


Memòria del



PRÀCTICUM II
DE PSICOLOGIA
CLÍNICA
I DE LA SALUT

Curs acadèmic:
1er semestre 2009/2010

Alumne:
Arturo Argelaguer Martínez

Consultora acadèmica:
Dra. Tania Estapé i Medinabeitia

Centre de pràctiques:
CSAM (Fundació Althaia)

Tutores professionals:
Dominica Díez Marcet
Laia Majó Garriga

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



A l'Elisabeth, l'Arturo i la Natàlia,
que m'heu donat la força i serenor necessària
per seguir avançant amb pas ferm cada dia.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

1 RESUM DE LA MEMÒRIA	5
1.1 CATALÀ	5
1.2 CASTELLANO	5
2 INTRODUCCIÓ	6
2.1 INTRODUCCIÓ	6
3 EL CENTRE DE SALUT MENTAL (CSAM)	8
3.1 DESCRIPCIÓ DEL CENTRE	8
3.1.1 Ubicació	8
3.1.2 Espai Físic	8
3.2 HISTÒRIA.....	9
3.3 PRESENT I FUTUR.....	10
3.4 ÒRGANS DE FUNCIONAMENT	11
3.4.1 Fundació	11
3.4.2 Organigrama divisió de Salut Mental	11
4 DESCRIPCIÓ DE L'ACTIVITAT REALITZADA	13
4.1 RAONS D'ELECCIÓ I PERTINENÇA	13
4.2 EXPERIÈNCIA I FORMACIÓ PRÈVIA EN EL CAMP D'APLICACIÓ ESCOLLIT	13
4.3 ORIENTACIÓ TEÒRICA DEL PRÀCTICUM	14
4.4 AGENTS IMPLICATS.....	14
4.4.1 Perfil professional del Psicòleg Clínic i de la Salut	14
4.4.1.1 Funció dels psicòlegs al CSAM en l'àrea infanto-juvenil i la d'addicció i control d'impulsos en adults ..	14
4.4.2 Funcions de l'alumne durant la realització de les pràctiques	16
4.4.2.1 Funcions en l'àrea infanto-juvenil	16
4.4.2.2 Funcions en l' àrea d'addicció i control d'impulsos en adults.....	17
4.4.3 Tipologia dels pacients i les característiques més freqüents que presenten	17
4.4.3.1 Àrea infanto-juvenil	18
4.4.3.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults.....	20
4.5 METODOLOGIA I PROCEDIMENTS	22
4.5.1 Àrea infanto-juvenil	22
4.5.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults	22
4.6 TEMPORALITZACIÓ.....	23
4.6.1 Àrea infanto-juvenil	23
4.6.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults	23
4.7 AVALUACIÓ, SEGUIMENT I RESULTATS DE LES SESSIONS.....	23
4.7.1 Àrea infanto-juvenil	24
4.7.1.1 Sessions de Teràpia Grupal amb infants d'entre 7/10 anys diagnosticats de TDAH.....	24
4.7.1.2 Proves d'Avaluació.	25
4.7.1.2.1 Conceptes generals, correcció i interpretació de l'escala d'intel·ligència de Wechesler per a nens (WISC-IV).	25
4.7.1.2.2 Conceptes generals, correcció i interpretació de Inventari Clínic per Adolescents de Millon (MACI).	27
4.7.1.2.3 Conceptes generals, correcció i interpretació del 16PF-APQ, Qüestionari de Personalitat per Adolescents.	28
4.7.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults	40
4.7.2.1 Sessions Clíniques i Terapèutiques Individualitzades	40
4.7.2.2 Sessions Clíniques Formatives	43
4.7.2.3 Proves d'Avaluació.	46
4.7.2.3.1 Conceptes generals, correcció i interpretació del WAIS-III, en la seva versió abreviada.	46
5 SEGUIMENT DE CASSOS ESPECÍFICS	51
5.1 ÀREA INFANTO-JUVENIL	51
5.1.1 Cas AAA	51

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

5.2	ÀREA D'ADDICCIÓ I CONTROL D'IMPULSOS EN ADULTS	53
5.2.1	Cas BBB	53
6	DISCUSSIÓ	57
6.1	LA TERÀPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	57
6.1.1	Una visió general	57
6.2	ELS TRASTORNS DE LA PERSONALITAT.....	58
6.2.1	Conceptes generals	58
6.2.2	Criteris diagnòstics, característiques i formes clíniques.	64
6.3	TREBALLANT LA PREVENCIÓ.....	67
6.3.1	El Model Transteòric del Canvi, de Prockaska i DiClememente	67
6.3.2	Model de Prevenció de les Recaigudes, de Marlatt i Gordon	70
6.3.3	L'entrevista motivacional	71
6.4	TRACTAMENTS PSICOLÒGICS EN L'ADDICCIÓ A L'ALCOHOL I LA PATOLOGIA DUAL.	74
6.5	TRASTORN MENTAL GREU (TMG) I TRASTORN MENTAL SEVER (TMS).....	77
7	CONCLUSIONS I PROSPECTIVA	79
8	VALORACIÓ CRÍTICA	81
9	ANNEXOS	83
9.1	ESTRATÈGIES I MODELS DE TREBALL	83
9.1.1	Àrea infanto-juvenil	83
9.1.1.1	Entrevista estructurada	83
9.1.1.2	Llibre/Manual per a treballar en les sessions de Teràpia Grupal amb infants d'entre 7/10 anys diagnosticats de TDAH.	83
9.1.2	Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults	85
9.1.2.1	Model d'Entrevista d'Acollida:	85
9.1.2.2	Estratègies de prevenció, d'ús habitual al CESAM	85
9.2	TESTS PROJECTIUS I PSICOMÈTRICS	87
9.2.1	Àrea infanto-juvenil	87
9.2.1.1	WISC-IV, Escala d'intel·ligència Wechsler per a nens.	87
9.2.1.2	MACI, Inventari Clínic de Millon per a Adolescents.	88
9.2.1.3	16PF-APQ, QÜESTIONARI DE PERSONALITAT PER A ADOLESCENTS	88
9.2.2	Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults	88
9.2.2.1	MMPI-2 – Inventari Minnesota Multifàsic de la Personalitat	88
9.2.2.2	WAIS-III – Escala d'intel·ligència de Wechsler per adults	89
9.3	BIBLIOGRAFIA.....	89
9.3.1	Àrea Infanto-juvenil	89
9.3.2	Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults	91
9.3.3	Bibliografia general	93

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

1 RESUM DE LA MEMÒRIA

1.1 Català

Al llarg d'aquestes pàgines accedim a l'exposició del treball de camp dut a terme durant més de cent hores de pràctiques en un centre de salut mental, CSAM de Manresa.

Aquest recorregut s'inicia amb una visió general del què és el centre, la seva història i els seus òrgans de funcionament.

Pel què fa a l'apartat de l'activitat realitzada al llarg d'aquest pràcticum, es fa una petita exposició dels motius de l'elecció del mateix per part de l'alumne; es mostra una mica el bagatge, bàsicament acadèmic, d'aquest, alhora d'iniciar-se en aquestes pràctiques de l'àmbit de la clínica; s'explicita quina és l'orientació teòrica professional emprada al centre; seguidament es passa a fer una detallada explicació dels agents implicats (professionals, alumne i pacients) en tot el procés d'aprenentatge, així com la metodologia que sol utilitzar-se i la temporalització amb la qual s'ha dut a terme la tasca; i, finalment, hi ha l'apartat d'avaluació diària en el seguiment i resultats de la sessions que s'han dut a terme durant tot aquest temps, subdividit en dues àrees de treball (infanto-juvenil i addicció i control d'impulsos en adults), les quals es troben estructurades en funció de la tasca específica que s'ha dut a terme en cada una de les àrees.

Aquesta tasca duta a terme durant les pràctiques té el seu punt àlgid en el moment en què es pot fer l'avaluació o el seguiment d'algun cas real concret. I això és el què es destaca en l'apartat cinquè que ens trobem en la memòria.

He plasmat, també, un apartat de discussió, en el qual he volgut treballar de forma molt més específica, i a mode de treball personal més formatiu, mitjançant bibliografia acreditada, alguns dels temes que he observat en el dia a dia de les sessions, que m'han semblat més rellevants i/o que m'han cridat l'atenció, i que he cregut convenient de destacar, a mode d'idees claus, per la importància que se'ls ha atorgat per algun dels diversos professionals del centre.

I, finalment, ens endinsarem en els darrers apartats del treball, on s'exposen les conclusions a les que he arribat, i una minsa valoració crítica, a mode de reflexió, sobre la necessitat d'incloure més professionals de la psicologia en l'actual sistema sanitari, i la lluita que han de dur a terme els estudiants, docents i professionals de la psicologia per assolir uns pràcticums veritablement pràctics.

No voldria acabar, però, sense destacar l'interès de l'annex que hi ha a la memòria, doncs encara que no formi part explícita del cos de la memòria, és el recull bibliogràfic sobre el qual s'ha treballat en la redacció d'aquest treball de pràctiques, i que ajudarà a comprendre el perquè de l'extensió de la memòria, alhora que pot donar una idea aproximada de la quantitat d'hores de treball que s'hi ha dedicat en la documentació i confecció de la mateixa, al marge de les exigències curriculars estrictament presencials.

1.2 Castellano

A lo largo de estas páginas accedimos a la exposición del trabajo de campo llevado a término durante las más de cien horas de prácticas en un centro de salud mental, el CSAM de Manresa.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Este recorrido se inicia con una visión general del centro, su historia y sus órganos de funcionamiento.

Por lo referente al apartado de la actividad realizada a lo largo de este prácticum, se hace una pequeña exposición de los motivos de elección del mismo por parte del alumno; se muestra un poco el bagaje, básicamente académico, de este, en el momento de iniciarse estas prácticas en el área de la clínica; se explicita cuál es la orientación teórica profesional empleada en el centro; seguidamente se hace una detallada explicación de los agentes implicados (profesionales, alumno y pacientes) en todo el proceso de aprendizaje, así como de la metodología que suele utilizarse y la temporalización con la cual se ha llevado a cabo la tarea; y, finalmente, hay un apartado de evaluación diaria en el seguimiento y resultado de las sesiones que se han llevado a término durante todo este tiempo, subdividiéndolo en dos áreas de trabajo (infanto-juvenil y adicción y control de impulsos en adultos), las cuales se encuentran estructuradas en función de la tarea específica que se ha realizado en cada una de las áreas.

Esta tarea, llevada a cabo durante las prácticas, tiene su punto álgido en el momento en que se puede hacer una evaluación, o el seguimiento de algún caso real concreto. Y esto es lo que se destaca en el apartado cinco de la memoria.

He incluido, también, un apartado de discusión, en el cual he querido trabajar de forma muy específica, y a modo de trabajo personal más formativo, mediante bibliografía acreditada, algunos de los temas que he observado en el día a día de las sesiones que me han parecido más relevantes y/o que me han llamado la atención, y que he creído conveniente destacar, a modo de ideas claves, por la importancia que se les ha otorgado, de alguna forma, por alguno de los diferentes profesionales del centro.

Y, finalmente, nos adentraremos en los últimos apartados del trabajo, donde se exponen las conclusiones a las que he llegado, y una pequeña valoración crítica, a modo de reflexión, sobre la necesidad de integrar más profesionales de la psicología en el actual sistema sanitario, y sobre la lucha que deben llevar a término los estudiantes, docentes y profesionales de la psicología, por conseguir unos prácticum que sean verdaderamente prácticos.

No quisiera acabar sin destacar el interés del anexo de la memoria, pues aunque no forme parte explícita de del cuerpo de la memoria, es el resumen bibliográfico sobre el cual se ha trabajado para la redacción de este trabajo de prácticas, y que ayudará a comprender el porqué de la extensión de la memoria, a la vez que puede aportar una idea aproximada de la cantidad de horas de trabajo que se han dedicado a la documentación y confección de la misma, al margen de las exigencias curriculares estrictamente presenciales.

2 INTRODUCCIÓ

2.1 Introducció

Un cop vaig acabar el primer dels pràcticums obligatoris que se'ns demana des de la direcció dels estudis, vaig estar-me rumiant i donant-li moltes voltes a la idoneïtat o no de fer el segon en el mateix centre i amb les mateixes tutores.

Degut a la meva feina conec a professionals de tots els àmbits, cosa la qual em va permetre de poder parlar, durant la primavera passada, amb diversos psicòlegs experimentats que exerceixen en altres centres públics, concertats i privats de la meua

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

ciutat. I arran d'aquestes xerrades informals sorgiren algunes propostes de pràctiques molt interessants.

Tot i així, seguia tenint un "rau rau" interior pel qual continuava prioritant el CSAM com a, possiblement, el millor centre de pràctiques de la zona, per a la meua Llicenciatura, ja que m'obria la possibilitat d'ampliar aquella primera sol·licitud del pràcticum, ... *tenir l'oportunitat de veure "in situ" molts, i diferents, cassos reals sobre les diferents patologies amb les quals ens trobarem com a psicòlegs, a més de treballar els diferents processos d'intervenció sobre aquestes patologies.* Ara també podia conèixer, una mica més, com funciona interiorment una entitat de salut mental, i quines són les perspectives reals de millora que pot tenir un pacient al accedir a aquest servei psicològic i psiquiàtric d'àmbit públic. Per cert, que les valoracions neuropsicològiques seguien sent una prioritat essencial abans d'acabar les pràctiques, i el CSAM era el centre, de la zona on volia dur a terme el pràcticum II, que major "probabilitat" d'opcions m'oferia al respecte.

Aquestes i altres reflexions, entre les quals l'agraïment a les meves tutores per donar-me l'oportunitat de treballar al seu costat i aprendre de la seva experiència, em van fer decidir, novament, per fer el Pràcticum II al CSAM, compaginant l'àrea infanto-juvenil amb la d'addicció i control d'impulsos en adults.

A diferència de l'anterior semestre, aquesta vegada vaig voler parlar, prèviament, amb les meves tutores per tal d'intentar conèixer la seva opinió de com havien vist i valorat l'anterior període de pràctiques, i de quins eren els seus objectius, respecte del meu aprenentatge, per aquest nou curs.

Crec que hi ha un parell de qüestions que els alumnes, inicialment, no li donem cap importància (suposo que per les ganes que ja tenim de començar a dur al terreny pràctic allò que hem après en l'estudi teòric), i que per la seva banda, les meves tutores n'han fet una sobrevaloració de la possible limitació que suposen (m'agradaria pensar que una formació pràctica ha de dur-se a terme, necessàriament, mitjançant la pràctica).

Aquestes serien: 1) La curta durada de les pràctiques, que inicialment no permetria de fer un seguiment específic de cap cas concret, ja que el més fàcil és que les visites s'haguessin iniciat en un altre moment en el temps, i només podria observar seguiments esporàdics; o que, si puc tenir la sort de poder veure com s'inicia algun cas, probablement no li podria fer el seguiment adequat, ja que seria molt difícil de fer coincidir totes les properes visites en un dia que jo estigués duent a terme aquestes pràctiques. 2) El fet de no estar en possessió del títol de psicòleg ni d'estar col·legiat, cosa la qual limita molt la feina autònoma que poden donar-me, si més no directament amb pacients.

Així que per tal que jo podés aprendre, que és el perquè d'aquestes pràctiques, vàrem plantejar de poder fer un segon pràcticum molt més tècnic, amb la participació en algunes tasques d'observació, encara que poques, i centrar-nos en altres tasques més mecàniques com seria la correcció de tests i, amb els resultats obtinguts, extrapolar-ne una primera avaluació d'algun cas concret. Això em permetria de conèixer el funcionament específic d'alguns dels test de personalitat i d'intel·ligència més importants, com es duu a terme la seva correcció, i quina seria la possible valoració psicològica que podria fer de cada cas, a través dels resultats sorgits de les proves.

Les tutores també procuraran que abans d'acabar aquestes pràctiques pugui dur a terme altres tasques més "amenas", difícils interessants per mi, com poder conduir alguna sessió directament, ja sigui amb subjectes individuals o be en grups. Així també hauré pogut conèixer, en primera persona, com transcorre una sessió clínica real al Centre de Salut Mental de Manresa.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

3 EL CENTRE DE SALUT MENTAL (CSAM)

3.1 Descripció del centre

3.1.1 Ubicació



ALTHAIA Xarxa assistencial de Manresa.

És una fundació, constituïda oficialment el 4 de desembre de 2002, que dona servei integral a les persones dins de l'àmbit sanitari i social, mitjançant una xarxa assistencial de referència per a l'entorn d'uns 200.000 habitants procedents de l'àrea d'influència territorial de Manresa (bàsicament Bages i Solsonès).

Althaia ofereix atenció primària i hospitalària, atenció a la dependència i assistència especialitzada en salut mental i medicina de l'esport.



Segons explica la mateixa organització, a la pròpia pàgina web corporativa, "la Fundació Althaia va néixer amb l'objectiu d'oferir uns serveis sanitaris i socials amb qualitat i eficiència, en el marc d'una organització orientada a satisfer les necessitats de les persones i a potenciar l'excel·lència tant tècnica com humana dels seus professionals".

3.1.2 Espai Físic

L'edifici del CSAM forma part de la primera fase del projecte d'ampliació de l'Hospital de Sant Joan de Déu. S'aixecà en un terreny cedit per l'Ajuntament de Manresa, i la seva inversió fou de 2.500.000 d'Euros, entre obres i equipament, i es construí amb finançament del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

c/ Dr. Llatjós s/n, 08243 Manresa
Tel. 93 874 05 04
Fax. 93 875 93 09



SALUT MENTAL
Àrea Sant Joan de Déu

El nou edifici es troba ubicat al carrer Nou de Santa Clara, a la cantonada amb el carrer del Dr. Llatjós, molt a prop de l'edifici de Sant Joan de Déu. El nou edifici de Salut Mental disposa de 1.195 m², un 30% més de superfície que l'equipament que hi havia fins ara, ubicat en un annex de Sant Joan de Déu. Està estructurat en dues plantes àmplies, lluminoses i confortables. En total, hi ha una trentena de dependències per a consultes, dos hospitals de dia i diferents zones de treball per als professionals.

El nou equipament duplica l'espai que actualment Althaia dedica a l'atenció de les malalties mentals. Més espai i recursos que permetran atendre de

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

manera més especialitzada els malalts mentals, tant pel que fa a les seves característiques personals (amb una unitat especialitzada per a infants i joves) com pel que fa al tipus de patologia (amb unitats especialitzades per al tractament dels trastorns alimentaris o la ludopatia). L'atenció a

les malalties mentals, per tant, guanya espai i mitjans a Manresa i al Bages i ha de permetre, també, millorar les condicions de treball dels professionals sanitaris que comptaran amb més recursos per fer front a les necessitats de salut mental de la població de la comarca.

Tal i com podem llegir en la informació que proporciona la fundació Althaia, respecte d'aquesta àrea de salut que ens pertoca, per a la realització d'aquestes pràctiques, tenim que *"el Departament de Salut Mental forma part de la Xarxa Especialitzada de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya, i els recursos i dispositius donen resposta, a diferents nivells assistencials, a les necessitats de les persones (i als seus familiars) amb problemes de salut mental i addiccions: Urgències, Hospitalització d'Aguts i Subaguts, Hospitals de Dia Adults i Adolescents, Centre de Dia, Centres de Salut Mental infanto-Juvenil, Adults i Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències"*.

Aquesta Divisió de Salut Mental d' Althaia dóna assistència, mitjançant diferents nivells assistencials (urgències, hospitalització, hospitals i centre de dia, i consultes externes), a les comarques del Bages, el Berguedà, la Cerdanya i el Solsonès.

3.2 Història

Manresa ha disposat històricament d'una important i qualificada xarxa hospitalària. Fa poc més de vint anys, a la ciutat hi havia cinc centres hospitalaris oberts, tots susceptibles d'atendre malalts aguts: Hospital de Sant Andreu, Clínica de Sant Josep, Unitat Coronària, Centre Hospitalari i Sant Joan de Déu. Amb l'objectiu de poder oferir la millor atenció, estar a la primera línia d'innovació i esdevenir més resolutius, al llarg del temps s'ha anat portant a terme la unificació dels diversos centres.

Centre Hospitalari i Unitat Coronària es van unir el 1986 i posteriorment, el 1994, s'hi va incorporar la Clínica de Sant Josep, amb més de 100 anys d'història a la ciutat. Les institucions responsables d'aquest tres equipaments van crear la Fundació Centre Hospitalari Unitat Coronària.

El 1988, per altra banda, es va crear la Fundació Hospital General de Manresa arran de la reordenació hospitalària a la ciutat que havia promogut el departament de Sanitat de la Generalitat. La fundació era integrada per l'Ajuntament i l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu, màxims responsables

dels hospitals de Sant Andreu i Sant Joan de Déu, respectivament. Aquests dos centres assistencials tenen una dilatada història a la ciutat.

Althaia Xarxa Assistencial de Manresa es va constituir oficialment el 4 de desembre del 2002 fruit de la fusió de la Fundació Centre Hospitalari i Cardiològic i de la Fundació Hospital General de Manresa, organitzacions que gestionaven els diferents espais hospitalaris de la ciutat.

