

MALALTIES CRÒNIQUES SOCIALMENT INVISIBLES

Iliana Capllonch

Lucia Lacruz



Característiques de les malalties invisibles

Les malalties invisibles comparteixen una sèrie de característiques comunes a pesar de la seva heterogeneïtat:

- **No es veuen** (aparença física de l'afectat totalment normal, la malaltia ataca per dins)
- **Falta de coneixement**
- **Causen aïllament i incomprensió**
- **Conseqüència: aïllament del nin**

Exemples d'aquest tipus de malalties

○ Respiratòries:

- Asma
- Fibrosi Quística

○ Endocrines:

- Diabetis
- Hipo / hipertiroïdisme
- Insuficiència suprarrenal

○ Renals

- Síndrome nefròtica
- Hipertensió arterial
- Insuficiència renal

○ Cardiopaties

○ Digestives

- Malaltia de Crohn
- Cèliaquia
- Al·lèrgies alimentàries

○ Reumàtiques:

- Artritis Idiopàtica Juvenil
- Lupus Eritematos Sistèmic
- Arteritis de Takayasu, Vasculitis
- Malaltia de Kawasaki
- Malaltia de Behçet

- ✓ **Asma:** prevalença de símptomes relacionats entre 7 y 15 % durant la infància.

- ✓ **Diabetis:**
 - Ministeri: prevalença de 0,3 per cada 1000 nins.
 - Estudis més recents en províncies espanyoles: 1-2 per cada 1000 nins.

- ✓ **Artritis Idiopàtica Juvenil:** prevalença de, al menys, 1 per cada 1000 nins.

Aquestes fases es poden donar en **qualsevol moment de la vida** d'una persona, ja sigui **en la primera infància o a l'edat adulta**.

Els **síntomes** de moltes d'aquestes situacions de malalties poc compreses mèdicament i **socialment no es manifesten d'una manera òbvia**.

No tenen una evidència externa que mostri el patiment i desperti compassió en els altres.

Al contrari, la persona suporta sovint l'escepticisme i la malfiança dels altres.

Característiques de les **distintes fases**:

- **Diagnòstic**
- **Brots**
- **Descompensacions**
- **Tractaments variis**
- **Intervencions quirúrgiques i hospitalitzacions**

Característiques de les **distintes fases**:

- **Diagnòstic**
- **Brots**
- **Descompensacions**
- **Tractaments variis**
- **Intervencions quirúrgiques i hospitalitzacions**

Aqui hi ha unes característiques:

- pot ser un procés molt llarg
- el nin no sap explicar el que li passa
- no es veu res a l'aspecte del nin
- **desconfiança** (cap al nin, als pares, dels pares al nin, del professors al nin i als pares, dels pares i el nin als professors, metges, infermers,...).

Quan per fi hi ha un diagnòstic de una malaltia "important":

- **sensació de culpabilitat i desconeixement**
- distanciament de cara al nin i als pares
- aïllament



Característiques de les **distintes fases**:

- **Diagnòstic**
- **Brots**
- **Descompensacions**
- **Tractaments variis**
- **Intervencions quirúrgiques i hospitalitzacions**

Aqui hi ha que tenir en compte:

- La recaiguda o el brot suposen per al nin un pas enrere dins la malaltia.
- Provoquen tristesa i abatiment.
- “Mai me curaré”.
- També tristesa i abatiment en els pares.
- Augment o canvi del tractament, +/- hospitalització.
- Absentisme escolar: perd el contacte amb els seus amics i el ritme d'estudi.

