un familiar, la respuesta correcta del profesional dependerá de la situación en particular. Sin embargo, en general, el profesional debe escuchar atentamente y validar los sentimientos y experiencias del paciente. Es importante que el profesional no tome partido ni sugiera soluciones que puedan ser perjudiciales para los involucrados. En lugar de eso, el profesional puede ofrecer recursos o servicios para ayudar en la resolución del conflicto, como terapia de familia o mediación.

En última instancia, el objetivo del médico o la enfermera es trabajar con la familia para encontrar soluciones que satisfagan las necesidades de todos los involucrados y que sean seguras y beneficiosas para el paciente con demencia. Para ello es importante conocer cómo evolucionan los conflictos, y que actitudes adoptar para ayudar a que la familia mantenga unas relaciones de colaboración en beneficio del paciente y del cuidador principal.



Partes de un conflicto

Siguiendo la teoría de J P Lederach, podemos identificar tres partes principales de un conflicto: las personas involucradas, los intereses o el problema y el proceso o las relaciones y dinámica.

1. Las personas

- La persona que sufre la demencia puede mostrar comportamientos inusuales, depresión, ansiedad, irritabilidad, apatía, y desorientación. También puede presentar fallos de memoria, dificultades para comunicarse o de reconocimiento de su propia situación (anosognosia). Todo ello puede influir sobre los cuidadores familiares que pueden experimentar emociones fuertes y llegar a sentirse desbordados.

- Los cuidadores familiares, el principal y el resto de los miembros de la familia que ejercen de cuidadores de soporte potenciales, pueden estar en desacuerdo sobre el cómo manejar las diferentes manifestaciones de la demencia de su familiar. Pueden tener diferentes perspectivas sobre el diagnóstico, la situación actual, el futuro. Todo ello puede ser una fuente de conflictos.
- Los cuidadores profesionales, en ocasiones se consideran expertos o por el contrario les falta formación y con sus acciones y opiniones pueden generar problemas, que obliguen a mediación.
- El sistema de atención médica: Los profesionales de la salud (atención primaria, especializada, servicio de urgencia) puede tener diferentes enfoques y consejos sobre cómo manejar la demencia, a lo largo de proceso, y en los momentos puntuales de descompensación o crisis. Son situaciones que generan debate y en las que la figura de un mediador puede ser fundamental.

2. El problema

- Hay diferentes intereses sobre las necesidades, deseos o expectativas que cada actor tiene en relación con el conflicto.
- En un caso hipotético, podría haber una discrepancia entre unos hijos adultos en cuanto a cuál es el mejor lugar para atender a un paciente, supongamos que el enfermo es el padre y la madre ejerce como cuidadora principal. Puede haber un hijo que proponga ingresar al padre en una residencia y tanto la madre y otra hija se resistan a ello.
- Puede haber un problema de aceptación o negación del problema o haber intereses de tipo económico.

3. El proceso

Los conflictos pueden tener diferentes etapas o fases:

- Fase de tensión: Los diferentes enfoques y perspectivas de los cuidadores generan una tensión que puede ir aumentando con el tiempo. La tensión también se agrava cuando los cuidadores experimentan estrés y agotamiento.
- Fase de crisis: Cuando la tensión acumulada se desborda, puede producirse una crisis con una explosión emocional. Los cuidadores podrían discutir entre sí, criticar la forma de cuidado de los demás y expresar sus frustraciones.
- Fase de resolución: En esta fase, los cuidadores pueden trabajar juntos para encontrar una solución al problema que ha llevado al conflicto. Pueden trabajar en conjunto para analizar las razones detrás del conflicto y desarrollar estrategias para superarlo

Cómo actuar en cada fase

- **Fase de tensión:** Es importante que los cuidadores expresen sus puntos de vista de una manera clara y respetuosa. Es fundamental que sean abiertos para escuchar y entender las perspectivas de los demás.

SEGUNDO NEWSLETTER

(Febrero/Marzo 2024)

- **Fase de crisis:** Es necesario mantener la calma, escuchar y tratar de comprender las necesidades y preocupaciones de los demás cuidadores. También es importante que los cuidadores trabajen de manera colaborativa y busquen soluciones mutuas para resolver la crisis.
- **Fase de resolución:** Una vez que los cuidadores hayan trabajado juntos y hayan llegado a una solución, es importante que la implementen. Es fundamental que haya una comunicación abierta y que se siga revisando y ajustando la solución según sea necesario.

Conclusión

Los familiares de un paciente con demencia pueden enfrentarse a conflictos en su larga labor de cuidar. Es fundamental que ellos entiendan que existen dos diferentes partes involucradas en el conflicto y las distintas fases de este. Es necesario actuar en cada fase de manera efectiva y prevenir futuros problemas. La comunicación abierta, la empatía y la colaboración son elementos clave para superar los conflictos en el cuidado de enfermos con demencia.

Los profesionales de Atención Primaria, dada su relación de confianza con la familia y el paciente, pueden jugar un papel privilegiado como mediadores naturales desde el momento del diagnóstico, adelantándose a las posibles discrepancias desde una postura imparcial, y facilitando espacios de diálogo a todas las personas implicadas.

Si los conflictos no se resuelven pueden, aconsejar y acompañar a los familiares a una mediación formal, y actuar, si fuera necesario, como observadores.

SI QUIERES PARTICIPAR EN ADRIG

Envía tu correo electrónico a miquelaguilar@gmail.com con la siguiente información:

Nombre y Apellidos
Profesional
Centro de Trabajo
Ciudad - País
Email de contacto