La Fundació Althaia va néixer amb l'objectiu d'oferir uns serveis sanitaris i socials amb qualitat i eficiència, en el marc d'una organització orientada a satisfer les necessitats de les persones i a potenciar l'excel·lència tant tècnica com humana dels seus professionals.



Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

El dia 25 d'Abril de 2007, la Consellera de la Generalitat de Catalunya i l'alcalde de Manresa, Margarida Geli i Josep Camprubí, van inaugurar el nou edifici de Salut mental, el CSAM d'Althaia.



En paraules de l'alcalde de Manresa, "...l'atenció als malalts i a les seves famílies era una necessitat sanitària en augment. Requeria integralitat i especialització en la prestació del servei. Aquest nou equipament sanitari les garantia totes dues. L'ampliació del centre de salut mental reforçà l'aposta de Manresa per concentrar serveis amb vocació de capitalitat. Manresa, des de sempre, ha tingut vocació de pol d'atracció per a una àrea d'influència que, sovint, ha anat més enllà de la comarca. La dotació d'equipaments i serveis que són de referència per a la Catalunya Central segueix donant sentit a les aspiracions manresanes de capitalitat".

3.3 Present i futur

Actualment la fundació Althaia està immersa en un projecte molt important de remodelació física i estructural de l'espai sanitari manresà. S'està construint un nou complex hospitalari, afegint uns 12.000 m² més als actuals 55.000 m². Això significarà triplicar l'àrea de malalts crítics, duplicar l'actual àrea de serveis ambulatoris, duplicar

l'àrea de diagnòstic per la imatge i duplicar la zona del bloc quirúrgic¹.



Segons informacions de la pròpia Fundació Althaia, disposar d'aquest nou espai hospitalari serà una millora important, ja que:

- La concentració de l'activitat hospitalària permet oferir als ciutadans una assistència integrada en un únic centre.
- La unificació en un sol edifici comporta una major eficiència operativa i optimització de recursos.
- El termini d'execució de la unificació en un sol centre es preveu més curt que la reorganització i remodelació dels dos edificis actuals.
- Ofereix una solució assistencial vàlida a llarg termini.

Paral·lelament a aquesta modificació de l'espai físic, a partir del 2008 es va dur a terme un acte protocol·lari on el patronat d'aquesta entitat dona llum verda al fet que Althaia pugui ser una institució universitària que pugui acollir anualment un bon nombre d'estudiants de les diferents branques de medicina per a la realització de les seves pràctiques clíniques curriculars.

Aquesta nova realitat suposa un centre qualitatiu important, doncs aquesta presència d'estudiants "suposa un nou fet dinamitzador per a totes aquestes institucions sanitàries, augmentant les possibilitats dels professionals hospitalaris a l'accés a nous doctorats, potenciar la investigació i participar en nous processos de recerca universitària", esmenten els responsables d'Althaia.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Aquesta nova planificació preveu que els alumnes vinculats a aquesta fundació tinguin una preparació especial en els problemes de salut mental més prevalents de la nostra societat i, concretament, en l'envelliment, la salut mental i la bioèticaⁱⁱ.

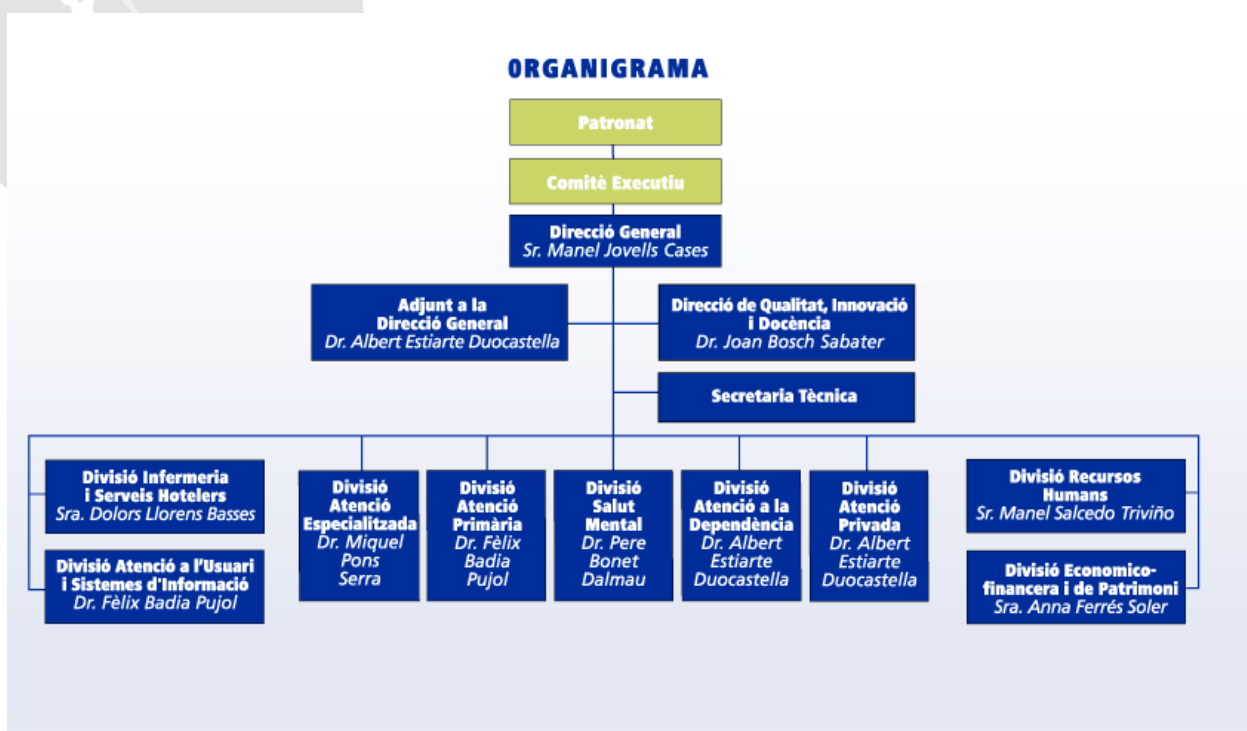
Pel què fa a l'àmbit específic de la salut mental actualment es disposa d'un programa de rehabilitació integral individualitzat i específic per a cada usuari que demandi aquests serveis, iniciat al 2001, que està plenament consolidat: **el projecte MOSAICⁱⁱⁱ**.

El Projecte Mosaic es tracta "d'un programa de rehabilitació que té el seu eix fonamental en la persona afectada d'una malaltia mental i que apel·la a la solidaritat de persones i d'institucions. S'emmarca dintre de la comarca del Bages, lloc on estan emmarcats els recursos d'hospitalització i rehabilitació del Servei de Salut Mental de Althaia Hospital Sant Joan de Deu, estenent-se cap a les seves àrees d'influència d'assistència psiquiàtrica".

3.4 Òrgans de funcionament

3.4.1 Fundació

La Fundació Althaia és regida per un Patronat en què conflueixen cinc institucions: l'Ajuntament de Manresa, l'Orde de Sant Joan de Déu, Mútua Manresana, Caixa Manresa i la Generalitat de Catalunya.



3.4.2 Organigrama divisió de Salut Mental

L'organigrama de l'equip de Salut Mental de la Fundació Althaia és el següent:

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Director de la Divisió

Dr. Pere Bonet Dalmau

Àrea Infanto-Juvenil

Cap de Servei: Dra. Àurea Autet Puig
Dispositiu Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil
Hospital de Dia d'Adolescents

Adjunts

Dra. Begoña Aguirre Vicente, Dr. Víctor Amigo Cabrera, Dra. Silvia Delgado Doncel, Dra. Ingrid Delgado Juncadella, Dra. Marta Fernández Marti, Dra. Amalia Goma Brufau, Dra. Maria Teresa González Alonso, Dra. Helena González Gasch, Dra. Anaís Lara Lloveras, **Dra. Laia Majó Garriga**, Dr. Luis Fidel Villar Álvarez

Àrea Adults

Cap de Servei: Dr. Eduard Pons Villanueva
Urgències, Unitats d'Hospitalització d'Aguts i de Subaguts
Cap Clínic de Consultes Externes: Dra. Elisabet Gorgues Queralt
Centre de Salut Mental d'Adults i coordinació amb la Primària
Cap Secció: Dr. Carles Aparicio Iranzo
Centre de Dia i Hospital de Dia d'Adults
Responsable: Dr. Jordi Giménez-Salinas Botella

Adjunts

Dr. Carlos Aparicio Iranzo, Dr. Salvador Carbonell Basso, Dra. M Cruz Crespo Maraver, **Dra. Dominica Díez Marcet**, Dra. M. Eulalia Durall Rivas, Dr. Juan Miguel Garrido Ocaña, Dra. Silvia Gilibets Parcerisa, Dra. M. Esther Lopez Herran, Dra. Yolanda Martinez Ortega, Dra. Lidia Nosas Bargallo, Dra. Gemma Prat Vigue, Dra. Marta Puig Sanz, Dra. Antonia Raich Soriguera, *Dra. Joana Romagosa Valls*, Dra. Eloisa-Gloria Roman Chillaron, Dra. Paloma Ruiz Castillo, Dra. Rosa Maria Tejedor Vinent, Dra. Meritxell Viladrich Canudas, Dra. Laura Villar Mateo.

Àrea Drogodependències

Cap Clínic: Dra. Blanca Coromina Coll
Centre d'Atenció i de Seguiment de Drogodependències (CAS) i Programa de Dispensació Metadona

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

4 DESCRIPCIÓ DE L'ACTIVITAT REALITZADA

4.1 Raons d'elecció i pertinença



Les raons d'elecció d'aquest centre són: per un costat, el fet que estem parlant de la xarxa assistencial i de salut mental més important de Catalunya Central, i està ubicada a Manresa, la meua ciutat de residència, i per l'altre costat que segueixo pensant que poder formar part de l'equip professional i humà d'aquest centre, encara que només torni a ser com a alumne de pràctiques, em permetrà de veure i conèixer, "in situ", molts més casos reals que en qualsevol altre centre, públic o privat, de la zona, on, a més, podré treballar en els diferents processos d'intervenció psicopatològica i psicoterapèutica, i, encara que amb menys mesura, però amb totes les ganes del món quan pugui accedir-hi, en avaluacions neuropsicològiques.

I l'altre plantejament que m'he fet alhora d'escollir el CSAM de Manresa ha estat la possibilitat de conèixer, una mica més en profunditat, com funciona interiorment una entitat de salut mental, i quines són les perspectives reals de millora que pot tenir un pacient al accedir a aquest servei psicològic i psiquiàtric d'àmbit públic.

També voldria destacar que aquest treball es seguirà desenvolupant en els dos mateixos àmbits que durant el semestre passat, l'àrea infantil i l'àrea d'adults, cosa la qual em permetrà seguir aprofundint en ambdues vessants i, esculli el camp d'especialització que esculli en un futur, tindrà una base de coneixements teòrics i pràctics en ambdós camps que, molt probablement, em permetrà d'atendre, amb un millor coneixement de causa, moltes de les situacions sociofamiliars que es puguin presentar en l'exercici professional de la psicologia.

4.2 Experiència i formació prèvia en el camp d'aplicació escollit



De les assignatures que es demanen com a obligatòries per a poder cursar el pràcticum de clínica i de la salut, crec que presento un bon expedient curricular:

- Avaluació Psicològica
- Psicologia de la personalitat
- Psicologia del Llenguatge
- Psicopatologia
- Teràpies Psicològiques
- Tècniques d'intervenció i tractament psicològic
- Psicologia de la salut y qualitat de vida
- Avaluació i intervenció en problemes clínics
- Ètica de la intervenció professional
- Trastorns del Llenguatge i la memòria
- Pràcticum I de Psicologia Clínica i de la Salut

A part d'aquestes assignatures puc aportar, altre formació curricular independent a la que s'imparteix al llarg de la llicenciatura:

- **Màster d'Especialista Universitari en Neurociències** (60 crèdits) realitzant-lo, de forma virtual, a l' Universitat de Barcelona, a través del programa de l'Institut d'Alts Estudis Universitaris, amb 100h de pràctiques presencials a l'àrea de salut mental de la "Psicoclínica de la Mercè" de Barcelona.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

- **Protocols de Intervenció en Patologia Dual. Mòdul de Depressió** SEPD y Brainpharma a través de la plataforma "on line" de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).
- **Addiccions no tòxiques. ¿A què ens enganxem?** a Edusalud/Intersalud de Psiquiatria.com (90h). Curs acreditat per la comissió de formació de les professions sanitàries amb 13,7 crèdits.
- **Psicoteràpia dels trastorns ansios-depressius: Un enfocament innovador** a Edusalud/Intersalud de Psiquiatria.com (120h). Curs acreditat per la comissió de formació de les professions sanitàries amb 11,9 crèdits.
- **Introducció a la Neuropsicologia dinàmica** a Edusalud/Intersalud de Psiquiatria.com (90h).
- **Curso "La aplicación del programa psicoeducativo Diamantes en Bruto II para personas con Trastorno Límite de la Personalidad"** a l'Hospital General de Catalunya (12h).
- **Mites i realitats de les noves organitzacions** per EPSI de la UAB (16h).
- **Mediació: Adolescents difícils** per EPSI de la UAB (16h).
- **Estratègies y Tècniques de Comunicació** a la UOC.

4.3 Orientació teòrica del pràcticum

En aquest apartat no faig distincions entre una i altre àrea, ja que **el marc d'orientació terapèutic teòric** generalitzat del centre és **cognitivo-conductual^{IV}**.



La Teràpia Cognitivo-Conductual, una orientació teòrica.

Aquest marc d'orientació terapèutic és, probablement, el que està més estesa arreu de l'àmbit de la psicologia i, amb tota seguretat, és la vessant teòrica amb la que s'ha dut a terme la major part dels experiments terapèutics duts a terme per a la branca científica de la psicologia i la psiquiatria.

4.4 Agents implicats

4.4.1 Perfil professional del Psicòleg Clínic i de la Salut

4.4.1.1 Funció dels psicòlegs al CSAM en l'àrea infanto-juvenil i la d'addicció i control d'impulsos en adults



He volgut aportar una visió generalista d'ambdues àrees de treball, amb l'ajut dels perfils que promou el Col·legi Oficial de Psicòlegs^V (com a una organització d'àmbit estatal que té la obligació legal d'ordenar l'exercici de la professió), que ens ajudarà a perfilar la realitat professional en què conviuen els psicòlegs del CSAM en l'exercici de la seva professió, cada un en el seu àmbit d'especialització.

Pel què fa al camp específic del psicòleg clínic, el col·legi ha intentat de recollir tots aquells aspectes bàsics i fonamentals que conformen i diferencien als professionals en l'àmbit de la salut. Una de les premisses ha estat fonamentar la psicologia com un dels pilars essencials sobre el qual s'erigeixi qualsevol política referent als components bio-

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

psico-socials de les malalties, mentals o físiques. Certament que la psicologia clínica ha fet un grapat de passos endavant, qualitativament parlant, en els darrers anys, i això ha portat a la promoció institucional d'una formació altament especialitzada d'aquest camp.

La major part de les visites que hi ha hagut al centre durant les pràctiques han estat de seguiment, ja que havien estat diagnosticades amb anterioritat. Però també he pogut observar algunes primeres visites de pacients que han arribat al CESAM derivades dels CAPs corresponents i a les quals se'ls ha hagut de fer una primera visita, especialment en l'apartat d'addiccions. En aquests moments és quan s'ha establert, per part de la professional que ha conduït el cas, una primera hipòtesi diagnòstica del subjecte basada en les dades aportades pel propi pacient durant l'entrevista clínica estructurada amb la que es treballa inicialment cada cas.

Això m'ha permès d'aprofundir en quines són les principals i variades funcions dels psicòlegs, de les quals en presento una agrupació, que el COP defineix com a específiques de la clínica, i que crec que he pogut observar al llarg d'aquests dies al CSAM de Manresa:

1.- Avaluació

És la recopilació de les dades conductuals, emotives i emocionals de les persones. Aquest recull es fa mitjançant l'entrevista diagnòstica, la qual recolzaran, si creuen convenient, amb una exploració clínica basada en una bateria de proves (generalment amb la utilització de diferents tests psicomètrics i qüestionaris específics de l'exploració que es vulgui dur a terme).

2.- Diagnòstic

Aquest *"consisteix en la identificació i retolació del problema comportamental, cognitiu, emocional o social, de la persona, grup o comunitat que es tracti"*.

Per tal de dur a terme aquesta funció de manera professional haurà d'incidir en els següents punts: a) Decidir sobre si es tracta d'un problema que cau dintre de la seva competència o no, b) Decidir sobre el grau de severitat i/o gravetat de les primeres informacions que s'ofereixen del problema, c) Diagnosticar, si és necessari. D) Especificar el problema en termes operatius, i e) Indicar el tractament.

3.- Tractament i intervenció

"El tractament suposa intervencions clíniques sobre les persones amb l'objecte d'entendre, alleujar i resoldre trastorns psicològics: emocionals, problemes de conducta, preocupacions personals i altres. S'entén que tot tractament o intervenció suposa algun tipus de relació interpersonal i situació social. Aquestes formes d'ajuda poden anomenar-se psicoteràpia, teràpia o modificació de conducta, teràpia cognitiva (o cognitivo-conductual), teràpia psicoanalítica, teràpia sistèmica, teràpia existencial (fenomenològica o humanística), consell o assessorament psicològic, o pot encara reconèixer-se amb altres noms depenent de l'orientació i preferència del clínic. La prestació del tractament pot ser en aplicació individual, en parella, o en grup, i ser dut per un o més psicòlegs formant un equip. Els clients poden ser pacients externs o pacients interns (residents en una institució)."

Les durades d'aquest poden anar, generalment, des de les cinc a les quaranta sessions, i l'objectiu dels tractaments, prèviament pactats amb els clients, *"poden concretar-se en la solució d'un problema específic, proposar-se la reconstrucció de la personalitat, o algun propòsit entre aquests dos extrems"*.

Aquesta és una tasca que, malauradament, es porta a terme en un espai de temps massa llarg, ja que el sistema sanitari públic del nostre país, i en especial l'extensa zona geogràfica que abasta el CSAM de Manresa, obliga a atendre un nombre molt elevat de

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

pacients cada dia, amb una aportació de recursos professionals força precaris, cosa la qual provoca que les visites acabin tendint més a plantejaments de supervisió i seguiment, per tal d'evitar de les recaigudes, que no pas a una planificació específica i detallada dels tractaments, intervencions o processos terapèutics.

4.- Consell, assessoria, consulta i enllaç

En aquest apartat hi centràriem les consultes, assessorament i consells experts que aporti el professional, en tant que psicòleg especialitzat en l'àmbit clínic i de la salut, per a una varietat de problemes, a petició d'alguna institució, ja sigui sanitària, judicial, governamental, corporacions, centres educatius i de rehabilitació, ...

5.- Previsió i promoció de la salut

Aquest apartat feria referència, fonamentalment, a l'àmbit de la intervenció sanitària, capacitant als mediadors de les xarxes sociosanitàries de la comunitat diana en la prevenció i promoció de la salut, analitzar els problemes amb les pràctiques de risc, i fomentar i promoure hàbits de salut a la població en general, facilitant una major accessibilitat als instruments preventius.

6.- La investigació

Les investigacions del psicòleg en aquest camp solen portar-se a terme, sobre tot, en els mateixos contextes aplicats que conformen les prestacions professionals com a terapeutes. I encara que jo no he pogut participar en cap d'elles, si he pogut observar-ne dues que s'han dut a terme en aquest centre, dedicades a l'àmbit de les ludopaties.

7.- Ensenyament i supervisió

"La supervisió d'un pràcticum és un tipus especial d'ensenyament en la qual el psicòleg clínic i de la salut aporta la seva experiència professional a la formació d'estudiantes. El model consisteix, en general, que l'estudiant assisteixi a les sessions que s'estimin convenientes i viables o fins i tot realitzi alguna tasca amb el client i es reuneixi entre sessions amb el supervisor. En tot cas, el client sempre coneix la condició d'estudianta en pràctiques i que el responsable és el supervisor. Aquesta supervisió pot ser individual o en petits grups. Així mateix, són usuals també altres tasques que es mostri a l'estudiant la pràctica professional, tals com l'aplicació, correcció i valoració de proves o l'aplicació de certes tècniques, així com l'assistència a sessions clíniques".

Aquesta ha estat la funció específica que les dues tutores han hagut d'afrontar, novament, durant el període de pràctiques curriculars de la Llicenciatura.

4.4.2 Funcions de l'alumne durant la realització de les pràctiques

4.4.2.1 Funcions en l'àrea infanto-juvenil

Les tasques de l'alumne de pràctiques en aquesta àrea està supervisada en cada moment per la tutora, amb la qual, des d'un bon començament es va fer una lleugera planificació bàsica del quin seria/hauria de ser el meu rol com a estudiant en pràctiques durant aquest període, encara que tenint present que aquesta tasca sempre restaria condicionada pel devenir diari.