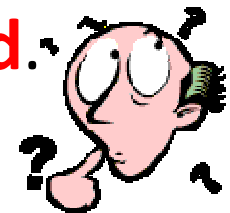


Característiques de les **distintes fases**:

- **Diagnòstic**
- **Brots**
- **Descompensacions**
- **Tractaments variis**
- **Intervencions quirúrgiques i hospitalitzacions**

Aqui hi ha que recordar:

- Hi ha nins amb moltes medicacions amb horaris difícils de compatibilitzar amb el horari escolar:
 - “Una hora abans d’esmorzar i de sopar”.
 - “Una picada diària”, “10 picades al dia, cada dia”
 - Medicaments que provoquen nàusees, o somnolència, ...
- Administració intravenosa de medicaments cada 15 dies, cada mes, cada 3 mesos, ...
- Cirurgies i el temps que requereixen per a recuperar-se.
- Penseu que els demanen un **justificant mèdic per a cada vegada que falten o han d'arribar més tard.**



Es produeix una discordança entre la limitada actuació familiar i social de la persona afectada i les expectatives amb relació a la seva conducta de les persones que l'envolten (“no podré fer ...”, “no aprovaré el curs”, ...).

Aquestes respostes o actituds de l'entorn deixen el pacient en un estat de **confusió, autocompassió, inseguretats i soledat.**



tot el que no es veu no existeix.



Totes les persones que pateixen una de les malalties abans citades **no tenen cap inconvenient per realitzar esport.**



Al contrari que fa uns anys, els metges recomanen els pares que aquests nins realitzin **esport “adequat”** a les seves necessitats i **el més semblant al dels seus companys**. Això és més complicat amb els més petits a causa de la dificultat que tenen per expressar què els passa.



Conseqüències psicosocials en el menor i l'adolescent????

Sentiments de soledat i aïllament, sobretot quan la malaltia no els permet participar en les seves activitats diàries.

Incomprensió i rebuig social.

Sentiments de manca de control per no poder desenvolupar el rol que li correspon per edat, així com davant els possibles canvis físics.


Desempament, desorientació, impotència.

Dificultat a l'hora d'expressar com se senten i les necessitats derivades de la seva malaltia que desemboquen en hipersensibilitat, impaciència, irritabilitat i exigència.

Situació de desavantatge escolar.

- Nin de 12 anys.
- Des dels 10 anys: AIJ + Eritromelalgia.
- Crisis de dolor amb mala resposta a analgèsics, desencadenades per canvi de T^a, exercici, estrés,...
- Tractament ev cada 4 setmanes , en hosp. de dia ped.
- Consultes amb Pediatria: Reuma, Gastro, Unitat del dolor, Psicòloga unitat del dolor,...



- Queixes desde l'institut per faltes **justificades**.
 - Se li diu “que s’hauria de dedicar al teatre”.
 - Problemes amb els exàmens.
 - Vàries assignatures suspeses.
 - Ha de repetir curs.
-  La família s’ha traslladat a la península.

- Nina 13 anys, AIJ greu amb limitacions.
- “Maltracte” per part dels “companys”.
- Cap ajuda des de l’institut.
- Han canviat de poble (col·legi).



Administració de metotrexate sc

- Enfermeria d'Atenció Primària: normes de “manipulació” del metotrexate.
- Quimioteràpia: dosis elevadíssimes (1000 vegades majors que via sc); es mescla pols i líquid: aerosols; Farmàcia hospitalària, campana de fluxe.
- Metotrexate sc: ja preparat, **IMPOSSIBLE la toxicitat.**

– Es negaren a administrar el vial sc.



– Metoject®:

- Es neguen a administrar-lo quan no és la dosi completa.
- Transmeten a la família que és molt tòxic: doble guant, mascarilla, bata, “escafandra”,...
- Provoquen por i rebuig al tractament.



- Nina - adolescent de 15 anys.
- Des de fa 1 any i mig diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico amb nefropatia severa.
- Varis ingressos +/- prolongats.
- Múltiples visites ena consultes.
- Entre 10 i 12 tomes de medicació al dia estava estable i podia anar a classe).
- No pot fer Educació Física.
- La deixen asseguda **al sol** durant les classes, no la deixen entrar.



- Nin de 12 anys, afecte de Dermatomiositis Juvenil: lesions a la pell i debilitat muscular (“falta de força”).
- Més d’ 1 mes sense anar a classe perquè no pot arribar a l’ aula, que està a un 2º pis.
- Tenen ascensor però no li deixen utilitzar-lo, “perquè està molt bé, no té res”.