Tot i que la tutora segueix donant molta la importància a la meua rotació amb els diferents professionals de l'àrea (psiquiatria, infermeria, hospital de dia, etc), aquesta vegada intentarem de complimentar-ho amb forces correccions dels principals tests que se solen administrar als nens i adolescents per tal d'agafar soltesa en la correcció i interpretació dels mateixos, a fi efecte que en un futur, quan tingui alguna d'aquestes proves a les mans, pugui fer-ne un bon ús.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Aquesta rotació comprendrà sessions individualitzades, d'observador, i sessions de grups (on la meua tasca serà força més activa), tant de nens com de pares; el pas per l'àmbit psiquiàtric, observant la diferència que hi ha, respecte de les sessions terapèutiques en psicologia, i aprenent com es determina la farmacologia en els diferents casos que es puguin presentar, ja siguin per depressions, per TDAH, TGD, etc; el pas per l'àmbit d'infermeria, on observaré com es duen a terme els controls fisiològics dels pacients al respecte de la medicació que se'ls ha donat des de psiquiatria, així com treballar amb els nens/nois en els diferents problemes que puguin presentar, encara que aquests no estiguin diagnosticats específicament com a trastorns, però que els afecta en el seu devenir diari, tant personal com social i familiarment.

4.4.2.2 Funcions en l' àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

Bàsicament la funció que duré a terme en aquesta àrea és la d'oient/observador de com es porten a terme les sessions, assegut sempre per darrera de la psicòloga/tutora; però a diferència del pràcticum I, durant aquestes properes setmanes també s'intentarà de treballar correccions i interpretacions de tests psicomètrics, així com, en determinades sessions i amb determinats pacients, participar de la sessió de treball al costat de la tutora.

Al començament de cada sessió la tutora em comenta el casos que anem a veure per tal que jo pugui conèixer la causa per la qual ha arribat al centre i l'evolució del pacient al llarg de les diferents visites que han anat succeint-se al llarg del temps que fa que és pacient del centre, i s'hi torna a fer referència un cop ha sortit el pacient, comentant aquells aspectes més rellevants que s'hagin pogut observar en el transcurs de la mateixa.

També hi ha sessions en que l'alumne no pot ser-hi present, ja sigui per coneixença personal dels pacients, o perquè la tutora creu que és més adient no ser-hi present degut al tipus de pacient i a la probable reacció negativa que es pugui preveure d'aquest/a en trobar-se amb una tercera persona desconeguda per ella.

4.4.3 Tipologia dels pacients i les característiques més freqüents que presenten.

El Departament de salut mental de la fundació consta de tres àrees clarament definides, en dues de les quals, àrea infanto-juvenil i àrea d'adults, es centraran les pràctiques de l'alumne, tot i que també tindrà la possibilitat de "tastar" alguna sessió en la tercera d'elles, l'àrea de drogodependències.

ÀREA INFANTO-JUVENIL

Aquesta àrea dona assistència psiquiàtrica a la població menor de 18 anys de les comarques del Bages, a l'edifici **CSAM** a les immediacions de Sant Joan de Déu; del Berguedà, al CAP II de l'Institut Català de la Salut de Berga; de la Cerdanya, a l'Hospital de Puigcerdà i del Solsonès, al Centre Sanitari del Solsonès.



Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

ÀREA ADULTS

L'àrea d'adults dona atenció i assistència psiquiàtrica a les persones majors de 18 anys, mitjançant equips pluridisciplinars en diversos recursos assistencials, entre ells el servei d'Urgències, la Unitat d'Aguts i la Unitat de Subaguts.

El Centre de Salut Mental i el Centre de Dia donen assistència a les comarques del Bages (**Edifici CSAM**), Cerdanya (Hospital de Puigcerdà) i Solsonès (Centre sanitari del Solsonès).



ÀREA DROGODEPENDÈNCIES

L'àrea de drogues dona atenció a les persones per abús, consum i dependència de substàncies psicoactives del Bages, Berguedà, Cerdanya i Solsonès.

Inclou un programa de manteniment amb metadona i programes lliures de drogues.



4.4.3.1 Àrea infanto-juvenil

Aquesta és una àrea, la del CSMIJ, en la qual s'atenen des de nens fins a adolescent i joves que la seva edat no sobrepassa els 18 anys. Tots els individus que són atesos pels professionals d'aquesta àrea presenten, o sembla ser que alguna tipologia psiquiàtrica de les que es recullen en el manual diagnòstic DSM-IV-TR, i de les quals en n'exposo la petita descripció de cada un d'ells, que es troba al mateix manual diagnòstic:

Retard Mental

Es caracteritza per una capacitat intel·lectual significativament per sota del terme mitjà (un Coeficient Intel·lectual d'aproximadament 70 o inferior), amb una edat d'inici anterior als 18 anys i dèficit o insuficiències concurrents en l'activitat adaptativa. Existeixen retard mental: lleu, moderat, greu i profund, així com per a retard mental de gravetat no especificada.

Si bé és cert que no són un percentatge massa elevat els nens/nois que presenten aquesta patologia, sí que hi ha moltes vegades una capacitat cognitiva que va lligada a altres trastorns, especialment en temes de dèficits d'atenció.

Trastorns de l'aprenentatge

Aquests trastorns es caracteritzen per un rendiment acadèmic substancialment per sota de l'esperat donades l'edat cronològica del subjecte, el mesurament de la seva intel·ligència i un ensenyament apropiat a la seva edat. Els trastorns específics inclosos en aquest apartat són: trastorn de la lectura, trastorn del càlcul, trastorn de l'expressió escrita i trastorn de l'aprenentatge no especificat.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Trastorn de les habilitats motores

Inclou el trastorn del desenvolupament de la coordinació, caracteritzat per una coordinació motora que se situa substancialment per sota de l'esperat donades l'edat cronològica del subjecte i el mesurament de la intel·ligència.

Trastorns de la comunicació

Aquests trastorns es caracteritzen per deficiències del parla o el llenguatge, i inclouen trastorn del llenguatge expressiu, trastorn mixt del llenguatge receptiu-expressiu, trastorn fonològic, quequeig i trastorn de la comunicació no especificat.

Trastorns generalitzats del desenvolupament

Aquests trastorns es caracteritzen per dèficit greus i alteracions generalitzades en múltiples àrees del desenvolupament. S'inclouen alteracions de la interacció social, anomalies de la comunicació i la presència de comportaments, interessos i activitats estereotipats. Els trastorns específics inclosos en aquest apartat són: trastorn autista, trastorn de Rett, trastorn desintegratiu infantil, trastorn d'Asperger i trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat.

Trastorns per dèficit d'atenció

Aquest apartat inclou: el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, que es caracteritza per símptomes manifestes de desatenció i/o de impulsivitat-hiperactivitat. Es presenten subtipus per a especificar la presentació del símptoma predominant: tipus amb predomini del dèficit d'atenció, tipus amb predomini hiperactiu-impulsiu i tipus combinat.

Trastorns de comportaments pertorbadors

El trastorn disocial es caracteritza per un patró comportamental que viola els drets bàsics dels altres o les principals normes o regles socials pròpies de l'edat del subjecte; el trastorn negativista desafiador es caracteritza per un patró de comportament negativista, hostil i desafiador.

Trastorns de la ingesta i de la conducta alimentària de la infància o la infantesa

Aquests trastorns es caracteritzen per alteracions persistents de la conducta alimentària i de la ingestió d'aliments. Els trastorns específics inclosos aquí són: pica, trastorn de rumiació i trastorn de la ingesta alimentària de la infància o la infantesa.

Trastorns de tics

Aquests trastorns es caracteritzen per tics vocals i/o motors. S'han inclòs els següents trastorns específics: trastorn de la Tourette, trastorn de tics motors o vocals crònics, trastorn de tics transitoris i trastorn de tics no especificat.

Trastorns de l'eliminació

S'inclou la Encopresis: la deposició repetida de femta en llocs inadequats, Enuresis: l'emissió repetida d'orina en llocs inadequats.

Altres trastorns de la infància, la infantesa o l'adolescència:

El Trastorn d'ansietat per separació

Es caracteritza per una ansietat excessiva i inadequada des del punt de vista evolutiu concernent a la separació respecte de la llar o de les persones amb qui el nen està vinculat.

El mutisme selectiu

Es caracteritza per una persistent incapacitat per a parlar en situacions socials específiques a pesar que el nen parli en altres situacions.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

El trastorn reactiu de la Vinculació de la infància o la infantesa.

Es caracteritza per una relació social manifestament alterada i inadequada evolutivament, que es produeix en la major part dels contextos i s'associa a una criança clarament patògena.

El trastorn de moviments estereotipats

Es caracteritza per un comportament motor repetitiu, aparentment impulsiu, i no funcional, que interfereix marcadament les activitats normals i, de vegades, pot donar lloc a lesions corporals.

4.4.3.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

La major part dels pacients/clientes que passen per a les consultes d'aquesta àrea del CSAM presenten trastorns relacionats amb les addiccions i els control d'impulsos, ja sigui a substàncies químiques o a altre mena d'accions/conductes. Algunes d'elles les descriu a continuació, i altres tant sols les menciona:

Trastorns pel control d'impulsos

La temàtica general dels pacients que trobem en aquesta àrea de treball estan relacionats amb les addiccions (químiques o no), i amb el què en el DSM IV es refereix com a trastorns pel control d'impulsos, i que no solen estar classificats en altres apartats específics.

Així els símptomes essencials que presenten aquests individus, amb independència dels noms específics que puguin presentar, són els de fracassar alhora de resistir/reprimir els seus impulsos, desitjos o temptacions de dur a terme actes que són perjudicials, tant per a ells mateixos com per als demés, en especial pel seu entorn més immediat.

La major part dels pacients que es tracten des d'aquesta àrea específica d'adults, abans de portar a terme aquests actes/conductes, refereixen l'enorme tensió o activació interna que pateixen, i que un cop consumat aquest acte/conducta irrefrenable se senten alliberats, plaents, gratificats, ... Però moments després, solen aflorar sentiments de culpabilitat, pena i/o d'angoixa per allò en què repercutirà, degut a l'acte que han dut a terme.

Trastorns relacionats amb el joc patològic (F63.0)

En aquest trastorn ens trobem que els professionals han de pal·liar amb individus que presenten fracassos crònics i progressius a resistir els impulsos del jugar, en un percentatge molt elevat centrats a les màquines escurabutxaques, que va compromentent i lesionant els seus interessos personals, familiars i vocacionals, ja que a mesura que es va jugant, es va incrementant aquesta conducta envers del joc, tornant-se molt addictiva.

En aquest cas l'acció primordial dels terapeutes del centre és anar dessensibilitzant aquesta conducta, ajudant a introduir plantejaments pausatats en els hàbits d'aquestes persones, per tal que puguin anar superant aquesta addicció de la forma més satisfactòria possible.

Trastorns relacionats amb la patologia dual

Una de les "noves" patologies amb les que s'ha de fer front, des d'aquesta àrea de treball són les nomenades "patologies duals", que és la coexistència en un mateix individu de símptomes psicopatològics i consum/intoxicació/abstinència de substàncies.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

En aquests casos de comorbiditat psiquiàtrica es procura treballar, mitjançant l'equip terapèutic del centre, en el desenvolupament d'estratègies terapèutiques, farmacològiques i psicològiques el més efectiu possible en benefici dels pacients, per tal es pugui fer un abordatge de l'addicció i de la patologia psiquiàtrica de manera conjunta i simultània. Solen combinar-se les teràpies grupals, la teràpia de contingències, i els tractaments residencials.

Trastorns relacionats amb l'alcohol

L'alcoholisme constitueix una font important de morbi-mortalitat. Segons l'OMS és la tercera causa en el món occidental d'anys de vida amb discapacitat. Se li atribueixen 20.000 morts anuals a Espanya sent els costos associats al seu consum excessiu superiors als 3600 milions d'euros anuals. Suposa un important problema de salut que requereix atenció clínica tant a nivell ambulatori com en les urgències dels hospitals generals.

El seu consum implica conseqüències neurobiològiques clares, afectant a múltiples neurotransmissors i als seus receptors, en el SNC. I la dependència que genera és, clarament, una malaltia progressiva, crònica i altament recidivant amb conseqüències importants, tant per al propi consumidor com per a la salut pública.

De totes les alternatives en que se centra l'actual neurobiologia de les addiccions, la que presenta una major especificitat del perfil que presenten els alcohòlics són les alteracions del sistema opiaci endogen, el qual es relaciona amb la dependència i, al seu torn, amb el craving (el desig patològic de beure).

L'alcoholisme es considera una malaltia psiquiàtrica, encara que, certament, de difícil diagnòstic, a causa de les seves característiques psicològiques i a l'extensa trajectòria evolutiva en el temps (10 anys).

Per a la seva detecció precoç podem ajudar-nos de diferents marcadors biològics (GGT, VCM, ASAT i ALAT, CDT), així com dels variats qüestionaris existents.

El tractament de l'alcoholisme ha de consistir en dues fases molt diferenciades, clarament definides i, generalment, entrelaçades en el seu inici:

- **La desintoxicació:** És el tractament o la prevenció de la síndrome d'abstinència, i sol durar de 1 a 2 setmanes. El professional ha de valorar la necessitat, o no, de l'administració de fàrmacs (benzodiazepines, el tetrabamato i el clometiazol) en funció dels antecedents que presenti el pacient, la seva situació orgànica, la gravetat del quadre d'abstinència i el context que s'estigui portant a terme aquesta desintoxicació.

- **La deshabitució:** És el procés d'aprenentatge pel qual passa el pacient quan s'enfronta a la vida sense "la dosi" d'alcohol.

Aquesta 2ª fase és un procés de llarga durada en el qual es planifiquen, conjuntament, dos tipus d'abordatge:

a) **Farmacològic:** La farmacologia se centra fonamentalment en dos aspectes rellevants: Un actua interferint en el metabolisme de l'alcohol, i s'aconsegueix que, mitjançant fàrmacs antidipsotòpics o aversius (disulfiram i la cianamida càlcica), el pacient li tingui més por a la barreja reactiva que a la pròpia acció del fàrmac en si; i l'altre actua disminuint o anul·lant el desig compulsiu de consumir alcohol, o craving, mitjançant els cridats fàrmacs anti-craving (gabaèrgics i d'acció sobre el glutamat i el NMDA, antagonista opiacis, dopaminèrgics, i els serotoninèrgics).

b) **Terapèutic:** per a iniciar el tractament psicològic de la deshabitució alcohòlica, el pacient no ha de consumir begudes alcohòliques, doncs això interferiria negativament en la seva recuperació.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

El terapeuta ha de tenir present la singularitat de cada subjecte, mantenint amb ell una relació de respecte mutu, i procurant crear un clima de confiança amb el pacient per a ajudar-li que, ell mateix, es marqui uns objectius realistes i progressius

Hem de tenir en compte a la família dels pacients, i ajudar-los en tot el possible, doncs és un primer pas per a captar l'atenció del malalt i començar a crear una aliança amb ell. Poden ser-nos de gran ajuda, també, l'ús de les tècniques motivacionals de les entrevistes clíniques, fent ús de la "roda del canvi" descrita per Prochaska i DiClemente a partir de l'observació de persones que havien aconseguit abandonar l'hàbit de fumar.

Encara que ha de valorar-se molt bé la decisió per part del terapeuta, la derivació del pacient a un grup de teràpia (especialment els educacionals), en general sol ser eficaç en una etapa més avançada d'aquesta segona fase del tractament.

4.5 Metodologia i procediments

4.5.1 Àrea infanto-juvenil

Generalment en aquest centre ens trobarem amb els nens/joves que prèviament venen derivats des dels diferents centres pediàtrics, CDIAP, CSMIJ i hospitals de la zona geogràfica que abraça aquesta institució situada a Manresa.

En aquesta primera presa de contacte es procedeix a fer una entervistar amb l'especialista que li pertoqui, començant una ronda de sessions, i que s'inicia amb una entrevista clínica semi estructurada, molt generalitzada, mitjançant la qual se n'obté l'anamnesi dels pacients i es fa una primera observació psicopatològica que ens ajudi a contrastar la hipòtesi diagnòstica inicial per la qual han estat adreçats al centre de salut.



Model d'entrevista estructurada

En aquesta primera entrevista es parla, generalment, amb els nens/joves i/o familiars que els acompanyen sobre com aniran les primeres sessions, on se sol passar una sèrie de tests psicomètrics i es fa una avaluació psicològica extensa, arrel dels quals s'establirà un diagnòstic sobre el qual informar el pacient i la família, i a partir del qual s'iniciarà la teràpia, amb o sense medicació farmacològica.

Les següents sessions són/seran de treball/control, individuals o en grup, per tal d'ajudar a pal·liar l'impacte d'aquests trastorns en els pacients. En determinats moments s'haurà de passar alguns tests psicomètrics, i efectuar un informa amb els resultats obtinguts; altres vegades es tractarà de sessions més de treball directe amb els nens, especialment amb els grups de nens amb Tdah, amb els quals es fan tasques específiques de comportament, d'autocontrol, de convivència socio-familiar, etc.

4.5.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

Com en l'anterior àrea, els pacients també solen venir derivats des dels diferents centres mèdics, CAPs i hospitals d'aquesta àmplia zona geogràfica que abasta el CSAM de Manresa.

Una vegada aquest individu han concertat dia i hora amb l'especialista que els pertoca, es procedeix a fer la primera visita on es duu a terme una llarga entrevista inicial amb la qual n'obtidrem el corresponent historial clínic (anamnesi i exploració psicopatològica) i mitjançant la qual s'aconsegueix una informació del pacient que permet d'arribar a una

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

hipòtesi diagnòstica (s'utilitzen els criteris diagnòstics classificatoris del DSM IV), que haurem de confirmar, si fos necessari, mitjançant, per exemple l'escala de criteris diagnòstics de joc patològic (NODS NORC DSM Screen for Gambling Problems. Gerstein et al, 1999), i/o la utilització d'instruments d'avaluació en els cassos que es consideri necessari (C.I. i/o personalitat).



Model d'entrevista d'acollida

Alhora de dur a terme l'exploració psiquiàtrica haurem d'anar molt en compte en tenir cura del diagnòstic diferencial que podem establir del/s diferent/s trastorn/s que pugui observar-se en el pacient, i que en el cas que hi hagi un consum de tòxics aquest serà el tractament prioritari, abans d'iniciar-se qualsevol altre mena d'abordatge en el cas de, per exemple, la ludopatia.

I seguidament es procedirà a dur a terme sessions terapèutiques del trastorn corresponent a l'addicció o de control d'impulsos (ja que és l'àrea especialitzada en aquestes patologies), combinada amb farmacologia, si és necessari, per, amb el temps, anar variant aquestes visites cap a sessions de control per al manteniment de la conducta i l'evitació de la recaiguda.

4.6 Temporalització

La tasca que portaré a terme, al llarg d'aquestes segones pràctiques curriculars de la Llicenciatura, es distribuirà en dos plantejaments formatius: un centrat en l'àrea infanto-juvenil i l'altre a la Unitat d'adults de Joc Patològic i Altres Addiccions no Tòxiques i en l'àmbit de les drogodependències.

4.6.1 Àrea infanto-juvenil



La temporalització setmanal està prevista de la següent manera:

Dimecres: De 15:00 a 20:00 hores (5h)

La tutora responsable de la meva supervisió en aquest àmbit és la Laia Majó Garriga.

4.6.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults



La temporalització setmanal està prevista de la següent manera:

Dimarts: De 8:00 a 14:00 hores (6h)

La tutora responsable de la meva supervisió en aquest àmbit és la Dominica Díez Marcat.

4.7 Avaluació, seguiment i resultats de les sessions

Al llarg d'aquest apartat exposaré bona part del què hauran estat aquestes sessions clíniques, de teràpia o de treball amb tests psicomètrics i manuals diversos.

En el centre on he pogut fer les pràctiques he pogut observar, i que després se m'ha corroborat des d'alguns dels professionals que hi treballen, que hi ha un plantejament

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

força arrelat pel què fa als alumnes de pràctiques que encara no disposen d'una titulació oficial. No se'ls permet de fer un treball pràctic específic en solitari davant d'un pacient, doncs aquesta és una tasca reservada als alumnes llicenciats i de màsters, amb una durada de les pràctiques molt més llargues (300/500h) de les que, per exemple, estem duent a terme els alumnes de la UOC (90h).

Aquest és un handicap amb el qual m'ha tocat de "ballar-hi", cosa per la qual he hagut de desenvolupar altres estratègies d'aprenentatge per a complementar els coneixements adquirits en les diferents sessions en les que he estat com a mer observador de la tasca que porten a terme els professionals del centre. D'aquí que en aquest punt concret de la memòria del pràcticum hi hagi molta tasca combinada amb recerca bibliogràfica, i que m'ha permès de conèixer, en molta més profunditat: a) gran part de les tipologies dels trastorns que he anat observant, b) moltes de les estratègies que he pogut copsar de les meves tutores i que he cregut veure com han anat desenvolupant en cada una de les seves visites, així com c) la correcció de diferents tests, dels quals he procurat anar-los esgrunant per tal de conèixer i aprendre'n els intrínsculs específics de les seves correccions.

És per això que aquest apartat està estructurat de manera que, en cada una de les dues àrees per separat, s'exposa les diferents tasques que, com a estudiant en pràctiques, he anat treballant al llarg de tots aquests dies, sense tenir en compte la temporalitat de les mateixes, sinó el treball global final que he pogut dut a terme i que està separat en subapartats molt més específics i concrets.

4.7.1 Àrea infanto-juvenil

En totes les sessions pràctiques que he portat a terme en aquesta àrea de treball no he estat present en cap visita o sessió de treball a nivell individual, i en canvi sí he pogut treballar en sessions clíniques específiques de teràpia grupal amb nens d'entre 7 i 10 anys diagnosticats de TDAH.

L'organització i temps emprat en aquesta àrea m'ha permès de dedicar-me a diferents tasques bibliogràfiques específiques, mitjançant les quals he procurat assolir els coneixements teòrics necessaris per a treballar amb els principals tests que s'utilitzen en les avaluacions clíniques infanto-juvenil, i això m'ha permès d'interpretar els resultats de les diverses proves que s'havien administrat a nois i noies, i elaborar diferents informes psicològics.

4.7.1.1 Sessions de Teràpia Grupal amb infants d'entre 7/10 anys diagnosticats de TDAH

Una de les tasques més interessants amb les que he pogut compartir experiència pràctica han estat les sessions grupals amb nens als quals se'ls ha diagnosticat TDAH. Les primeres sessions les vaig fer com a co-terapeuta, acompanyant a la meva tutora, i a mesura que avançaven les setmanes vaig poder anar conduint diferents parts de la teràpia, fins que les darreres sessions em vaig veure tot sol duent a terme la sessió sencera. Ha estat moments emocionants, encara que també plens de responsabilitat.

Aquestes sessions segueixen un programa específic, establert i dissenyat pels professionals del CSAM per a nens que presenten aquesta patologia de TDAH, i estan planificades per a treballar, durant dos cursos acadèmics, els hàbits i els estats emocionals davant els quals han de fer front aquests nens en les seves activitats de la vida diària. S'intenta motivar-los i educar-los en l'ús de determinades habilitats

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

cognitives i socials per tal que puguin millorar la seva conducta davant de determinades circumstàncies.

Es treballa a partir d'un manual que està basat en l'obra de Daniel Goleman^{vi}, "La Intel·ligència Emocional", i "La pràctica de la Intel·ligència Emocional".



Daniel Goleman. "La Inteligencia Emocional". (1996) Plaza edició: BARCELONA



Daniel Goleman "La práctica de la Inteligencia Emocional". (1999). Plaza edició: BARCELONA

En el manual hi ha les diferents tasques que s'han de treballar durant aquests dos cursos, trobant-nos amb el primer any si obrim la llibreta per la primera pàgina, i amb el segon any si l'obrim des de la darrera pàgina.



Llibre/Manual per a treballar en les sessions de Teràpia Grupal amb infants d'entre 7/10 anys diagnosticats de TDAH



4.7.1.2 Proves d'Avaluació.

4.7.1.2.1 *Conceptes generals, correcció i interpretació de l'escala d'intel·ligència de Wechsler per a nens (WISC-IV).*

Al llarg de diferents sessions vaig poder aprendre, a nivell teòric, com es corregia el test en qüestió, mitjançant l'observació de diferents models que em va proporcionar la tutora, uns de corregits i altres no, els quals vaig poder dur a terme jo mateix aquesta correcció i la seva posterior valoració.

Un d'aquests tests serà analitzat i àmpliament explicat en l'apartat de "Seguiment de casos específics", unes pàgines més endavant, amb el nom de:



Cas AAA

El Wisc-IV agrupa les aptituds en quatre àrees globals: l'índex de Comprensió Verbal (CV), que mesura l'aptitud de tipus verbal; l'índex de Raonament Perceptiu (RP), que implica manipular materials físics o el processament d'estímuls visuals per a resoldre problemes no verbals; l'índex de Memòria del Treball (MT), que mesura la memòria a curt termini; i l'índex de Velocitat de Processament (VP), que aprecia l'eficiència del procés cognitiu.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



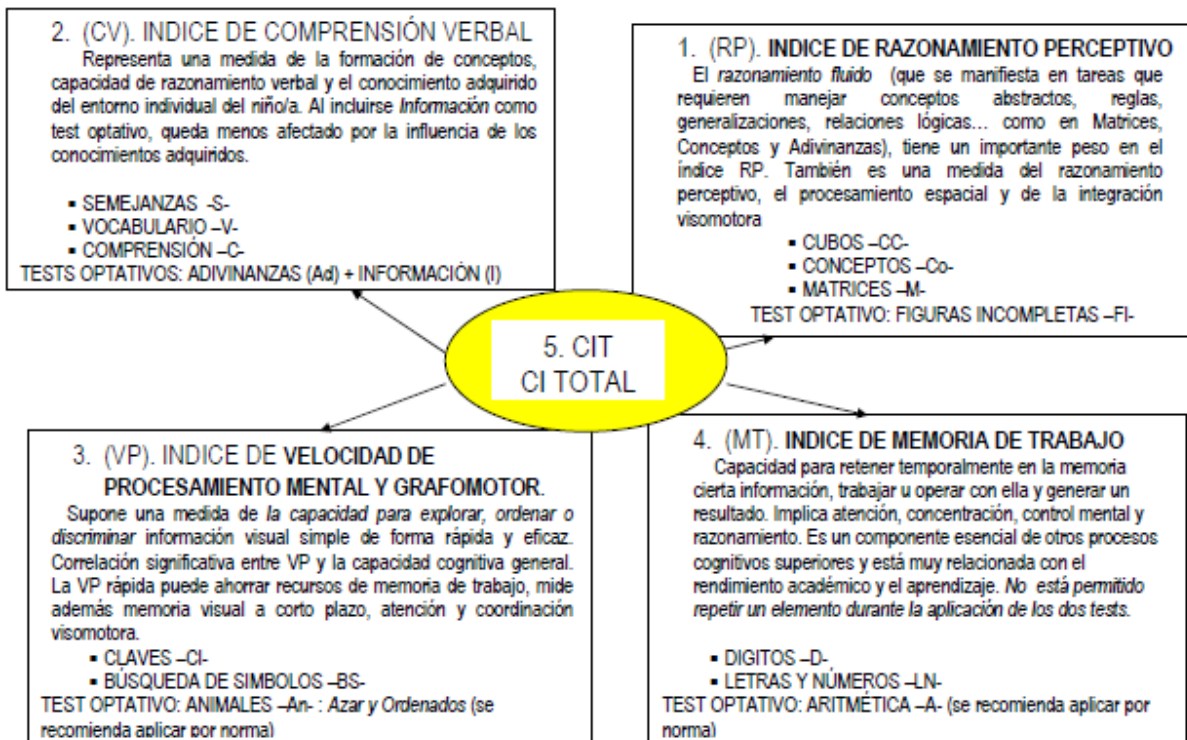
WISC-IV – Escala d'intel·ligència de Wechesler per a nens

Correcció i interpretació de les puntuacions escalars:

Per dur a terme la correcció d'aquest test hem de tenir present algunes observacions que ens permetran d'interpretar, o no, les diferents variables (CV, RP, MT, VP) del Coeficient d'intel·ligència total, en funció de les puntuacions obtingudes:

- Si les puntuacions escalars obtingudes de cada una de les variables del CIT, arrel de la conversió de les puntuacions directes, mantenen una diferència inferior als 5 punts, sense tenir en compte les puntuacions d'entre parèntesi, aleshores les diferents variables poden ser interpretades.
- Si en les puntuacions escalars d'aquestes variables hi observem una diferència superior a 5 punts, aleshores considerem que aquesta variable és "no unitària", és a dir, que no podem fer-ne una valoració global, sinó que hem de procedir a analitzar cada un dels constructes que la conformen per separat.

Cuadro 1. Puntuaciones compuestas o índices del WISC IV y sus respectivos subtests



Begoña G. Larrauri (2008). Document de recolzament en la Descripció i interpretació del Wisc-iv. Curs provincial d'avaluació i intervenció psicopedagògica CFIE Valladolid II.

Correcció i interpretació de les puntuacions compostes:

Per tal de dur a terme una adequada tasca de correcció del test hem de tenir present que la diferència màxima entre les diferents puntuacions compostes no pot ser mai superior als 23 punts, ja que aleshores hauriem de considerar que el CIT no es pot interpretar.

Quan ens trobem en una situació en la qual aquesta diferència estigui pel damunt dels 23 punts, aleshores haurem de cercar un nou valor, vàlid i fiable, en l'Índex Cognitiu General (ICG), a la taula de puntuacions específica del manual d'aplicació i correcció del WISC-IV, que es trobi entre els nivells de confiança amb els que estem treballant (85% o 95%)

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

4.7.1.2.2 **Conceptes generals, correcció i interpretació de Inventari Clínic per Adolescents de Millon (MACI).**

Aquest és un altre dels tests fonamentals que sol administrar-se als adolescents. És un instrument d'avaluació clínica, d'acord al model teòric de Th. Millon, i que ens ajuda en el diagnòstic dels joves, a partir de l'anàlisi de diversos síndromes clínics. En aquest model es té en compte la personalitat i les seves possibles disfuncions, tot i que tenint molt present les complexes dificultats psicològiques, tant típiques, dels adolescents.

És un test breu, de 160 ítems, amb 31 escales empíricament validades, en les quals n'hi ha 4 que són índex de control, 27 que ens proporcionaran diversos prototips de la personalitat, i que van des de les diferents preocupacions expressades fins a una diversitat de síndromes clínics.



MACI – Inventari Clínic per Adolescents de Millon

El MACI s'autoadministra, essent el propi adolescent el qui, en el full de respostes que se li subministra, contesta a tots els ítems/qüestions, sense ajuda externa, i escollint l'opció, veritable/fals, que li sembli més oportuna.

Aquestes respostes que marcarà l'adolescent es ponderaran i la suma d'aquests ens proporcionarà la puntuació directa (PD) de totes les escales, a excepció de la l'escala X (Transparència), que és una combinació ponderada de les puntuacions directes de les 11 escales que van des de l'1 fins al 8B.

Amb l'excepció de l'escala de fiabilitat (W), la resta de les puntuacions directes (PD) passen a conformar un nou barem de puntuació, les Taxes Base (TB), una taula de transformació de les dades d'acord a l'edat i el sexe de l'adolescent.

Les diferents escales (27), tal i com s'ha esmentat anteriorment, van agrupades en tres seccions: Els Prototips de la personalitat, les Preocupacions expressades i els Síndromes clínics. Aquests agrupaments ens serviran per expressar el codi personal (números i lletres) de cada subjecte, separats cada un d'ells per dues barres inclinades (//), que aniran precedides per les diferents escales, acompanyades de diversos signes. Les puntuacions TB => de 85 aniran seguides de dos asteriscs (**), les puntuacions TB d'entre 75 i 84 estaran acompanyades d'un asterisc (*), i les puntuacions d'entre 60 i 74 seran prèvies a les dues barres inclinades (//) de cada un d'aquests agrupaments. Les puntuacions > de 60 no formaran part d'aquests codi personal, i s'indicaran amb un guió (-) en cada un dels apartats de cada agrupament.

Per exemple, en un dels tests administrats a una noia d'entre 16 i 19 anys vàrem obtenir el següent codi personal:

`-**3*6B16A//--**-*FCE//--**-*AACDDFF//`

D'on es desprèn que l'únic valor que destaca en excés és la submissió(3), amb un valor de 76, dins de la secció dels Prototipus de la personalitat, encara que també s'observen puntuacions altes en moltes altres escales

En aquest cas el manual ens descriu les persones que puntuen alt en aquesta escala com a "*persones que solen ser bondadoses, sentimentals i amables en les seves relacions amb els demás.../... eviten prendre la iniciativa o assumir el rol de líders.../... mostren*

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

un comportament subjugat i temen les separacions.../... minimitzen els seus assoliments i infravaloren les seves capacitats"

En el cas d'aquesta noia, i seguint amb els Prototipus de personalitat, també hem de tenir present l'elevada puntuació en introversió (63), revel·lia (61) i rudesia (64). Aquest perfil ens dona el prototipus d'una persona amb un grau d'obstinació i impaciència, que presenta un comportament rebel i poc sociable, especialment amb les persones que ostenten l'autoritat (mestres o pares), encara que molt dependent dels altres, i evitant de prendre la iniciativa en qualsevol situació.

A aquesta primera valoració li hem d'afegir altres àrees vitals que també són problemàtiques per a ella, com són la indiferència respecte del benestar dels altres (F 71), descontentament amb el propi cos (C 23), i tristesa pel rebuig dels seus companys/es (E 63) dels quals ella cerca desesperadament la seva aprovació, però que és incapaç d'obtenir-la.

Tant aquesta personalitat de la noia, com la problemàtica que presenta en aquestes àrees específiques, s'acompanya d'una simptomatologia clínica a tenir en compte, i que fa necessària la intervenció terapèutica d'un professional, per a que intenti reconduir el seu propi comportament, amb trastorns alimentaris (AA 69), predisposició a situacions de violació dels drets dels altres i de delinqüència (CC 65), alta impulsivitat amb poc control dels seus impulsos sexuals i d'agressivitat (DD63), i amb marcada desesperança envers del futur, manca d'autoconfiança i marcats sentiments de culpa (FF 62).

4.7.1.2.3 Conceptes generals, correcció i interpretació del 16PF-APQ, Qüestionari de Personalitat per Adolescents.

Estem davant d'un dels qüestionaris de personalitat de Raymond B. Cattell, adaptat per a adolescents, i que s'aplica, preferentment, a subjectes d'edats compreses entre els 12 i els 19 anys, encara que, a conveniència del professional, també pot aplicar-se a joves d'entre 10 i 11 anys o de més de 19, considerant el nivell lector d'aquests, així com la dotació cognitiva i els tipus d'experiències personals d'aquests individus.

És un qüestionari que la seva administració pot comportar una mitja d'entre 45 i 60 minuts, ja sigui a nivell individual o col·lectiu, i mitjançant el qual obtindrem setze trets o escales primàries, cinc dimensions globals de la personalitat, tres mesures d'estils de resposta, sis preferències ocupacionals i algunes escales de tipus clínic sobre problemes quotidians.



16PF-APQ – Qüestionari de Personalitat d'Adolescents

És important de tenir present el nivell de lectura i comprensió d'aquests dels subjectes als quals se'ls administra el test, ja que en cas que aquests nivells siguin deficitaris, aleshores es pot optar per a la lectura, per part del qui aplica el test, de les qüestions en veu alta.

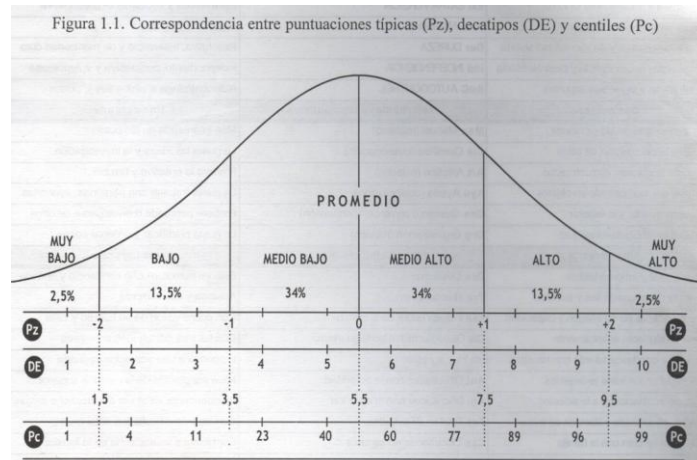
Actualment les respostes del APQ es corregeixen i puntuen mitjançant processos mecanitzats i automatitzats, a través dels quals n'obtenim les puntuacions directes i les transformades de totes les escales, així com les dimensions globals i el perfil gràfic.

Aquest perfil ens ve donat en puntuacions centils (PC), on el perfil promig està identificat a banda i banda del punt central (50), entre els centils 30 i el 70, on hi ha comprès el 40% de la mostra de baremació de la població. Si un dels punts del perfil es situa fora d'aquesta baremació, trobant-se > del percentil 10 i < del percentil 90, aleshores estarem parlant que aquesta escala concreta destaca de forma moderada, i si la

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

puntuació supera els límits centils de 10 i 90, aleshores es considera que aquest pol destaca significativament alt o baix de la variable.



J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

La tècnica base de la investigació original és l'anàlisi factorial, les dimensions globals del test són factors secundaris, les escales de la personalitat són factors primaris, les preferències venen donades en una escala ordinal, i les dificultats són escales de contingut.

Alhora de fer qualsevol interpretació psicològica cal tenir present: Què significa que un subjecte sigui una persona amb aquest tipus de resposta i amb aquests tipus de context?

Per tant, la millor interpretació del test hauria de fer-se seguint la seqüència següent:

1. Interpretació dels "Estils de resposta":

Aquestes escales tenen com a finalitat el ser unes senyals d'alerta davant de possibles sesgues en les contestes de l'examinand, cosa per la qual, si s'obtenen puntuacions extremes en alguns d'aquests índex, aleshores es podria, fins i tot, desestimar els resultats de l'examen actual i haver de repetir-lo.

MI. Manipulació de la imatge.

En essència és una mesura de desig social. Una puntuació elevada suggereix respostes socialment desitjables (encara que també adaptacions intel·ligents a les demandes de l'entorn, així com una peculiar manera de ser del subjecte en un determinat grup social), i una puntuació baixa apunta a un desig per part del subjecte d'admetre trets o conductes socialment no desitjables.

Rb. Respostes en blanc.

Quan hi hagi més de dues respostes en blanc, els resultats han de reconsiderar-se, ja que l'examinand podria haver intentat rebutjar/evitar determinats continguts o reaccions extremes a aquests continguts, o també dificultat en la comprensió lectora i/o intenció d'evitar donar una mala impressió.

Rc. Respostes centrals.

És molt probable que donar moltes respostes centrals sigui una forma d'eludir la presa de decisió entre alternatives extremes, així com també manca d'atenció als continguts de la frase, inconsistència, indecisió, etc.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

2. Interpretació de les "Dimensions globals".

El professional, abans de començar a examinar cada una d'aquestes cinc dimensions globals, hauria d'atendre dos aspectes generals del perfil com són el nombre d'apunts i la congruència de les escales implicades en elles. Així si en un perfil hi ha molts apuntaments (decapitus extrems –menors o iguals a 3,5 i superiors o iguals a 7-), això ens suggerirà una major peculiaritat de la personalitat del subjecte.

I per altre part, el professional haurà d'estar atent a les incongruències aparegudes en determinades escales, ja que podria identificar-se altres combinacions menys esperades i elaborar hipòtesis sobre possibles expressions de conflicte en la vida personal del subjecte.

Per exemple, tenim que si una persona presenta alta la dimensió Extraversió, i totes les escales implicades son congruents amb aquesta tendència, el més probable és que aquest subjecte orienti el seu comportament cap a altres persones de manera consistent. Però si la persona extravertida puntua extravertida en algunes de les escales implicades, i introvertida en altres, aleshores pot ser que aquest individu presenti conflictes interns per a actuar amb ambivalència en diferents situacions.

O en el pol oposat, si per exemple una persona amb tendència Introvertida, que presenti una baixa Afabilitat (A-), amb una puntuació mitja en F (Animació) i en H (Atreviment), i alta en Q2 (Autosuficiència), aquesta persona podria ser reservada, seria i autosuficient, però no tímida; i si no presenta signes d'ansietat o manca de confiança, aquesta persona es trobarà a gust amb la seva Introversió.

EXTRAVERSIÓ

L'Extraversió està orientada envers de la participació social, on la persona extravertida sol orientar-se envers les altres persones, buscant relacionar-se amb elles; mentre que l'Introvertit tendeix a una menor sociabilitat i és menys obert, ja que dedica més temps a estar amb ell mateix que no pas amb la resta.

Según los principales componentes se define una persona...

<i>Introvertida</i>	<i>frente a</i>		<i>Extravertida</i>
Autosuficiente	Q2+	Q2-	Seguidora, integrada
Calculadora, privada	N+	N-	Llana, natural
Suspica, escéptica, cautelosa	L+	L-	Confiada, acogedora
Seria	F-	F+	Animosa
Reservada	A-	A+	Afable
Tímida	H-	H+	Atrevida, emprendedora

J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

Puntuacions extremes en el pol alt de la dimensió es relacionen amb la insatisfacció en treballs solitaris, tenen una forta necessitat de contacte interpersonal i recolzament, i una tendència a confiar en els altres, cercant la seva atenció. Puntuacions baixes extremes es relacionen amb suspicàcia, retraïment o evitació del contacte interpersonal.

Hi ha una elevada connexió entre Extraversió i Desitjabilitat social/Manipulació de la imatge

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

La Extraversió pot incloure les conductes pròpies de una inclinació a manifestar els sentiments i alhora mostrar-se empàtic.