- Nina de 9 anys amb una AIJ Poliarticular severa (caderes, turmells, munyeques, dits, colzes, ...).
- “Esgotada” per anar al cole.
- L’ aula està al 3º pis, no li deixen l’ ascensor porque “no es veu que tengui res”.



- Quasi tots els pacients i les seves famílies amb problemes psicològics (malaltia crònica, limitacions, diferències, picades i medicacions, dolor o cansanci,...).



- La USMIJ no pot assumir als nins crònics per saturació amb patologia psiquiàtrica.
- NO SALUT MENTAL.
- Si des d'A. Primària tenen accés, demanam ajuda encaridament.

Informes i justificants



- Justificant d' assistència a consulta (inclús la escoleta).
- Informe si no poden fer exercici a Educació Física. Casos aïllats els que admeten activitat parcialment limitada o adaptada a l'estat del nin.
- Quan s'aixequen amb dolor, ¿com conseguir un justificant d' aquest dia de l' 'especialista?
- Informe per accedir a activitats extraescolars (excursions).
- Informe per a que els deixin pujar a l'ascensor.
- Informe per dur medicació (xeringues) a l'equipatge de mà als vols,.....

- Deficiència – Discapacitat – Minusvalia.
- Com es valora el nivell acadèmic perdut per hospitalitzacions
- Esforç econòmic que suposa “repetir curs”.
- I si un dels pares ha de deixar de fer feina per la cura del nin???
- Dependència. Minusvalia.
- Discapacitat: no per “malaltia” (que no consta), sino per les “conseqüències de la malaltia”.



Les malalties poden “debutar” en néixer o durant l’ edat infantil.

La major dificultat en aquestes malalties i on es necessita més suport per al nin, és a educació infantil i primària, i l’ ajuda és tan simple com oferir comprensió, adaptació, empatia i informació.

MALALTIES INVISIBLES DES DEL PUNT DE VISTA DELS PARES

El meu nom és Iliana Capllonch, som mare de dues nines amb malalties que jo mateixa denomino invisibles, la petita pateix **Arteritis de Takayasu** i la gran **Diabetes Mellitus tipus I**, i som representant del teixit associatiu.

Explicaré la realitat que viuen famílies com la meva en el seu dia a dia, començant per:

- **recerca del diagnòstic,**
- **relacions amb :**
 - **la societat,**
 - **els mestres i**
 - **els professionals sanitaris.**

La majoria de les malalties “invisibles” són de difícil diagnòstic.

Abans del debut de la malaltia de la meva filla petita, als quatre anys, mentre cercàvem un diagnòstic, a l'escola es tractava la meva filla “**d'emmarada i malcriada**” perquè estava plorosa i no volia participar en les activitats físiques. **Aparentment no tenia cap diferència amb els seus companys**, però després es va demostrar que no tenia quasi reg sanguini i amb la tensió tan alta que tenia el més lògic era que tingués molt mal de cap i que el seu cos no l'acompanyàs. Vaig esser informada d'aquesta situació per l'escola molt més tard.

També per part dels amics i familiars durant el temps que cercava un diagnòstic de la petita, se'm deia que era una mare obsessionada i que em fés mirar a jo si tenia el síndrome de “Munchausen”.

Quan després d'una absència escolar llarga per ingrés i recuperació va tornar a escola, degut al desconeixement de la malaltia molts pares es demanaven si la malaltia de la nina era contagiosa i en lloc de demanar-ho apartaven els seus fills de la nina pel seu nou aspecte físic.

Als set anys la meva filla petita va perdre un ronyó i com a conseqüència li disminuï el reg sanguini a les cames. A l'escola li exigien el mateix a E.F. que a la resta dels seus companys i l'avaluaven de la mateixa forma. Ella venia a casa disgustada dient haver-se esforçat més que els altres per arribar al mateix lloc i que no li tenien en compte. La pediatra va venir a l'escola a parlar amb el professor d' E.F.