És probable que en la Extraversió intervinguin aspectes de diversió, flexibilitat i tolerància.

Per la part baixa del pol, la Introversió recull les qualitats oposades: poca sociabilitat i baixa flexibilitat. A vegades s'associarà a independència de pensament i tendència a pensar i deliberar.

ANSIETAT

Les persones que puntuen extrem en preocupació/aprensivió (O+), reactivitat (C-), tensió/impaciència (Q4+) i vigilants (L+), així com en obertura al canvi (Q1-) especialment en les dones, presenten trets d'ansietat i poden tenir dificultats per a controlar les seves emocions o reaccions i poden actuar amb conductes contraproductives.

Hi ha una elevada relació entre desitjabilitat social i l'ansietat.

Según los principales componentes se define una persona...

<i>Ajustada</i>	<i>frente a</i>		<i>Ansiosa</i>
Segura	O-	O+	Aprensiva
Emocionalmente estable	C+	C-	Reactiva
Relajada	Q4-	Q4+	Tensa, impaciente
Confiable	L-	L+	Vigilante, suspicaz

J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

DURESA

Una persona dura tendeix a ser objectiva (I-), reservada (A-), tradicional (Q1-) i pràctica (M-). Les persones extremadament dures no solen obrir-se a altres punts de vista, ni a persones especials ni a noves experiències.

Según los principales componentes se define una persona...

<i>Receptiva</i>	<i>frente a</i>		<i>De mentalidad dura</i>
Sensible	I+	I-	Objetiva, utilitaria
Afable	A+	A-	Reservada
Abierta al cambio	Q1+	Q1-	Tradicional
Abstraída	M+	M-	Práctica

J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

En el pol oposat, les persones receptives solen ser sensibles (I+), obertes als canvis (Q1+) i abstretes (M+). Tot i que també cal tenir present que aquest subjecte receptiu no sigui massa pràctica ni objectiva davant de determinades situacions.

INDEPENDÈNCIA

La independència gira al voltant de la tendència a ser actiu i enèrgicament determinat amb els pensaments i accions d'un mateix.

En l'APQ aquesta Independència pot presentar-se com inflexible i dominant en les seves relacions amb altres persones, resultant poc confortables o ineficaces davant de situacions que impliquin la necessitat d'acomodar-se als demés.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Según los principales componentes se define una persona...

<i>Acomodatícia</i>	<i>frente a</i>		<i>Independiente</i>
Deferente	E-	E+	Dominante
Típica	H-	H+	Atrevida
Cohibida	F-	F+	Animada
Confiada	L-	L+	Vigilante
Tradicional	Q1-	Q1+	Abierta al cambio
Paciente	Q4-	Q4+	Tensa e impaciente

J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

En contrast amb les independents, tenim que les persones acomodaticies solen ser deferents, tímides, confiades i tradicionals, sense capacitat de qüestionar amb qui o què es troben pel davant. Tot i que cal tenir present que les persones que presenten aquest perfil solen resultar poc confortables i ineficaces davant de situacions que requereixin autoexpressió, assertivitat o persuasió. Aquesta acomodació podria estar relacionada amb el desig d'evitar el dany o l'ansietat.

AUTOCONTROL

La persona que puntua alt en aquesta escala és capaç d'inhibir els seus impulsos de varies maneres, en funció de l'estructura de les escales primàries implicades.

Según los principales componentes se define una persona...

<i>Desinhibida</i>	<i>frente a</i>		<i>Autocontrolada</i>
Tolera el desorden	Q3-	Q3+	Perfeccionista
Inconformista	G-	G+	Atenta a las normas
Abstraída	M+	M-	Práctica
Abierta al cambio	Q1+	Q1-	Tradicional
Fria	A-	A+	Atenta a los demás
Animosa	F+	F-	Seria

J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

Les persones desinhibides solen atendre a les seves pròpies urgències, encara que en situacions que exigeixin autocontrol poden tenir dificultats per a reprimir-se.

3. Interpretació de les "Escala primàries".

Per tal de comprendre i entendre bé les escales primàries, el professional haurà de tornar una i altre vegada a reflexionar sobre tots i cadascú dels punts que facin referència a aquestes escales: els índex de fiabilitat, les formes de les distribucions de freqüències, la quantia de les errades típiques de mesura, les correlacions amb altres escales o variables, ...

El professional ha d'observar el perfil primari en tot el seu conjunt per tal de veure el seu nombre d'apuntaments i la forma general del perfil, ja que quan més gran sigui en

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

nombre d'apuntaments (crestes o valls) d'un perfil, més característica serà la personalitat del subjacent.

En una mostra total, la majoria dels cassos tenen entre 4 i 8 apuntaments (presentar un perfil pla, sense apuntaments, és poc freqüent). Un 9% d'homes i un 5% de dones presenta un perfil amb més de 9 apuntaments, i entre aquests hi ha subjectes amb personalitats veritablement distintiva.

Si una persona presenta pocs apuntaments (de perfil aplanat) és molt probable que tingui puntuacions altes en RC (respostes centrals), i si no fos així, podria haver-se donat el cas d'haver respost de forma inconsistent als elements d'una determinada escala.

Una altre tipus d'examen global seria més holística i tentativa, determinant la forma general del perfil. Si fem una ratlla en aquestes escales primàries fins a la H, i des de la I, partint-les més o menys per la meitat, si la meitat superior té més apuntaments alts (+), i la meitat inferior més apuntaments baixos (-), és indicatiu d'un perfil més positiu o socialment més desitjable. La tendència general és una línia inclinada lleugerament cap a la dreta. Si ens trobem amb l'inrevés (més apuntaments alts a la part inferior, o la línia inclinada cap a l'esquerra) es suggereix la possibilitat d'un perfil menys desitjable en la persona.

Així doncs, en la interpretació d'un perfil, el professional ha de buscar possibles conflictes i considerar hipòtesis plausibles per a la seva solució. És més, si les dades resultants es comenten amb el pacient, la conversa amb aquesta pot aportar noves dades.

AFABILITAT (A)

En els extrems es descriu a una persona ...

Freda, impersonal i distant	A-	A+	Afable, càlida, generosa i atenta als demés.
-----------------------------	----	----	--

La tendència que va des de ser una persona social i interpersonalment reservada fins estar càlidament implicada amb els demés, amb dos pols són normals.

La persona (A-) reservada sol ser cauta en les seves implicacions i contacte; li sol agradar el treball en solitari, i sovint aquest és de tipus mecànic, intel·lectual o artístic. Les persones (A+) afables, solen tenir més interès en les persones, i prefereixen ocupacions en les que intervinguin persones i se sentin còmodes en situacions que demandin apropament personal.

La conducta A+ és socialment més desitjable; de fet, la correlació amb MI és positiva. Encara que una puntuació molt alta indica que l'aspecte desitjable de l'Afabilitat representa una dependència extrema de persones i de relacions íntimes. I en aquest cas pot sentir-se poc còmode en situacions en les que les relacions personals són poc accessibles.

Les dones són lleugerament més destacades com a A+, més càlides i atentes amb els demés.

L'escala d'Afabilitat (A+) contribueix a la dimensió d'Extraversió juntament amb Animació (F+), Atréviment (H+) i els pols baixos de Privacitat (N-), Vigilància 8L-) i Autosuficiència (Q2-). És a dir, està relacionada amb la cerca d'aproximació als demés que sol tipificar l'Extraversió.

Una persona reservada, és a dir el pol baix d'Afabilitat (A-) també contribueix a la dimensió de Duresa, juntament amb l'esperit utilitari (I-), pràctic (M-) i tradicional (Q1-),

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

cosa la qual suggereix una personalitat inflexible i freda, consistent amb aquest pol baix d'Afabilitat.

Aquest pol baix d'Afabilitat (A-) també contribueix a la dimensió d'Autocontrol, junt amb el pol alt d'Atenció de les Normes (G+) i Perfeccionisme (Q3), i el pol baix d'Animació (F), Abstracció (M-) i Apertura al Canvi (Q1-).

RAONAMENT (B)

En els extrems es descriu a una persona ...

De pensament concret	B-	B+	De pensament abstracte
----------------------	----	----	------------------------

Aquesta és una escala que ha d'interpretar-se amb cautela. Encara que el Raonament no sigui un tret de personalitat, s'ha inclòs en el APQ perquè l'estil cognitiu modera l'expressió de la major part dels trets de personalitat. D'aquí que aquesta escala contingui diferents elements de raonament: verbal, numèric i lògic.

Una puntuació alta indica que el subjecte ha resolt correctament la majoria dels elements, mentre que una puntuació baixa assenyala a aquells qui escullen respostes incorrectes, ja sigui degut a poca escolaritat, a que està deprimat, ansiós o preocupat pels seus problemes. També podria ser degut a que presentés dificultats lectores o que l'espanyol no és la seva llengua materna. O fins i tot a manca d'atenció (en aquest cas les puntuacions de RC -Respostes centrals- poden aportar-nos dades més concretes.

ESTABILITAT EMOCIONAL (C)

En els extrems es descriu a una persona ...

Reactiva i emocionalment canviable	C-	C+	Emocionalment estable , adaptada i madura
------------------------------------	----	----	---

La persona que puntua alt sol anar per la vida controlant, amb equilibri i de forma adaptativa en els successos i les emocions. Una persona amb puntuació baixa experimenta una certa manca de control sobre la seva vida; tendeix a reaccionar contra ella en comptes d'adaptar-se activament a les alternatives que la vida li proposa.

L'escala C te una relació elevada amb la de Manipulació de la Imatge (MI). Presentar-se a sí mateix com a capacitat per a fer front a la vida és socialment desitjable, i admetre que un se sent incapacitat per a controlar els sentiments o per adaptar-se és socialment poc desitjable. Quan un examinand obté puntuacions molt baixes, està admetent de tenir sentiments poc desitjables.

En el cas d'una puntuació alta en C+, acompanyada d'una MI+, seria aconsellable determinar si l'examinand nega tot tipus de problemes, només per a presentar-se favorablement.

La reactivitat (C-) és un component principal de la dimensió Ansietat, juntament amb la Vigilància (L+), l'Aprensíó (O+), el pol baix d'Obertura al Canvi (Q1-) i la Tensió (Q4+). Els autors suggereixen que la percepció d'un sentiment d'incapacitat per adaptar-se a la vida i a les seves demandes contribueix a aquesta sensació d'ansietat.

L'Estabilitat (C+) presenta un major índex de relació amb l'Autoestima, i és simptomàtic d'una bona connexió amb unes bones defenses.

DOMINÀNCIA (E)

En els extrems es descriu a una persona ...

Deferent, cooperativa i que evita els conflictes	E-	E+	Dominant, assertiva i competitiva
--	----	----	-----------------------------------

Aquesta escala implica una tendència a exercir la voluntat d'un mateix sobre la dels demés (E+), en comptes d'acomodar-se als desitjos dels demés (E-). Va més enllà de la

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

simple assertivitat, ja que la Dominància serveix per subjugar els desitjos dels demés als propis.

La majoria de subjectes que presenten una puntuació alta en Dominància (E+) solen esforçar-se en manifestar els seus desitjos i opinions, i en aconseguir allò que volen. Solen sentir-se lliures per a criticar els demés i per intentar controlar la conducta d'aquests. Les persones que puntuen baix (E-) tendeixen a evitar el conflicte i solen sotmetre's als desitjos dels demés.

La Dominància (E+) és l'escala que més contribueix a la dimensió d'Independència, juntament amb l'Atreviment (H+), la Vigilància (L+), la Relaxació (Q4-) i Apertura al Canvi (Q1+). Per a ser independent les persones han d'esforçar-se en prendre decisions, ser assertives i intentar influir en els demés.

ANIMACIÓ (F)

En els extrems es descriu a una persona ...

Seria, cohibida i sol-lícita	F-	F+	Animada i espontània
------------------------------	----	----	----------------------

Una persona F+ és entusiasta, espontània i desitjosa d'atenció; és activa i donada a estimular les situacions socials. Una F+ extrema pot reflectir un aspecte capriciós, considerat com a immadur i poc fiable.

Les persones F- tendeixen a prendre's la vida més seriosament; són més callats o apagats, cuidadosos i menys donats a la diversió; tendeixen a inhibir la seva espontaneïtat, a vegades fins al punt de semblar reprimits o circumspectes.

L'escala F contribueix en el pol positiu de la dimensió d'Extraversió, juntament amb l'Afabilitat (A+), i l'Atreviment (H+), i els pols baixos de Privacitat (N-), Vigilància (L-) i Autosuficiència (Q2-).

ATENCIÓ A LES NORMES (G)

En els extrems es descriu a una persona ...

Inconformista, molt seva i indulgent	G-	G+	Atenta a les normes, complidora i formal
--------------------------------------	----	----	--

El grau en què les normes culturals del què és correcte/incorrecte s'han interioritzat, i s'utilitzen per a governar la conducta humana.

Una persona G+ tendeix a percebre's a sí mateixa com a seguidora de les regles, els principis i els bons modals. Alhora de prendre una decisió sempre pensa meticulosament en allò que és correcte i just. La persona G+ és perseverant, controla els seus impulsos, necessita de l'ordre i desitja influir en els demés.

Una persona G- pot tenir dificultats per ajustar-se a les normes i reglamentacions més restrictives. Presenta un comportament inconformista. Les persones amb aquest perfil diuen que la majoria de les normes s'han fet per no complir-les quan hi ha bones raons per fer-ho.

ATREVIMENT (H)

En els extrems es descriu a una persona ...

Tímida, temorosa i cohibida	H-	H+	Atrevida i segura en lo social i emprendedora
-----------------------------	----	----	---

L'escala d'atreuiment aporta el pes principal en l'equació de la predicció de l'autoestima.

Les persones amb puntuacions altes (H+) es consideren a sí mateixes atrevides i aventureres entre els grups socials, i mostren poc temor a les situacions socials.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Les persones que puntuen baix (H-) tendeixen a ser socialment tímides, cautes i vergonyoses; i se'ls fa difícil de parlar davant d'un grup de gent.

SENSIBILITAT (I)

En els extrems es descriu a una persona ...

Objectiva, gens sentimental i utilitària	I-	I+	Sensible, esteta i sentimental
--	----	----	--------------------------------

Les persones (I+) tendeixen a basar els seus judicis en gustos personals i valors estètics, recolzant-se en l'empatia i la sensibilitat alhora de fer les seves consideracions; mentre que les persones amb puntuacions baixes (I-) solen fer enfocaments més utilitaris, és a dir, mostren menys sentiments i atenen a l'operativitat de les coses i del treball.

VIGILÀNCIA (L)

En els extrems es descriu a una persona ...

Confiada, sense sospites i adaptable	L-	L+	Vigilant, suspicax, escèptica i previnguda
--------------------------------------	----	----	--

La persona que puntua alt (L+) creu que no és ben compresa o que els demés es poden aprofitar d'ella. Es veu diferent a la majoria. Per contra, les persones que puntuen baix (L-) solen esperar un tractament just i lleial, i creuen en les bones intencions dels demés.

ABSTRACCIÓ (M)

En els extrems es descriu a una persona ...

Pràctica, amb els peus a terra i realista	M-	M+	Abstreta, imaginativa i idealista
---	----	----	-----------------------------------

Les persones abstretes (M+) estan més orientades als processos mentals i a les idees que no pas als aspectes pràctics, reflectint una major intensitat de vida interior que no pas una projecció envers de lo ambiental. Per la seva banda, la persona pràctica (M-) s'orienta envers les sensacions, les dades observables i la realitat ambiental per a formar les pròpies percepcions.

PRIVACITAT (N)

En els extrems es descriu a una persona ...

Oberta, genuïna, plana i natural	N-	N+	Privada, calculadora, discreta i que no s'obre
----------------------------------	----	----	--

Aquesta escala està relacionada amb la dimensió Extraversió, i suggereix que aquesta obertura/tancament és part de l'orientació de la persona.

La persona N+ sol guardar-se els seus problemes abans que discutir-los amb els amics, ja que li resulta difícil de parlar sobre temes personals o que intímin massa amb ells. Per altre banda, l'individu N- sol parlar fàcilment dels seus sentiments i les seves respostes a qüestions personals solen ser amples.

APRENSIÓ (O)

En els extrems es descriu a una persona ...

Segura, despreocupada i satisfeta	O-	O+	Aprensiva, insegura i preocupada
-----------------------------------	----	----	----------------------------------

Una puntuació alta (O+) so, ser indicativa de persones que es preocupen per les seves coses i que tenen sentiments s'aprensió i inseguretat. Aquestes persones solen oferir una imatge social pobre, són sensibles i es preocupen molt per allò que han fet, se senten ferides si els demés n o els accepten i solen ser molt autocrítiques.

A l'altre pol hi trobem les persones O-, que solen mostrar-se segures, gens predisposades a l'aprensió ni dominades per sentiments inadequats. Són subjectes confiats i autosatisfets, encara que si aquesta puntuació és molt baixa, aquesta

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

autoconfiança pot venir d'una negació dels aspectes peyoratius del jo. La persona O- afirma que es preocupa menys que la majoria, que no el pertorba la no acceptació pels altres, ni és dels que rumia massa allò que hauria d'haver dit però que no ho ha fet.

OBERTURA AL CANVI (Q1)

En els extrems es descriu a una persona ...

Tradicional i enganxada a lo familiar	Q1-	Q1+	Oberta al canvi, experimental i analítica
---------------------------------------	-----	-----	---

El subjecte Q1+ sol pensar com millorar les coses i li agrada experimentar amb elles. Si observa que allò que hi ha no li satisfà o ho troba poc adequat, s'inclina pel canvi. I per contra, la persona Q1- preferix els modes més tradicionals i coneguts de veure les coses; no es qüestiona com estan fetes les coses i prefereix allò més familiar i fàcil de preveure, encara que aquesta forma de viure no sigui la ideal.

AUTOSUFICIÈNCIA (Q2)

En els extrems es descriu a una persona ...

Seguidora i que s'integra al grup	Q2-	Q2+	Autosuficient, individualista i solitària
-----------------------------------	-----	-----	---

La persona Q2+ és autosuficient, prefereix estar sola i prendre les decisions pel seu compte. Per contra, la persona Q2- està orientada envers del grup, prefereix estar envoltada de gent i li agrada fer les coses amb els altres.

Les puntuacions molt elevades de Q2+ poden passar per alt els aspectes interpersonals i les conseqüències de les seves accions. I en el pol oposat, les persones que estan excessivament orientades al grup (Q2-) poden resultar inefectives en situacions en què no sigui possible tenir ajuda, o quan els altres només ofereixin una direcció o consells molt pobres.

PERFECCIONISME (Q3)

En els extrems es descriu a una persona ...

Flexible, tolerant amb el desordre o les faltes	Q3-	Q3+	Perfeccionista, organitzada i disciplinada
---	-----	-----	--

Les persones amb puntuacions altes (Q3+) volen fer be les coses, solen ser organitzades, els agrada tenir les coses en llocs adequats i solen planificar-se. Són persones que els agrada, i s'hi toben be, davant de situacions organitzades i previsibles, resultant-los més dures aquelles que no puguin ser previstes. En situacions més extremes poden arribar a ser inflexibles.

Per contra, les persones Q3- deixen les coses que sorgeixin més a la seva sort, i se senten confortables en situacions sense massa ordre. Aquests subjectes poden ser considerades com a mandroses, desorganitzades i mancats de preparació.

TENSIÓ (Q4)

En els extrems es descriu a una persona ...

Relaxada, plàcida i pacient	Q4-	Q4+	Tensa, enèrgica, impacient i intranquil·la
-----------------------------	-----	-----	--

Les persones que puntuen Q4+ solen manifestar una energia incansable i es mostren intranquil·les quan han d'esperar-se. I les persones que tenen puntuacions Q4- solen sentir-se relaxades i tranquil·les, són pacients i no es frustraven amb facilitat; tot i que portant aquest baix nivell d'energia a l'extrem, poden provocar-los de no estar motivats.

4. Interpretació de les "Preferències ocupacionals".

Les preferències d'un individu van puntuades des del 0 fins al 5, que permeten una classificació per ordre d'importància de les preferències de l'adolescent.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Manual

Propi d'individus a qui els agrada treballar amb les seves mans, estan més interessats per les coses que per les persones i solen tenir una actitud pràctica davant de la vida. Algunes de les professions que s'adiuen aquest perfil són les de fuster, enginyer i/o granger, entre d'altres.

Científic

És propi de joves a qui els agrada les idees i la investigació. Aquests individus solen tenir un estil cognitiu racional i de curiositat intel·lectual, amb una activa vida interior. Alguna professió adequada a aquest perfil és la de biòleg, físic, analista de sistemes, metge de laboratori o director d'investigació.

Artístic

Similars als científics en la riquesa de vida interior, són persones creatives i flexibles, sense preocupar-se per les tasques més estructurades. Estil cognitiu creatiu i divergent, amb bona tolerància davant l'ambigüitat. Algunes professions pròpies d'aquest tipus són les d'artista, editor, actor o músic.

Ajuda

Propi de joves a qui els agrada molt d'estar amb persones i poder-les ajudar en alguna cosa. No s'interessen ni pels treballs amb objectes ni es creuen competents en la seva manipulació. D'estil cognitiu inductiu i interpretatiu. Solen bellugar-se en professions com les de professor, infermers, treballadors socials o orientadors.

Gestió o comerç

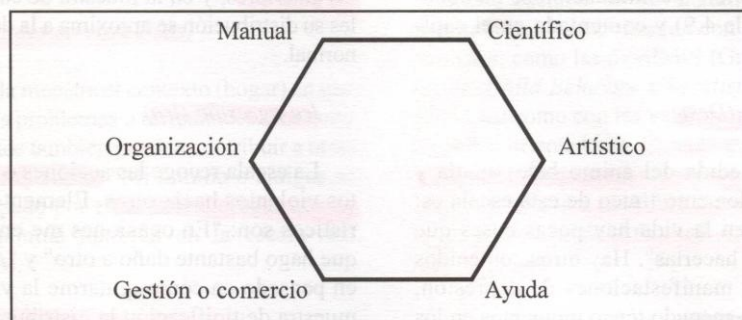
Proper a individus orientats a les persones, encara que no per ajudar-les, sinó per persuadir-les o per ser-ne responsables d'elles. Tendents a posseir dominància com a una meta significativa, a ser lògics, racionals i persuasius en el seu estil cognitiu. Solen dedicar-se professionalment a direccions i ventes.

Organització

Interessats en determinades activitats organitzatives, posar en ordre les coses i fer recomptes o inventaris. L'arquetip ocupacional és la d'administratiu bancari. Valoren positivament les activitats pròpies d'una oficina, i no els agrada l'ambigüitat o la inseguretat. Solen ser professionals oficinistes, caixers i/o secretaris.

Hi ha correlacions entre ells, d'aquí que els podem representar gràficament en un cercle o amb un hexàgon, essent major la similitud entre els perfils adjacents, i els tipus més diferents es representen en la seva diagonal oposada. També és important saber que la comoditat en els individus es reforça quan al seu entorn es belluguen persones amb característiques similars, o es fa més incòmoda quan es relaciona amb persones amb característiques dels pols oposats.

FIGURA 5.1 Estructura *circumplex* de las Preferencias ocupacionales



J.M.Schuerger. 16PF. Qüestionari de Personalitat per Adolescents. Manual.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Encara que és molt difícil de fer la valoració d'una persona sense haver-li pogut fer una entrevista prèvia, en aquests cas em centraré en "llegir" unes dades estadístiques que probablement em donaran un perfil de personalitat d'aquest jove i que s'hauria de contrastar amb entrevistes posteriors amb ell per a poder valorar cada una d'aquestes puntuacions, contextualitzar-les en la pròpia persona i l'entorn en què es desenvolupa la seva vida, i amb totes aquestes dades tindriem dades suficients per a fer un informe detallat de la personalitat d'aquest noi de 14 anys.

Pel què fa a les dades objectives podríem dir que:

Ens trobem davant d'un noi que presentaria una certa dicotomia entre aquella imatge que te davant dels altres i allò que realment sent que és.

S'observen uns trets acomodaticis, amb tendència a ser una persona cohibida, seriosa, confiada i tradicional, encara que presenta problemes de conducta i certa impulsivitat.

Tot i que presenta una alta afabilitat, també ens mostra un elevat tancament amb sí mateix, alhora que una forma de fer solitària i individualista, i una enorme inseguretat amb sí mateix. Combinació aquesta que ens donaria un perfil d'una persona mot insegura amb sí mateix i que cerca les relacions íntimes, ja que és dependent dels altres, i necessita que aquests l'acceptin.

Pel què fa a les seves preferències ocupacionals també ens mostra aquesta dualitat de perfils, amb bones puntuacions en manualitat i ajuda, d'estils cognitius (actitud pràctica i preferència per les coses, davant de la interacció amb les personas) pertanyents a pols oposats. Destaca la nul·la curiositat intel·lectual.

Estem davant d'un noi que presenta certa dificultat emocional, tant a nivell personal com social, amb escasses habilitats i actituds d'afrontament, i amb una pobre imatge de sí mateix. Probablement ens trobem davant d'un adolescent que, encara que ell se sent diferent de com es presenta davant dels altres, es retrau en presentar-se tal i com és per por al rebuig, cosa la qual fa que es deixi portar i es comporti davant del seu grup social d'acord a com ell creu que els demés volen que sigui, i això li provoca molts problemes personals, tant amb l'autoritat com amb determinades addiccions, i que aquests problemes afloren tant a l'àmbit escolar com familiar (casa).

4.7.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

4.7.2.1 Sessions Clíniques i Terapèutiques Individualitzades



Aquest fou el primer "nou" dia de pràctiques al centre, el qual va ser una nova presa de contacte amb la tutora d'aquesta àrea i amb el centre de pràctiques.

Aquest matí vaig poder assistir a un parell de sessions "de seguiment" amb pacients provinents de comarques, als quals se'ls va fer un control de com havia estat el darrer període, entre sessió i sessió, per a preveure les possibles recaigudes amb tasques d'afrontament i revisió d'algunes de les distorsions cognitives que encara eren més difícils de combatre.

Avançat el matí va ser hora de treballar davant un MMPI, des de la introducció de les dades a l'ordinador fins a la realització d'un petit anàlisi del mateix, basant-me en les puntuacions obtingudes pel subjecte de 21 anys, que no surt de casa des de ja fa més de dos anys, i al qual se li va administrar el test ara fa un parell de mesos. El treball que teòric amb aquest test es troba uns apartat més endavant.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



MMPI-2 – Inventari Minnesota Multifàsic de la Personalitat



En aquesta ocasió, acompanyant a la tutora, hem fet diferents visites a pacients afectats de diferents addiccions: al tarot, a les màquines escurabutxaques, al joc en general, a les drogues d'abús, etc.



Pautes a seguir en el **tractament del joc patològic**

Per altre banda, i aprofitant estonetes d'impàs vaig repassar el manual del test MMPI amb el que vaig començar a treballar la setmana passada, fent algunes primeres valoracions d'algunes de les diferents proves que ja havien estat administrades, amb anterioritat, a diferents pacients de l'àrea d'addiccions. I per tal de tenir els conceptes molt més frescos i al dia sobre els diferents trastorns de la personalitat, vaig decidir de dur a terme un petit treball de recerca bibliogràfica sobre els diferents patrons de la personalitat i els seus trets.



Els trastorns de la personalitat



En un altre moment vaig poder assistir a la visita de seguiment d'un individu jove, de 31 anys, que va ser derivat al CESAM, ara ja fa més d'un any, per patologia de compres compulsives i acumulació d'objectes col·leccionables a casa seva. A hores d'ara continua acumulant, ...però crèdits!, per quantitats importants, i que, quan la psicòloga li demana si la seva dona coneix aquests darrers moviments, ell diu que sí, que ja li va explicar que amb aquest darrer va integrar altres dos/tres en un de sol, allagant la data de devolució i permetent-los viure amb menys dificultats. El problema sorgí minuts més endavant, quan la dona entra a la consulta i la psicòloga contrasta, subtilment, la informació proporcionada pel pacient, ja que sembla ser que la seva dona no te massa informació d'aquests darrers moviments financers, tot i que no li dona massa importància al què diu el seu marit, ja que amb la quantitat de vegades que l'ha mentit, ara pràcticament ni se'l creu.

Fet i fet, durant la sessió i amb la mediació de la psicòloga, la parella arriben a l'acord que demà mateix aniran al banc a mancomunar els comptes corrents i llibretes d'estalvi per tal que ell no pugui disposar de diners sense que ella sàpiga, en tot moment, de quines quantitats s'ha disposat, i en què s'han gastat.



El perfil dels individus, no tots però si un elevat nombre d'ells, que sovint he tingut la sort de poder observar al llarg d'aquestes sessions, és el d'una persona que va arribar al centre amb alguna patologia d'addicció important, ja sigui única o dual, i que al llarg del període de temps en que han estat tractats la seva evolució ha millorat molt, avançant mica en mica en la "roda del canvi" de Prochaska i DiClemente, i fent ús del nomenat "Model sobre prevenció de recaigudes adaptat" de Marlatt i Gordon. La tècnica que es fa servir per a combinar ambdós models, de la forma més integradora possible, és l'"entrevista motivacional".



El Model Transteòric del Canvi, de Prochaska i DiClemente



El Model sobre Prevenció de Recaigudes Adaptat, de Marlatt i Gordon



L'Entrevista Motivacional

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Sortosament, molts d'aquests individus es visiten a l'apartat d'addiccions del centre de salut han aconseguit deixar enrere les temporades de consums constants i addictes, podent passar a formar part dels grup dels abstemis o no consumidors, encara que no pas sense enormes esforços, i alguna que altre recaiguda en la major part d'ells. Així moltes d'aquestes visites, que he pogut anar observant, són de seguiment de l'evolució del trastorn, especialment d'addicció al joc, que presentaven temps ençà.

A nivell més pràctic, la tutora m'ha proporcionat diferents pautes/registres (un control de despeses, un registre de les situacions d'alt risc per a la recaiguda, un registre de joc/no joc i un inventari de pensaments sobre el joc), com a elements/hàbits de control de la conducta de determinats individus.



Registre diari de **control de despeses**.



Registre de les **situacions d'alt risc per a la recaiguda**.



Registre diari de **Joc / No Joc**.



Inventari de **pensaments sobre el joc**.



Inventari de **situacions precipitadores de la recaiguda i l'estrès d'afrontament en el joc patològic**.

En altres moments, però, també ens trobem amb pacients que aconsegueixen reduir a zero la seva addicció al cannabis (durant 2/3 mesos), però que hi ha moments que estan amb moltes ganes de consumir. En aquests cassos se'ls recomana de seguir resolent aquesta situació tant complicada buscant alternatives, ja sigui per mitjans propis o per mitjans dels quals disposen les assistents socials del centre. En un d'aquests cassos observats, ell mateix ens comenta que el distreu molt, i que l'ajuda a sentir-se realitzat, les estones que passa treballant al centre de disminuïts psíquics d'Ampans, ja que això el manté ocupat i allunyat de "les temptacions consumistes".

Encara que també ens trobem amb pacients que presenten patologia dual, és a dir, un trastorn addictiu de drogues, conjuntament amb un trastorn de la personalitat.

En aquest cas estem parlant d'una persona adulta, però jove, que arriba a la visita de seguiment per addicció a les drogues. A mi m'ha semblat una persona emocionalment molt freda, amb idees obsessives i molt dependent del què diran i de les normes dels demés. Per la meua part jo li vaig comentar a la tutora que, a nivell de personalitat, l'emmarcaria dins del cluster A, i específicament dins de l'esquizotípia. En observar el seu historial complert, la tutora em diu que està diagnosticat d'esquizofrènia i amb diversos ingressos per l'aparició de brots psicòtics.



En una de les darreres sessions va arribar a la consulta un individu que presentava un quadre psiquiàtric força interessant, unit a una trajectòria de Depressió Major de fa més d'un any, i que està de baixa laboral des de l'Abril d'aquest mateix any. Tot i que seguia un procediment habitual de les visites de seguiment del centre, un cop finalitzada aquesta vàrem estar parlant amb la tutora de la singularitat del subjecte i de la patologia que presentava, li vaig fer esment de la meua idea de que a aquesta persona hauria de

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

poder-se-li fer una avaluació molt més detallada, i ella em va comentar si volia fer-li una avaluació neuropsicològica¹.

No vaig desaprofitar l'ocasió, i els resultats de la mateixa els presento per separat, de forma molt més ample i exhaustiva, en l'apartat de "Seguiment de casos específics", unes pàgines més endavant, amb el nom de:



Cas BBB

El primer que em vaig plantejar, després d'observar la visita d'aquest pacient, és que darrera d'aquesta aparent simptomatologia depressiva hi havia alguna cosa més, doncs presentava un alentiment cognitiu i d'expressió que no em va agradar. Moltes de les lectures bibliogràfiques que he dut a terme durant aquests darrers mesos fan referència a que hi ha demències que s'inicien amb una depressió, i això és el que vaig pretendre amb aquesta demanda de fer-li una avaluació neuropsicològica. La meva tutora també em va esmentar la conveniència d'administrar-li un test de personalitat per veure si aquesta conducta que presentava ja era endògena al propi pacient.

4.7.2.2 Sessions Clíniques Formatives



Molt sovint iniciem la jornada de treball amb l'assistència a una de les sessions clíniques obertes que es duen a terme, gairebé cada dimecres, al centre. En aquesta ocasió es tractava el cas d'una nena que presentava Síndrome d'Asperger, encara que pel què m'ha semblat veure, i sempre opinant sota una òptica poc entrenada com la meva, no molt acusada.

Pel què s'ha anat exposant durant la sessió no havia dut a terme, pràcticament mai, jocs en solitari, però pel què es veia a l'entrevista filmada i exposada, el seu comportament a dia d'avui entrava dins d'una "aparent" normalitat: S'observava una nena molt imaginativa, amb expressions directes i molt consistents. Ella no era coscient que allò que explicava que vivia eren imaginacions, sinó que ho vivia plenament, com si es tractés d'una autèntica realitat viscuda. Explicava que havia estat, en un moment donat de la seva infantesa, una "sirena", descrivint-ne perfectament la seva cua, i els sostents en forma de petxines i estrelles de mar. També descrivia altres moments d'aquesta infantesa, en els quals ella "ha estat una autèntica maga", tot i que "en públic" no li era possible de "fer els trucs".



Una imatge de què Althaia és una entitat viva i amb plantejaments de futur és aquesta sessió amb la què ens van sorprendre:

"El primer congrés bagenc dedicat a les alteracions de conducta"

És un congrés d'àmbit estatal que es portarà a terme en el marc incomparable de les instal·lacions de "Món Sant Benet", de Sant Fruitós de Bages. Aquesta ha estat una iniciativa conjunta de dues de les entitats bagenques més vives del moment, Althaia i Ampans, i que aconseguirà portar a Manresa destacats especialistes d'àmbit nacional i internacional, els dies 6, 7 i 8 de Maig de 2010.

El programa del congrés estarà basat en quatre grans eixos:

¹ La meva tutora està al corrent del Màster en Neurociències que estic acabant a la Universitat de Barcelona i de les practiques que he estat duent a terme, en un altre hospital de la capital catalana, on he estat fent avaluacions neuropsicològiques a pacients amb tot tipus de patologies neurodegeneratives

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

- La conducta i la discapacitat individual
- La conducta i la malaltia mental i les addiccions
- La conducta i el dany cerebral
- La conducta en la infància i l'adolescència



<http://www.congresconductabages2010.es/>



<http://www.althaia.cat/>



<http://www.ampans.cat/>



<http://www.monstbenet.com/es>



En una altre de les sessions clíniques que vaig poder assistir es va treure, de nou, un tema permanentment present en el món de la psicologia, i especialment en l'àmbit de les addiccions: L'addicció a l'alcohol.

La ponent va fer una magnífica exposició sobre el tema, en el qual va versar sobre:

1.- Bases neurobiològiques de consums de substàncies addictives, fent esment especial a l'hipocamp i la memòria de recompensa alhora de fer una conducta addictiva, a l'amígdala i la memòria emocional, i al còrtex prefrontal i la desinhibició de la conducta de consum degut a la disminució del control que pateix l'individu sobre aquesta conducta.

2.- El tractament, que segons ella s'ha de fer a tres bandes, a) intervenint en la disminució del reforç del consum, b) disminuint les respostes apreses, i c) reforçant el control frontal amb teràpia cognitiva.

3.- Aquesta tasca del tractament s'ha de fer des de tres àmbits molt específics, i de manera integrada amb eines pròpies de cada especialitat: a) des de l'àmbit social, mitjançant l'assistent social i la família del pacient, mitjançant l'atenció/orientació social i la gestió de recursos, b) el psicològic, a través dels psicòlegs amb teràpia motivacional, psicoeducació, teràpia cognitivo-conductual, teràpia de parella i prevenció de recaigudes, i c) de l'àmbit biològic, mitjançant el metge de capçalera i els psiquiatre per treballar la desintoxicació, la deshabituació i treballar la possible patologia dual existent.

4.- Ens proposava, també, procurar treballar la conducta addictiva en funció de la malaltia premòrvida existent, en funció de les creences adquirides del pacient, de les normes subjectives (tant de la família com de la parella d'aquest), i en funció de l'autoeficàcia.

Tot aquest treball, ens comentava la ponent, ha de servir, bàsicament, per què el pacient acabi sent capaç de controlar la seva conducta addictiva.

De totes maneres, en la sessió jo hi he trobat a faltar, pot ser, fer esment a una possible avaluació neuropsicològica, especialment a consumidors de llarga durada o consumidors crònics, *"els quals presenten un deteriorament neuropsicològic generalitzat amb marcats dèficits en les funcions motores, en la capacitat d'atenció i concentració, mancances senso-perceptives, visoespaciales, relatives al llenguatge i de memòria, així com en la*

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

capacitat d'abstracció"(Itziar Iruarrizaga, Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano. Universidad Complutense de Madrid).

Per altre costat també ens trobem amb diferents estudis duts a terme a subjectes alcohòlics en període d'abstinència, que esmenten haver-se trobat dèficits neurològics; però amb una variable molt interessant, que és el fet que a mesura que l'alcohòlic avança en el seu període d'abstinència, es podria produir una progressiva recuperació d'alguns d'aquests dèficits que presentava, a excepció que es presenti un alcoholisme de llarg plaç acompanyat de desnutrició, el qual acaba produint dèficit en les funcions mnèsiques i probablement l'aparició de la síndrome de Wernicke-Korsakoff.

De totes maneres, el que sí està clar és que *"la presencia de determinadas alteraciones neuropsicológicas puede ser un factor de vulnerabilidad al desarrollo de alcoholismo. Es decir, si la presencia de anomalías en circuitos cerebrales, que se manifestarían en alteraciones neuropsicológicas mensurables, podrían favorecer el desarrollo de procesos adictivos, en este caso adicción alcohólica."* M^a José Garrido, Sara Fernández Guinea. *Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. España.*



Itziar Iruarrizaga, Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano. "Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo". (2001). *Psicothema*, año/vol. 13 número 004. Universidad de Oviedo. Oviedo. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=481>



M^a José Garrido, Sara Fernández Guinea. "DÉFICIT NEUROPSICOLÓGICOS EN ALCOHÓLICOS: IMPLICACIONES PARA LA SEGURIDAD VIAL". 2003. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Garrido.pdf>



Tractaments psicològics en l'addicció a l'alcohol i la patologia dual



En una nova sessió, aquesta vegada impartida per l'infermer del centre, ens va exposar els protocols establerts per als Trastorns Mentals Greus (TMG infanto-juvenils).

Al llarg d'aquesta sessió se'ns va anar explicant quins eren els mecanismes oficials i els protocols establerts mitjançant el qual es treballaven els cassos dels infants/joves que arribaven al centre, derivats d'altres institucions, especialment centres escolars i centres pediàtrics de la zona d'influència del CESAM-Althaia.

Malauradament, el procés evolutiu d'aquests cassos diagnosticats solen ser de mal pronòstic, i tot i que n'hi ha algun que pot evolucionar positivament, encara que amb alguna seqüel·la, la major part d'aquests individus solen evolucionar, a partir de l'edat adulta cap al Trastorn Mental Sever.



Trastorn Mental Greu (TMG) i Trastorn Mental Sever (TMS)

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

4.7.2.3 Proves d'Avaluació.

4.7.2.3.1 *Conceptes generals, correcció i interpretació del WAIS-III, en la seva versió abreujada.*

Com que un s'inicia en el món de la psicometria, aleshores he cregut que una de les formes més pràctiques d'anar assolint els diferents coneixements, de com s'havia d'administrar el WAIS, era fent-me un resum de com el propi manual presentava la forma correcta i protocol·lària de com s'havia de dur a terme. Com que la seva versió sencera és molt llarga, i he observat que al centre s'administra moltes vegades la seva versió abreujada, m'ha semblat adequat de presentar aquesta darrera versió, per la seva limitació d'espai i perquè alhora ens proporciona una forma més comprimida de poder administrar el qüestionari i que pot ser interessant en determinats pacients:



WAIS-III – Escala d'intel·ligència de Wechsler per adults

Manual rápido de aplicación y corrección

Material necesario: Lápiz, hoja en blanco, cronómetro, lápices de colores.

Se introduce al paciente al examen diciendo: *Voy a pedirle que haga unos ejercicios, como decir el significado de ciertas palabras, o resolver problemas numéricos. Unos le resultaran fáciles y otros más difíciles. Lo normal es que no se terminen todos los ejercicios ni se hagan correctamente; usted esfuércese por trabajar lo mejor que pueda. ¿Tiene alguna pregunta?*

Si el paciente tiene preguntas no debe emplear nunca el término *inteligencia*. En su lugar se puede hablar de **un test que le ayudará a descubrir que tareas hace bien y cuales le resultan más difíciles**.