El debut de la meva filla gran vingué uns mesos després del debut de la petita i abans del diagnòstic se'm tornà tractar de mare exageradament obsessiva.

En el cas de **la diabetis**, hi ha molts mites entre la població en general i desconeixement de la malaltia.

Als pares, a les escoles, se'ns tracta de **controladors** per voler saber quina activitat es durà a terme per ajustar la dosi d'insulina i l'únic que pretenim és una col.laboració per la salut dels nins, **què més ens agradaria que poder oblidar-nos una estona i delegar!!!**

Hi ha hagut casos que a escoles no han volgut dur-se'n al nin diabètic d'excursió o de viatge d'estudis per por, i això senzillament és **discriminació**.

Aquest estiu, com d' altres, la meva filla gran ha anat al campament per nins i joves amb diabetis, i uns dies més tard una companya seva de 12 anys m' etiqueta a una foto a facebook. Era una foto de molts joves a la platja i ella qüestiona: ¿algú em sabria dir les dues persones d'aquesta foto que no pateixen diabetis? A que no? **Som iguals que la resta de les persones**, únicament ens hem de punxar i cuidar però podem fer el mateix que els altres...

Campament diabetes 2013

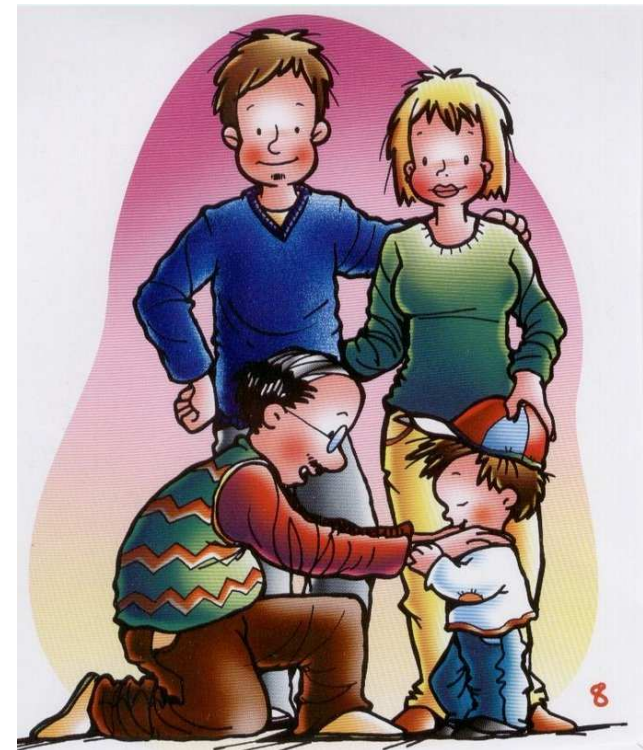


Vaig arribar a pensar que aquestes situacions sols les vivia jo pel fet de tenir dues filles amb malalties cròniques, però anant a congressos de discapacitat, diabetis i reumatologia pediàtrica, i endinsar-me en el **món associatiu**, he tengut ocasió d'escoltar moltes persones que xerraven de la seva experiència personal, com altres pares d'altres CCAA que es troben amb aquest problema en infinitat d'ocasions i se senten **sols, impotents** per no poder fer res.

Totes les malalties cròniques en la infància produeixen forts impactes, però els que estan més “maltractats” són les invisibles, i n'hi ha més del que sembla, de cada cop més.

Relació Família-Escola-Professionals sanitaris.

La informació dels mestres als pares i d'aquests als metges, pot donar lloc a un diagnòstic o a la detecció precoç d'una malaltia. Sobretot en pares primerencs que no tenen experiència anterior sobre quan es comencen a fer certes coses. I a les escoles es poden apreciar diferències substancials quant a comportament i habilitats motrius.



La família



Per una família que se li acaba de diagnosticar a un fill petit o adolescent una malaltia crònica “**per sempre**”, se li cau el món damunt i en molt poc temps ha d’afrontar la nova situació.