VOCABULARIO

Se empieza diciendo: *Ahora vamos a hacer algo diferente. Quiero que me diga el significado de algunas palabras. Escuche atentamente y dígame lo que significan las palabras que voy a decirle. ¿Está preparado?...*

La tarea del sujeto consiste en **definir oralmente una serie de palabras que el examinador leerá en voz alta**, al tiempo que muestra las tarjetas.

Se empieza por el elemento 4.

- Si el sujeto obtiene la máxima puntuación en los elementos 4 y 5 (2 puntos), se le concede esa puntuación a los elementos 1 a 3. Si el sujeto obtiene 0 o 1 punto en éstos elementos (4 y 5) se aplican los elementos 1 a 3 *en orden inverso* (3-2-1).
- Luego se continúa con el resto de los elementos hasta que se cumpla el criterio de terminación, hasta que el sujeto cometa **6 fallos consecutivos** (0 puntos). Entonces termina el ejercicio.

COMPRENSIÓN

Se empieza diciendo: *Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con situaciones de la vida cotidiana y con los valores sociales.*

Se empieza por el elemento 4.

- Si el sujeto obtiene la máxima puntuación en los elementos 4 y 5 (2 puntos), se le concede esa puntuación a los elementos 1 a 3. Si el sujeto obtiene 0 o 1 punto

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

en éstos elementos (4 y 5) se aplican los elementos 1 a 3 *en orden inverso* (3-2-1).

- Luego se continúa con el resto de los elementos hasta que se cumpla el criterio de terminación, hasta que el sujeto cometa **4 fallos consecutivos** (0 puntos). Entonces termina el ejercicio.

CLAVE DE NÚMEROS

CODIFICACIÓN

Se dobla el cuadernillo de forma que el sujeto sólo pueda observar la tarea de codificación de la clave de números.

Se inicia la prueba diciendo: *Al comenzar le dije que iba a realizar diversas tareas. Ahora, voy a pedirle que copie unos símbolos de tipo jeroglífico.*

La tarea consiste en **copiar una serie de símbolos que aparecen emparejados cada uno a un número. El sujeto deberá dibujar debajo de cada número el símbolo que le corresponda.** La puntuación obtenida vendrá determinada por el número de símbolos correctos dibujados en un **tiempo límite de 120"**.

Se empieza la prueba señalando el primer ejemplo y se le dice: *Mire aquí. Hay un 2; el 2 se corresponde con este símbolo (señalando la casilla del 2 con la clave de arriba) así que debe dibujar este símbolo en la casilla vacía, así. Se dibuja el símbolo en el ejemplo y hace lo propio con el nº 1.*

Después se le entrega un lápiz al sujeto y se le pide que haga lo mismo con los números restantes del ejemplo.

Cuando haya completado todos los elementos del ejemplo, se dice: *Ahora cuando yo se lo diga va a hacer lo mismo con el resto de las casillas. Comience aquí* (señalando la línea gruesa divisoria) *y rellene todas las que pueda, una a una, sin dejar ninguna en blanco. Yo le indicaré cuando debe parar.*

Colocando el dedo en la línea gruesa divisoria, se dice *¡Comience!* Y se pone en marcha el cronometro. Ordenándole que se detenga transcurridos los 120".

Para poder pasar a la prueba de aprendizaje incidental, deben completarse al menos 4 filas de números, por lo que a los 120" debe poner una marca sobre el último elemento completado y se le dejan unos segundos más para que pueda rellenar estas 4 líneas.

Para su corrección se usa la plantilla transparente para determinar el número de aciertos durante los 120".

SEMEJANZAS

Retomamos el cuadernillo y se inicia la prueba diciendo: *Ahora voy a leerle dos palabras, y usted tendrá que decirme en qué se parecen.*

En cada elemento se hace la pregunta y se escriben las palabras / definiciones que responda el sujeto.

Si la respuesta es ambigua o va seguida de una (P) en la lista de los ejemplos respuesta, se dice: *Dígame algo más,* o bien *¿A qué se refiere?*

Se empieza por el elemento 6:

- Si el sujeto obtiene la máxima puntuación en los elementos 6 y 7 (2 puntos), se le concede esa puntuación a los elementos 1 a 5. Si el sujeto obtiene 0 o 1 punto

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

en éstos elementos (6 y 7) se aplican los elementos 1 a 5 *en orden inverso* (5-4-3-2-1).

- Luego se continúa con el resto de los elementos hasta que se cumpla el criterio de terminación, hasta que el sujeto cometa **4 fallos consecutivos** (0 puntos). Entonces termina el ejercicio.

CUBOS

La tarea del sujeto reside en **reproducir con los cubos el dibujo modelo** que tienen en el lateral izquierdo de la página o que se le expone en imágenes individuales.

Hay un tiempo límite cronometrado por cada intento.

Se inicia la prueba por el dibujo 5:

- El examinador reproduce el primer dibujo ante la mirada del examinando y a continuación se le pide que realice la misma figura.
- Si realiza correctamente los dibujos 5 y 6 (**puede haber un segundo intento**) se le concede la máxima puntuación a todos los anteriores (1 a 4). Se sigue hasta que el sujeto cometa **3 fallos consecutivos**. Entonces termina el ejercicio.
- Si no se realizan correctamente los dibujos 5 y 6, entonces se trabajan los ejercicios anteriores en orden inverso (4-3-2-1). Pueden haber segundos intentos. Luego se continúa con el resto de los elementos hasta que se cumpla el criterio de terminación, hasta que el sujeto cometa **3 fallos consecutivos** (0 puntos). Entonces termina el ejercicio.

DÍGITOS

Consta de dos partes de aplicación independientes: Dígitos en orden directo y dígitos en orden inverso. En ambos casos, el examinador lee en voz alta al sujeto una serie de números que deberá repetir el examinando, unas series repetidas en el mismo orden, y otras series repetidas en orden inverso.

ORDEN DIRECTO

Se empieza diciendo: *Ahora voy a decirle algunos números. Escúcheme atentamente y cuando haya terminado, repítalos en el mismo orden.*

ORDEN INDIRECTO/INVERSO

Se empieza diciendo: *Ahora voy a decirle algunos números más, pero esta vez, cuando yo termine, quiero que los repita al revés, en orden inverso. Por ejemplo, si yo digo 7-1-9, qué deberá decir usted?*

Si responde bien deberá decirsele *Muy bien!*, y entonces se continúa con el intento 1 del elemento 1, y se sigue hasta que el obtenga **0 puntos en los dos intentos de un mismo elemento**.

Si no los dice bien, entonces se le dice: *No, debería decir 9-1-7. Ya que yo le dije 7-1-9, y usted debería haberlos dicho al revés, que es 9-1-7. Inténtelo de nuevo y recuerde que tiene que decirlos al revés: 3-4-8.* Aunque no lo responda bien, se sigue con el intento 1 del elemento 1.

INFORMACIÓN

El sujeto debe contestar oralmente a una serie de preguntas sobre información relacionada con sucesos o hechos comunes, objetos, lugares y gente.

Se empieza diciendo: *Ahora voy a hacerle algunas preguntas y usted deberá contestarlas.*

Se lee en alto cada pregunta (del manual de aplicación y corrección) tal cual aparece escrita en el manual.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Si la respuesta es incompleta, ambigua o va seguida de una (P) en la lista de respuestas, está justificado decir: *Dígame algo más*, o bien, *Explíquelo mejor!*.

Se sigue hasta que el sujeto **falle 6 elementos consecutivos**. Entonces termina el ejercicio.

Corrección de las puntuaciones obtenidas

Una vez obtenidos los resultados de la administración del test deberá hacerse un prorrateo de los mismos para obtener la puntuación correcta de los mismos, de acuerdo a las escalas completas del test.

El WAIS III completo tiene 6 escalas en el CIV y 5 escalas de CIM.

CIV: Se suman las 5 puntuaciones escalares (V, S, D, I, C) y se hace una simple regla de tres.

Por ejemplo: Si suman 63, entonces

63		5
x		6

Por lo que $(63 \times 6) / 5 =$ Puntuación escalar

Con la puntuación obtenida nos vamos a la página del manual (208) donde se encuentra la tabla de puntuaciones y obtendremos el CIV correspondiente a la puntuación escalar.

CIM: Se suman las 2 puntuaciones escalares (CN, CC) y se hace una simple regla de tres.

Por ejemplo: Si suman 25, entonces

25		2
x		5

Por lo que $(25 \times 5) / 2 =$ Puntuación escalar

Con la puntuación obtenida nos vamos a la página del manual (208) donde se encuentra la tabla de puntuaciones y obtendremos el CIV correspondiente a la puntuación escalar.

CIM: Se suman las 2 puntuaciones escalares (CIV + CIT) y con la puntuación obtenida nos vamos a la página del manual (212) donde se encuentra la tabla de puntuaciones y obtendremos el CIV correspondiente.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

5 SEGUIMENT DE CASSOS ESPECÍFICS

5.1 Àrea infanto-juvenil

5.1.1 Cas AAA

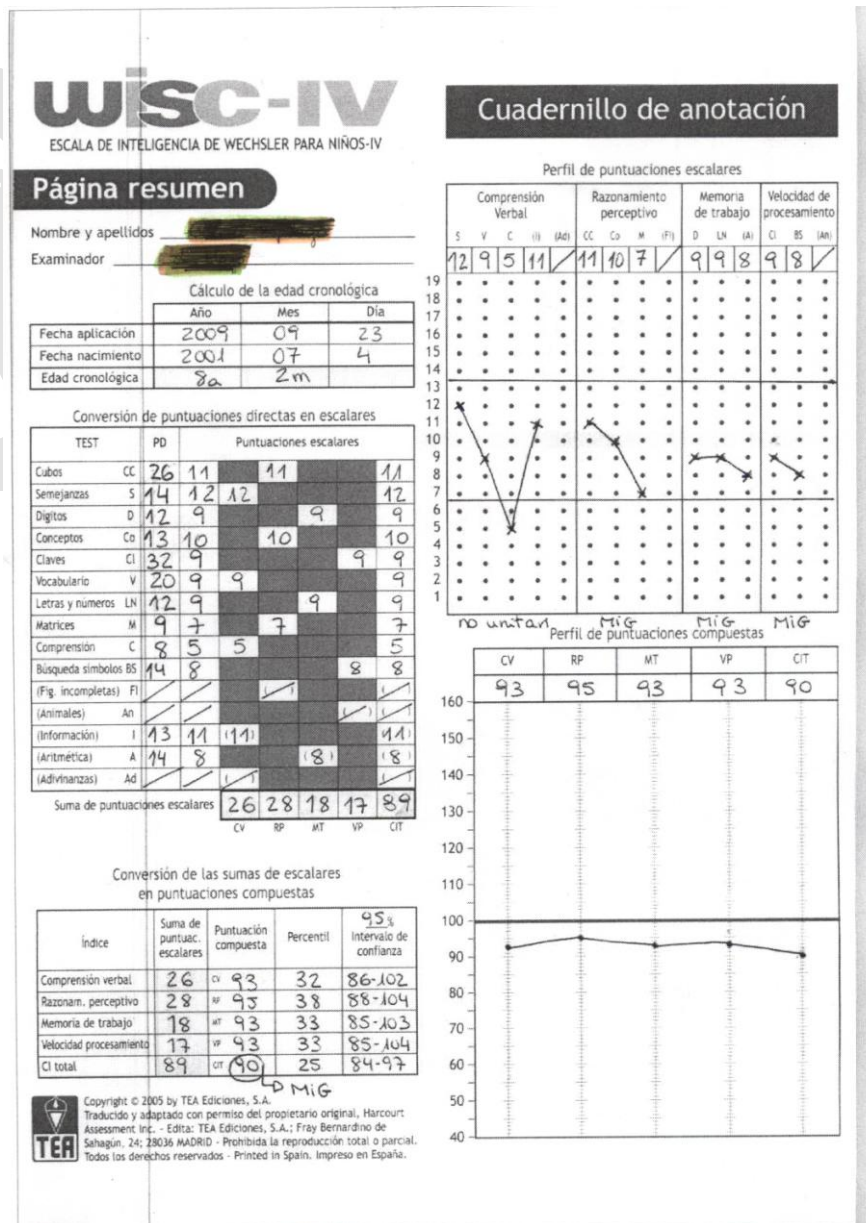
El pacient AAA, de 8 anys i 2 mesos d'edat, ha arribat a la consulta amb els seus pares per què aquests volen conèixer quin és el rendiment cogntiu del seu fill.

Per tal de conèixer el CIT de AAA se li administra el :



WISC-IV – Escala d'intel·ligència de Wechsler per a nens

Els resultats obtinguts són els següents:



Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Conclusions:

S'observa un CIT mig (90), molt homogeni amb la resta de puntuacions obtingudes, doncs els índex ens mostren una memòria de treball i una velocitat de processament mitges (93 ambdues), i lleugerament superior el raonament perceptiu (95). Pel què fa a la variable de comprensió verbal (CV), la diferència entre les escales que la conformen és >5, cosa que fa que aquesta hagi de considerar-se "no unitària", i el seu anàlisi ha de fer-se escala per escala. De les cinc que en conformen aquesta variable, destaca la comprensió (5), pel seu baix valor obtingut.

Un cop analitzats tots els valors obtinguts en l'administració del WISC-IV, s'observa un rendiment cognitiu mig, respecte dels individus de la seva mateixa edat, i dins la mitja poblacional de la majoria dels subjectes (el 68% dels examinats obté un CI d'entre 85-115, i un 96% de la població examinada està situada entre els 70-130).

Observem que tant la velocitat de processament com la memòria de treball presenten una puntuació mitja, cosa la qual és indicatiu d'un normal funcionament de la memòria a curt termini així com d'un procés cognitiu eficient. La retenció inicial de la informació, el seu processament cognitiu i la manipulació dels materials físics són els adequats, com ens demostra la puntuació obtinguda en la manipulació dels cubs (11), l'assimilació de la informació i processament cognitiu de les semblances (12) i dels conceptes (10).

Són significatives, per altre banda, les dificultats que presenta el pacient en les escales de matrius (7), i especialment en la de comprensió (5). Imprescindibles per al processament dels estímuls visuals per a resoldre problemes no verbals referents a l'observació i identificació de l'opció correcta a poder completar la matriu, en el cas de la primera escala, i per poder expressar-se verbalment de forma correcta i congruent, pel què fa a les experiències de la vida quotidiana, així com la capacitat de comportar-se de forma socialment adequada davant de determinats esdeveniments socials, en el cas de la comprensió.

I el meu diagnòstic final fou (sense haver-lo pogut observar ni entrevistar directament) *associar aquestes mancances que presenta el pacient a una excessiva rapidesa alhora de contestar algunes de les respostes a les qüestions que se li formulen, així com a una lleugera manca d'atenció en allò que està fent en determinats moments, cosa per la qual, treballant aquests aspectes puntuals (l'atenció sostinguda en el què està fent, que ens ajudaria a una millor codificació de la informació, i treballar la reducció de la impulsivitat de resposta, per tal que aquesta sigui més elaborada) s'aconseguirà una millora substancial en la capacitat cognitiva, i alhora del seu CIT.*



De fet, un cop fet aquest anàlisi del test, i exposades les conclusions, anteriorment esmentades, la tutora em fa una explicació més ample del cas, i em diu que és un pacient que no va començar a parlar fins a l'edat dels cinc anys, i al qual se li ha diagnosticat, des del CDIAP (abans dels quatre anys) un trastorn mixt del llenguatge receptiu-expressiu^{vii}.

Cosa per la qual, i després d'aquest exercici de correcció i anàlisi del WISC-IV, crec que s'ha de tenir molt present que amb la sola administració d'un o varis tests no és possible d'arribar a un diagnòstic certer, sinó que és molt important, imprescindible, l'entrevista clínica, amb la qual s'aconsegueix d'esbrinar molta altre informació que, massa vegades, no podem obtenir només amb la lectura freda i esbiaixada de les dades que ens proporcionen els diferents tests. Així, la globalitat de la informació que s'obtingui de un pacient s'ha d'integrar en un tot que és el què ens acabarà donant un bon perfil del subjecte i, mitjançant el qual, aconseguirem de "dur a terme/planificar" un treball específic per a cada individu en qüestió, ja sigui planificant una teràpia pròpia o una

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

teràpia consensuada amb recursos externs, en funció del lloc de procedència de l'infant, mitjançant l'EAP, logopèdia, mestres, família, i si s'escau també amb Seguretat Social.

5.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

5.2.1 Cas BBB

Home de 53 anys que ve derivat del psiquiatre de l'ambulatori per Depressió Major. Pren medicació antidepressiva i ansiolítica. Està de baixa laboral des de l'Abril d'aquest any 2009.

Te antecedents de mare amb simptomatologia depressiva i a nivell personal fou tractat de cefalea, fa uns 25 anys, en remissió clínica.

Arriba al Juliol i referix molèsties de sorolls, sentir el cap calent, com adormit, i amb una mena de formigueig a la zona occipital. Ha perdut 10 Quilos en 4 mesos. Pateix insomni de conciliació.

Al Setembre refereix idees passives de mort, tot i que sense especificació autolítica. Parla de somatitzacions. És derivat a psicologia.

A l'octubre, després d'alguna sessió, es destapa un problema de joc. Des de que està de baixa laboral aquest addicció va en augment i ell mateix refereix que és de "milers d'euros". Nega consum d'alcohol des de que pren psicofàrmacs. S'inicia teràpia, tant individual com grupal.

Durant la teràpia s'evidencia psicopatologia familiar complexa (s'evidencia un TOC en la seva parella). També minimitza el problema del joc amb les màquines escurabutxaques; però quan recau apareix a teràpia amb moltíssima patologia psicossomàtica.

Exploració Neuropsicològica

Resum de l'entrevista

Es realitza entrevista prèvia a l'Avaluació Neuropsicològica per a valorar l'estat cognitiu actual del pacient. Es mostra col·laborador i alerta, amb un contacte adequat. El seu aspecte és cuidat. Refereix que sí te memòria referent als temes d'"abans", però que a hores d'ara hi ha moltes coses de l'AVD de les quals es despista (hores concertades de metges, on ha deixat les claus, etc.). També fa esment que presenta molts moments d'ansietat, que hi ha moments en què li "puja un no se què des de l'estómac fins al cap" que no li passa fins que "explota amb la família més propera", o be se'n va a donar una volta. Hi ha moments, sobretot pel vespre, que aconsegueix superar aquesta angoixa menjant xocolata. També refereix que hi ha moments en què aquesta angoixa li fa tenir pensaments agressius, amb "ganes de matar algú", sigui qui sigui. Cap al final de l'entrevista presenta un quadre d'alteració de la conducta important, amb algun crit i plors, i amb referències a la necessitat de resoldre "això que m'està passant, ja que sinó en faré alguna de grossa". Tot i que no hi ha historial d'autòlisi, sí hi ha comentaris referents al suïcidi.

Refereix que en determinats moments, especialment al vespre, li molesten molt tots els sorolls, per petits que sigui, i que te el cap molt enterbolit, en l'HD, i que a la part parieto-occipital de l'HE li dona la sensació que li dona unes grans descàrregues elèctriques en les quals pot, fins i tot, veure les llums que aquestes li provoquen.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Proves administrades

Test d'aprenentatge auditiu de Rey (AVLT):

- Assajos: 4-5-8-5-6 (inferior a la mitjana)
- Llista B: 3 (Inferior a la mitjana)
- Record post interferència: 3 (inferior a la mitjana)
- Record diferit 8 min: 0 (inferior a la mitjana)
- Reconeixement: 11/15 (dins de la mitjana)

Figura Complexa de Rey:

- Còpia: 19,6/36 (percentil <1)
- Temps de còpia: 268 segons (percentil 10<25)
- Record immediat 3 min: 0/36 (percentil <5)
- Record diferit 8 min: 2/36 (percentil <4)

Trail Making Test:

- Part A: 65 segons (percentil <10)
- Part B: 149 segons (percentil <6)

WAIS-III:

- Cubs: 24 (p.escalar 7)
- Vocabulari: 4 (p. escalar)
- Semblances: 5 (p. escalar 4)
- Dígits: 10 (p. escalar 7)
- Comprensió: 3 (p.escalar 2)
- Informació: 11 (p.escalar 8)
- Clau de nombres – Codificació: 12 (p.escalar 2)

FAS (Fluència semàntica verbal):

- Els resultats ens presenten un barem de paraules (17) força per sota dels promitjos observats (20/22) en grups de control:
- 6 paraules amb la F, 4 paraules amb A i 7 paraules amb S.

Examen Cognitiu Cambridge (Camcog):

- Puntuació de 72 s/ 105 (molt proper als valors demencials 69/70)

Funcionalitat: El pacient presenta una alentida, encara que correcta, funcionalitat en les AVD

Orientació: Correcta orientació en espai i persona, encara que lleugerament desorientat pel què fa al dia i més en l'orientació temporal.

Llenguatge: Conservat tant pel què fa a la resposta motora i verbal, i a les denominacions visuals. Pel què fa a la fluïdesa verbal, aleshores presenta uns barems quantitativs baixos.