Les formes en què els pares-cuidadors afronten o gestionen les demandes de cura **depenen de com n’és d’estressant la situació i de l’etapa de la malaltia en què es troba el menor.**

Per això és molt important l’educació als pares per poder “cuidar” amb la malaltia als seus fills, per tant s’ha de tenir temps a la consulta del pediatra o especialista per aprendre el maneig de la mateixa.

Hi ha una tendència coherent en els cuidadors a centrar l'energia i esforç a **fer front als impactes o efectes negatius més que en la solució de problemes** i en la recerca de beneficis per la seva salut mental i física.

Davant això, el **recolzament social** redueix les conseqüències negatives dels esdeveniments estressants que es produeixen en la cura de fills amb malalties poc freqüents.

No totes les persones reaccionen de la mateixa manera davant una malaltia crònica del seu fill petit, ja sigui per **por** com per **manca d'informació** (àmbdues coses estan lligades).

Això duu al fet que ens poguem trobar davant famílies que:

- “**sobreprotegeixin**” el nin,
- d'altres que tractin d' “**ocultar**” la pròpia malaltia
- o que li “**llevin importància**”.

Totes aquestes reaccions són **comprensibles i humanes**, però no són bones per a la normalització del nin, la seva malaltia i entorn.

El més perjudicat davant aquesta situació és la persona importa: **el nin**. **Si se sent desorientat tendeix a tancar-mateix i no vol fer res.**



Els pares, per **proteccionisme i por**, i, repetesc, per **manca d'informació**, no li permeten participar en moltes de les activitats més socialitzadores i com a conseqüència s'aïlla.

A més a les escoles moltes vegades no faciliten per por també, la participació en activitats extraescolars o d'oci.

Enfortir a aquests al.lots psicològicament es torna determinant perquè ho afrontin, i puguin dur així una vida normalitzada.



El professional sanitari: el pediatra

Venim parlant de **nins i adolescents amb malalties cròniques** que requereixen **seguiment pediàtric**, tant d'Atenció Primària com de Pediatria Especialitzada, per tant el més lògic seria que hagués comunicació fluïda entre aquests i amb les famílies.

La nova situació requereix **molt esforç als pares**: aprenentatge de maneig de medicacions complexes, introducció de nous hàbits, horaris per medicacions i moltes visites metges, ajudes a escola i visites a diferents àmbits de l'Administració.

Els horaris d'atenció metge normalment són de matí i coincideixen en horari escolar i laboral, pel que la malaltia comporta:

- risc de **fracàs escolar** a l'infant
- risc de **pèrdua laboral** pel cuidador principal
 - Ja de per sí les famílies s'empobreixen per la necessitat d'ajuts externs que suposa la pròpia malaltia

En aquest cas caldria un **Gestor de Casos**

Apareix la **negació** i la **por**, a la vegada que la **manca de temps**, per tant es quan normalment es cerca el **recolzament de les associacions**, que moltes vegades no hi ha.

Els pares, apart de “**portaveus**” **dels petits pacients**, tenen sovint molts dubtes de què fer davant moltes situacions.

Tenc varis exemples de diferents associacions que m’han aportat:

- Cas 1: Aparició d’uns bultitos durs i dolorosos a la zona del pit d’un nin amb Fibrosis Quística d’11 anys. ¿A qui consultar? ¿Al metge d’atenció primària o a l’ especialista? Donat que es tracta de zona pectoral i que la malaltia s’enfoca fonamentalment a problemes respiratoris i pulmonars, la família decideix fer la consulta a l’especialista al pensar que el problema podria tenir més a veure amb els pulmons que amb els pits. I es "malgasta" el temps de l’especialista, ja que es tracta d’uns botons mamaris típics del desenvolupament maduratiu dels nins i que en ocasions fan mal.

- Cas 2: Estat febril de 5 dies de duració que cursa amb dolor d'oides a nina amb Fibrosis Quística de 8 anys. La nina en aquests moments pren dos antibiòtics via oral, prescrits per l'especialista, per fer front a unes bacteries pulmonars. La família decideix consultar amb el metge d'atenció primària, el qual atén adequadament però insisteix en pautar un tercer antibiòtic. La família demana al metge de capelera que consulti amb el d'atenció especialitzada la conveniència de ficar un tercer antibiòtic en el tractament, ja que en aquests nins es precisa ser molt rigurosos amb l'ús de les bateries d'antibiòtics per desenvolupar-se innumerables resistències. El doctor d'atenció primària decideix seguir endavant amb la seva proposta i és la família qui al finalitzar la consulta decideix parlar amb l'especialista per consultar si ha de o no incloure aquest tercer antibiòtic. I un NO enorme s'obté per resposta.



Per tant, es fa necessari:

- Comptar amb pediatres a Atenció Primària
- Especialistes Pediàtrics
 - Bona comunicació entre aquests grups
- Comunicació i relació entre pediatres, pacients i associacions de pacients:
 - **Escola de Pacients?**
 - **Programa de Pacient Expert?**
- Creació de “**guies**” generals per famílies, professors, societat en general.

I un aspecte sovint oblidat i molt necessari: **recolzament psicològic** pel pacient i la família.

El professorat

El context escolar és el principal nucli de socialització del nin després de la família.

El coneixement i concepte que tinguin els companys i el professorat de les repercussions de patir una malaltia, resultaran crucials en:

- la **integració,**
- **desenvolupament social del nin i**
- **el seu rendiment.**

En aquest sentit amb les malalties invisibles no es fa cap actuació, com per exemple en el cas de persones amb malalties més visibles com els tallers que s'imparteixen aquest any a algunes escoles de fer provar als nins com es sent estant a una cadira de rodes o no tenint visió.

Des de la Fundació “Menudos Corazones” es va fer una campanya molt visual de les cardiopaties, que pot servir ben bé per altres malalties i seria recomanable per persones que tracten amb infants amb malalties invisibles. <http://youtu.be/OM5e6G9KaAY>

És important fer conscient **el professorat i les famílies**, que si es fa un **treball col·laborador** entre àmbdues, s' està repercutint directament en el desenvolupament positiu de la personalitat dels nins i nines, però també de tots aquells involucrats en el procés educatiu:

- S'incideix favorablement en el **desenvolupament de la responsabilitat social**,
- es **millora la qualitat de les relacions** interpersonals i
- es **preveu el fracàs escolar**

Es concreta així, la necessitat d'establir una estreta col·laboració entre família i professionals fonamentada en què ambdós disposen dels elements d'informació essencials per optimitzar la intervenció.

La família coneix millor al seu fill/a, així com l'ambient en el qual creix i els professionals coneixen els principis, estratègies i mètodes generals dels coneixements entorn a la discapacitat.



CONCLUSIONS

La comunicació entre :

- **Família**
- **Personal sanitari**
- **Professorat**

és **vital** per a la qualitat de vida del nin.

Un nin, per ser cuidat i feliç, necessita l'amor dels pares, l'ajuda dels professionals sanitaris per vigilar la seva salut i la formació acadèmica dels professors; per tant, és lògic que els tres facin intercanvi d'informació pel bé total del nin.



Per l'infant és necessària la normalitat, la seguretat i l'entorn positiu. **“ENTRE TOTS HO PODEM ACONSEGUIR”**.

Ara bé, això no implica que uns trepitjin la feina dels altres, ni els pares s'han de “ficar” en com fa la feina un mestre o un metge, ni el mestre li ha de dir als pares o als metges com ho han de fer i viceversa, però si un treball **COLLABORATIU i CORRESPONSABILITAT**.

El meu objectiu particular

Qualsevol família amb un fill amb una malaltia crònica sol dir que és una **experiència molt positiva i enriquidora si es tracta de manera positiva**, ja que aquestes personetes ens ensenyen molt més sobre capacitats i superació que altres persones.

Gràcies a l'era de la informació la discapacitat o diferent capacitat és tractada de manera més humana avui en dia, ja que abans fins i tot era mal vist socialment. **Darrere aquest tipus de situacions hi ha molt coratge, esforç, força de voluntat, però també patiment i dolor**, no sols de la persona afectada sinó de la família, pares, avis i **germans** que normalment també estan en edat escolar i pateixen mals col·laterals.

Amb un poc de **sensibilitat, imaginació i empatia** podem ajudar molt les famílies i sobretot a l'infant, a aconseguir una bona qualitat de vida.

Hi ha moltes maneres diferents d'arribar al mateix lloc.

En relació a aquestes paraules vos posaré un vídeo sobre la discapacitat anomenat "DALO TODO" de "Fundació Respiralia"

<http://youtu.be/dzBdB5BYlyI>

Per acabar la meva exposició, esper que vos hagi fet reflexionar, vos vull transmetre la darrera idea.

- Potser sigui massa idealista però crec en les persones humanes i que **amb petites accions individuals** es pot arribar a canviar el món.
- Una personeta amb una malaltia dóna una alegria immensa a la seva família, pel que vos he comentat una mica abans, ja que **són autèntics mestres**, però pels pares significa **una lluita interna i externa**:
 - **Interna** per poder acceptar i tirar endavant amb la situació, sense tenir gaire temps per a “posar-se les piles”
 - **Externa** perquè seguit han de lluitar contra l’**Administració** per fer valer els drets dels seus fills més que dels de qualsevol ciutadà, i anar a **les escoles** sempre amb els informes per davant, sentint-se diferents de la resta de pares per la seva situació, havent **de donar constantment explicacions** a tothom i sentint “si el mires i sembla que no tingui res”, quan tal vegada ja a les 9 del matí ha estat tot un repte poder arribar a l’escola per qüestions de salut” o davant la infinitat de visites mèdiques que fins i tot fan **perillar el lloc de feina** que serveix per evadir-se una mica de la situació.

Amb aquestes paraules no pretenc fer llàstima a ningú, només dic que **si cada persona es fa responsable de la seva tasca, es facilita molt la vida de l'infant i el seu entorn.**



BIBLIOGRAFIA MALALTIES CRÒNIQUES SOCIALMENT INVISIBLES

Revistes d'interès:

- Revista de la Fundació Menudos Corazones
 - www.menudoscorazones.org
- Revista Alcer
 - www.alcer.org
- Programa de preparació física individualitzada. Manual para personas con Fibrosis Quística y sus familias. Fundació Respiralia
 - www.respiralia.org
- Diabetes tipo I y deporte para niños, adolescentes y adultos jóvenes de Serafín Murillo
 - www.fundaciondiabetes.org
- Talento, revista de la Fundació ONCE
 - www.portalento.es

Associacions d'interès:

- Associació de pares i joves amb malalties reumàtiques, Aspanijer
 - www.aspanijer.org
- Associació de persones amb diabetes de Balears, Adiba
 - www.adiba.org
- Federación española de Enfermedades Raras, FEDER
 - www.enfermedades-raras.org
 - www.educacion.enfermedades-raras.org
- Sociedad Española de Reumatología Pediátrica
 - www.reumaped.es
- Alcer Illes Balears
 - www.alcerillesbalears.org

Documentals i vídeos:

- Documental “El laberinto de las enfermedades raras”
 - www.youtube.com/watch?v=0Mvrx5xHLE8
- Video Menudos corazones
 - <http://youtu.be/OM5e6G9KaAY>

Llibres

- “El mundo amarillo” d’Albert Espinosa, ed. Grijalbo
- “El niño de los caballos” de Rupert Isaacson, ed. Urano
- “Aprendiendo a vivir” de Tomás Castillo, ed. Ceac
- “Enfermedades raras, manual de humanidad”, varis autors, ed. LoQueNoExiste
- “Criaturas de otro planeta”, de Elisabet Pedrosa, Dèria eitors
- “Podemos tener esperanza”, varis, ed. LoQueNoExiste

“La nostra gran debilitat és sempre la renúncia.
L’únic camí segur per aconseguir-ho és tornar-ho a
intentar una vegada més”

Thomas Alva Edison”



GRÀCIES