Atenció/control mental: Alteració de l'atenció dividida, l'atenció sostinguda, la concentració i el control mental. Velocitat de processament de la informació sostinguda, encara que lleugerament alentida. S'observa lentitud en l'execució de les tasques visuoperceptives complexes i dificultat d'atenció en alternament i de flexibilitat mental.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Memòria: Alteració visual del record immediat y diferit. Es beneficia del reconeixement visual per a l'evocació. Major rendiment en memòria visual que verbal. Memòria remota y retrògrada autobiogràfica conservada. Memòria semàntica alterada.

Praxis: Lleugerament alterada la construcció gràfica, i conservades las praxis ideacionals y gestual.

Gnosis: Conservació del reconeixement visual simple i reconeixement de cares. Alterat el reconeixement visual complex, tant pel què fa a defectes espacials (parietal) com en la capacitat de planificació (frontal)

Funcions executives: Alterades la planificació i la evocació categorial fonètica.

CONCLUSIONS

Encara que no presenta barems quantitativs de demència, sí que els percentatges obtinguts ens situen molt lleugerament per damunt de les dades de tall. En l'examen neuropsicològic que se li ha portat a terme s'observà una reducció del volum verbal, amb poca fluïdesa, amb trastorns en l'adquisició i consolidació de la informació verbal, així com alteracions importants en la comprensió i en les tasques visuoperceptives i visuostruccionals. Presenta dèficits en el raonament verbal abstracte sense necessitat que aquest sigui massa complexa.

S'observa apràxia construcciona, tant a nivell executiu (HE) com a nivell perceptual (HD).

S'observen problemes de focalització i atenció sostinguda, mancs d'iniciativa alhora de prendre decisions, així com problemes de planificació, fluïdesa verbal i memòria operativa, a més de certa apatia i depressió manifesta.

També s'observen dèficits conductuals, dependents generalment del context familiar, i que se solapen amb moments de conductes normals, cosa que sol ser freqüent en dèficits frontals.

Un cop efectuada una primera valoració del cas, i presentant-li el primer informe que vaig fer a la psicòloga especialista en neuropsicologia del centre, em vaig adonar que hi ha moltes coses més, a part de la preparació teòrica, de les ganes i la il·lusió d'ajudar a un pacient, alhora de dur a terme un treball psicològic tant important com avaluar una persona.

La primera conclusió que n'extrec després d'aquesta tasca és que la casa s'ha de començar pels fonaments, tenint una idea molt definida, una hipòtesi molt clara del què esperem trobar alhora de fer una avaluació psicològica a una persona. Seguidament escollir amb molta cura les proves que volem administrar-li, per tal que s'adaptin als objectius cercats. I finalment, la forma com s'administren les proves, totes elles, és cabdal per no invalidar els resultats de les mateixes. Les correccions, encara que les puntuacions exactes solen variar lleugerament entre uns professionals i altres, han de seguir fidelment les instruccions proposades pels manuals de cada prova. L'actitud de qui les administra ha de ser sempre molt positiva i col·laboradora amb les persones a qui se'ls administra la bateria de proves, donant-los suport en tot allò que els pugui ajudar a respondre de forma adequada les qüestions que se'ls planteja.

Arrel d'aquesta primera valoració, vàrem arribar a la conclusió que, abans que s'acabi el període de les pràctiques, se li administrarà de no al pacient el WAIS-III per veure si, un cop comentades les diferències de criteris envers com va ser administrat, la puntuació obtinguda en la segona ocasió ens variaria respecte de la primera vegada. I al mateix temps, com que ja tindrem les proves del test de personalitat MMPI 2, aleshores aquesta valoració cognitiva i de personalitat del pacient serà complerta.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

6 DISCUSSIÓ

En aquest apartat la meua intenció és aprofundir en tots els aspectes que, independentment de l'àmbit de treball en què es donin (àrea infanto-juvenil o àrea d'adults), he trobat més interessants de cada sessió de pràctiques, i que m'han cridat més l'atenció o que he cregut que eren prou importants com per haver-se de treballar extensament, a nivell de bibliografia acreditada, per tal d'ampliar-ne el seu coneixement.

6.1 La teràpia Cognitivo-Conductual

6.1.1 Una visió general

Des del centre es deixà molt clar que la perspectiva teòrica de teràpia que es treballa és la cognitivo-conductual, una orientació basada en el fet que l'activitat cognitiva dels individus en determina el seu comportament. Tot i així en podríem diferenciar quatre corrents bàsiques dins d'aquestes teràpies/psicoteràpies anomenades cognitives: a) Les racionals, on la base fonamental dels trastorns emocionals seria deguda a una interpretació irracional de la realitat objectiva (Ellis, Beck), o les auto instruccions i l'autodiàleg (Meichenbaum); b) Les tècniques per al desenvolupament d'habilitats d'afrontament i maneig de les situacions problema, mitjançant les quals s'entrena allò que s'ha de fer, per part dels pacients, quan apareixen els problemes (Meichenbaum, Jarenko); c) Les tècniques de solucions de problemes, orientades a modificar les formes amb què el subjecte afronta situacions sense una clara alternativa d'acció (Zurilla i Goldfried, Shure i Spivack); d) Les tècniques de condicionaments encoberts, uns procediments basats en el condicionament clàssic i aplicats a les conductes cognitives (Cautela).

Les teràpies cognitivo-conductuals són aplicacions d'investigacions científiques a la psicologia clínica i la psiquiatria, amb aportacions des de les neurociències i les ciències socials. És hereva de les investigacions pioneres d'Iván Pávlov, Edward Thorndike, la Psicologia conductista, la Gestalt, Lev Vygotski, Joseph Wolpe i Albert Ellis. Des del punt de vista teòric, el que va a donar integració al conjunt de propostes clíniques, és la idea de conducta que inclou l'emoció i la cognició, i no només el comportament motor públicament observable. Per altra banda, des del punt de vista del abordatge, les diverses estratègies cognitivo-conductuals són enterament compatibles i integrades en cada pla de tractament. La integració és raonable, doncs les diferents categories de conducta (acció, emoció i cognició) treballen conjuntament en cada ésser humà i són mútuament influents, dintre d'una estructura de personalitat formada per condicions ambientals i biològiques tant històriques com actuals, sense perdre de vista, a més, els efectes en retroalimentació que té la conducta de l'individu amb el seu ambient.

Wikipedia. http://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales#Evidencia_de_eficacia_cl.C3.ADnica



Francisco Javier Labrador Encinas (Coordinador). "Técnicas de modificación de conducta" (2008). Ediciones Pirámide. Páginas 35 a 63

L'objectiu dels tractaments cognitivo-conductuals és modificar la conducta (ja sigui encoberta o clarament manifesta) dels individus que venen a consulta, la qual determinarà, en gran part, el disseny del tractament que s'haurà de dur a terme, amb els pacients, perquè aquests puguin identificar la realitat dels què els està succeint, procurant que puguin corregir-se aquestes concepcions i creences disfuncionals.

El cert és que s'ha de tenir present les variables individuals de cada un dels individus que arriba al centre, així doncs hi ha persones que no estan gens motivats per dur a terme cap mena de tractament, ni tant sols són capaços de reconèixer i/o assumir que

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

presenten pautes addictives; però n'hi ha altres que sí vénen predisposats a fer canvis en la seva forma de viure, els quals intentaran de modificar aquestes conductes adquirides, tot i que se'ls ha de explicar que, en molts cassos, no els serà gens fàcil d'assumir aquests reptes.

Seguidament exposo algun exemple d'intervencions terapèutiques, extrets de:



Jerry M. Wiener i Mina K. Dulcan. "Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia". (2005). Ed Masson.

Teràpia Cognitivo-conductual aplicada a l'ansietat infantil

La TCC aplicada a l'ansietat infantil es centra en els aspectes cognitius disfuncionals i en les seves aplicacions en el pensament i el comportament del nen. Els components cognitius claus inclouen les estructures cognitives (la memòria i les formes d'experimentar la informació), el contingut cognitiu (autovaloracions progressives), els processos cognitius (la forma com el nen processa i interpreta les seves experiències), i els productes cognitius (atribucions degudes a les estructures, el contingut i els processos cognitius). Es considera que les distorsions cognitives^{viii} (processos d'informació que donen peu a percepcions errònies per part del nen, respecte de sí mateix o de l'entorn) desenvolupen un paper clau en els nens amb ansietat.

El tractament ajuda al nen a desenvolupar noves habilitats, li ofereix noves expectatives per a avaluar els seus raonaments disfuncionals i adaptatius, i l'ajuda alhora de processar noves experiències.

L'objectiu d'aquestes estratègies en el tractament és l'aprenentatge de nous comportaments mitjançant el moldejament i reforços directes.

Entrenament en habilitats cognitives de resolució de problemes

Quan es parla de processos cognitius es refereix a una ample gamma de conceptes sobre la forma en la qual l'individu percep, codifica i experimenta el món que l'envolta. Les persones amb un comportament problemàtic solen presentar moltes distorsions i deficiències en diversos processos cognitius,.../... les habilitats cognitives en la resolució de problemes pot desenvolupar un paper diferenciat en predicció del comportament adaptatiu i del comportament social.

La capacitat de participar en aquests processos està relacionada amb el comportament adaptatiu.

Així, l'entrenament en les estratègies de resolució de problemes permeten desenvolupar habilitats cognitives i interpersonalment per a la resolució dels problemes.

Algunes d'aquestes habilitats cognitives per a la resolució de problemes podrien ser: Raonaments de solucions alternatives, raonament per objectius, raonaments respecte de les conseqüències, raonaments causals, o sensibilitat en front dels problemes interpersonalment.

6.2 Els Trastorns de la Personalitat^x

6.2.1 Conceptes generals

La personalitat és un patró complex, de característiques psicològiques profundament arrelades que s'expressen de forma automàtica en gairebé totes les àrees de l'activitat psicològica, i que conforma la constel·lació completa de la persona.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

“Els trets de la personalitat són patrons persistents de formes de percebre, relacionar-se i pensar sobre el seu entorn i sobre un mateix, que es posen de manifest en una ample gamma de contextos socials i personals. Aquests trets de personalitat només constitueixen Trastorns de la personalitat quan són inflexibles i inadaptables i causen un deteriorament funcional significatiu o un malestar subjectiu”

No hem de confondre, però, la personalitat amb dos termes altament relacionats amb ella, el caràcter (característiques adquirides a mesura que creixen les persones, conforme a les normes de la societat a la qual pertany) i el temperament (depèn d'una disposició biològica bàsica enfront de certs comportaments). Podríem dir que el caràcter reflexa el resultat de la influència de l'educació que un ha rebut, i el temperament representa la influència de la naturalesa, encara que físicament codificada.

Sota aquesta premissa podem dir que els trets de personalitat es consideren anormals només en la mesura que resulten conflictius per al subjecte i/o la societat, és a dir, que per que un Trastorn de la personalitat sigui considerat com a tal, els trets del pacient/subjecte han “d'apartar-se acusadament de les expectatives culturals del subjecte

Els diferents trets i comportaments que defineixen un Trastorn de la personalitat es manifesta de diferents maneres:

- Cognitivament: Tal i com la persona es percep i interpreta a sí mateixa, als demés o als esdeveniments
- Afectivament: Amb la gamma i intensitat de les respostes emocionals.
- Activitat interpersonal: En la manera que te d'interactuar amb les altres persones.
- Control dels impulsos: En la forma de regular els impulsos.

Els patrons dels trets de personalitat i comportaments que constitueixen un dels Trastorns de la personalitat han de presentar-se, com a mínim, a l'inici de l'edat adulta i han d'estendre's a gairebé tots els aspectes de la vida de l'individu que la pateix (a casa, a la feina i en situacions socials). Tot i així és important de tenir present que aquesta anormalitat dels trets de personalitat es sol manifestar, ja, a la infància i l'adolescència, restant encoberts o ignorats fins a la vida adulta.

Per a conèixer bé aquests comportaments anormals, és necessari d'aprendre el vocabulari propi, o “gerga”, d'aquesta àrea:

- *Criteris diagnòstics*: Conjunt de símptomes que han d'estar present en els individus, i que els professionals els agrupen en característiques definitòries per a classificar les persones dins d'una categoria clínica.
- *Trets de la personalitat*: Patrons estables de comportament estables al llarg del temps i en situacions diverses.
- *Trastorn de la personalitat*: Molts trets anormals de la personalitat que apareixen de forma conjunta en un individu.
- *Prototip de personalitat*: Models psicològics “purs” (rarament s'observa) on apareixen un seguit de característiques de forma conjunta.

Avaluació multiaxial

L'avaluació de la personalitat hauria de servir com a base de la teràpia, i el seu objectiu ha de centrar-se en la totalitat de la persona, i no només en una àrea determinada.

Els clínics han d'entendre, des d'una perspectiva científica, la interacció dels símptomes que es manifesten, els trets de personalitat, i els factors de personalitat. Tot i que l'avaluació dels diferents components s'ha de fer per separat, d'acord al model multiaxial del DSM, aquest ha d'acabar integrant-los en un compost únic: Conceptualització del cas.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Eix I	Trastorns clínics Altres problemes que puguin ser objecte d'atenció clínica
Eix II	Trastorns de la personalitat Retràs mental
Eix III	Malalties mèdiques
Eix IV	Problemes psicosocials i ambientals
Eix V	Avaluació de la activitat global

L'avaluació dels trastorns de l'Eix II és, en certa manera, molt més complex que la dels trastorns de l'Eix I. Tot i que aquesta avaluació dels trastorns de la personalitat són essencials per a una completa avaluació i un adequat tractament dels pacients.

La gran dificultat rau en avaluar múltiples àmbits de l'experiència i del comportament (cognició, afecte, experiència intrapsiquiàtrica i interaccions interpersonals), i determinar que els trets no només provoquen malestar, sinó que també són intensos i duradors.

Una entrevista clínica hàbil és el recolzament principal pel diagnòstic dels trastorns mentals, tot i que pot ser molt útil un autoregistre o una entrevista semiestructurada, els quals ens ajudaran a avaluar cada criteri específic dels trastorns de la personalitat mitjançant preguntes estandarditzades, les quals permetran a l'entrevistador discernir entre trets de l'Eix II i estats de l'Eix I, ajudant a determinar quins trets són permanents i no estan limitats a una situació específica.

Altre part complicada serà determinar els trets que defineixen la personalitat del subjecte, doncs aquest no ens els exposarà com a problemàtics del trastorn que pateix, ja que ni tant sols els percep com a tal.

No hem de deixar-nos portar per la problemàtica de l'Eix I, ja que una bona avaluació sistemàtica d'aquest primer eix ajudarà al clínic sobre els trets de l'Eix II que requeriran d'una avaluació especialment curiosa.

Haurem de tenir present de dur a terme una bona avaluació mèdica, ja que podria ser que el què ens poden semblar trets de personalitat fossin, realment, símptomes d'alguna malaltia mèdica.

I finalment també haurem de tenir en compte de no barrejar criteris de biaixos sexuals (és important que els trastorns de personalitat histriònica, límit i dependent siguin avaluats tan curiosament en homes com en dones, al igual que els trastorns de personalitat obsessiu-compulsiu, antisocial i narcisista) o culturals (especialment quan s'estigui avaluant trets com la promiscuïtat, la suspicàcia o la indiferència, els quals poden tenir diferents normes en diferents cultures).

Diagnòstic diferencial

Establir un diagnòstic diferencial dels trastorns de la personalitat, conjuntament amb malalties psiquiàtriques específiques, no és ni fàcil ni ràpid.

1.- Majoritàriament aquests pacients acostumen a mostrar conductes i problemes que suggereixen una alteració de la personalitat, i que poden fer oblidar al clínic altres síndromes no relacionats amb la personalitat. Un dels diagnòstics addicionals més freqüents en individus amb alteracions de la personalitat és la depressió o els trastorns

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

afectius en general (90% dels subjectes), essent convenient que aquesta simptomatologia depressiva/afectiva sigui valorada independentment dels trets de personalitat previs, aparentment condicionants.

Per a tenir una millor certesa de la naturalesa d'aquests trastorns ens podem guiar pel grau de resposta a la farmacologia, ja que les depressions caracterològiques (secundàries a la patologia del caràcter) responen de forma inconsistent als fàrmacs antidepressius (irregular patró de millores –ràpides- i empitjoraments sense solta ni volta). En canvi les depressions endògenes tenen un patró molt regular de resposta als medicaments antidepressius.

2.- Una altre entitat associada als trastorns de personalitat és l'ansietat. En la major part dels pacients que pateixen ansietat crònica s'hi poden detectar trastorns de personalitat del tipus neuròtic (evitativus, hipocondríacs, histeroides, ...).

En consonància amb l'anterior plantejament, a vegades resulta molt difícil, o gairebé impossible, de precisar si el quadre va estar motivat, o no, per una alteració específica de la personalitat. Aleshores, novament, la resposta a determinats fàrmacs (Inhibidors de la monoaminoxidasa –IMAO- o imipramida, per exemple), pot ajudar-nos en el replantejament del diagnòstic inicial.

3.- I un darrer aspecte que pot ajudar al clínic és el tipus de tractament que el pacient està duent a terme (generalment prescrit per especialistes): generalment els individus afectats d'alguna malaltia específica (p.ex, esquizofrènia, melancolia, mania, ...) solen tenir una bona resposta als tractaments farmacològics senzills (un antidepressiu o un antipsicòtic), mentre que els subjectes caracterials amb símptomes de depressió i/o ansietat, solen rebre tractaments farmacològics complicats (o inusuals), rarament necessaris per a reduir aquests símptomes.

El DSM-IV adverteix que "molts dels criteris específics per als trastorns de la personalitat descriuen característiques (p. ex., suspicàcia, dependència, insensibilitat) que també són típiques dels episodis dels trastorns mentals de l'Eix I". Per això, per a diagnosticar un trastorn de personalitat s'ha de complir que:

- les característiques definitòries apareguin abans del començament de l'edat adulta
- siguin típiques del funcionament a llarg termini del subjecte, i
- no apareguin exclusivament durant un episodi d'un trastorn de l'Eix I.

AL mateix temps, assenyala la dificultat i tal vegada la inutilitat de distingir entre els trastorns de personalitat i altres trastorns de l'Eix I (p. ex., el trastorn distímic) quan aquests tenen un inici primerenc i un curs crònic i relativament estable.

Respecte als trastorns psicòtics, "hi ha un criteri d'exclusió que assenyala que el patró de comportament no ha d'haver aparegut exclusivament en el transcurs d'una esquizofrènia, un trastorn de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics o altre trastorn psicòtic". Si el trastorn de personalitat precedeix a un trastorn psicòtic crònic de l'Eix I (p. ex., esquizofrènia), ha d'enregistrar-se també a l'Eix II, seguit entre parèntesi per "premòrbid".

En el transcurs d'un episodi d'un trastorn de l'estat d'ànim o d'un trastorn d'ansietat, al presentar-se característiques simptomàtiques transversals que s'assemblen als trets de personalitat, el clínic ha de ser prudent en el diagnòstic d'un trastorn de la personalitat per resultar difícil avaluar retrospectivament els patrons de funcionament del subjecte a llarg termini.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Igualment, cal considerar el diagnòstic d'un trastorn per estrès posttraumàtic, si els canvis de personalitat sorgeixen i persisteixen després que el subjecte hagi estat exposat a un estrès extrem, descartant el trastorn de personalitat.

Si els comportaments són conseqüència de la intoxicació pel consum o l'abstinència de substàncies, o estan relacionats amb les activitats destinades a mantenir la dependència (p. ex., comportament antisocial), ha de diagnosticar-ne un trastorn relacionat amb substàncies, i avaluar-ne si es compleixen també els criteris d'un trastorn de la personalitat (relatius al començament, curs i característiques).

Quan els canvis persistents de la personalitat són conseqüència dels efectes fisiològics directes d'una malaltia mèdica (p. ex., tumor cerebral), cal tenir en compte el diagnòstic d'un canvi de personalitat a causa de malaltia mèdica.

Finalment, "els trastorns de la personalitat han de distingir-se dels trets de personalitat que no arriben a el llindar per a un trastorn de la personalitat". Només en el cas que aquests trets siguin inflexibles, desadaptatius i persistents, i ocasionin una deterioració funcional o un malestar subjectiu significatiu, es diagnostiquen com trastorns de la personalitat.

Tractaments

Farmacologia

Els trastorns de la personalitat impliquen importants alteracions emocionals y l'absència d'habilitats específiques i d'aprenentatges socials. Això fa que el seu tractament sigui difícil perquè la col·laboració de l'individu i del mitjà serà molt escassa.

Aquests trastorns, més que un tractament específic, requereixen d'un plantejament sistemàtic sobre: a) en què consisteix el trastorn, b) quina intensitat i repercussió personal i/o familiar provoca, c) rarament els trastorns de personalitat requereixen ingrés hospitalari i/o tractament farmacològic.

Els psicofàrmacs són un recurs per a normalitzar la psicopatologia del subjecte i potenciar la seva estabilitat emocional, procurant així que millori la capacitat per acomplir el compromís contret amb els facultatius i familiars, encara que és imprescindible la participació activa de les persones del seu entorn, els qual, majoritàriament, no podran acomplir les instruccions, mostrant-se escèptics o incapacitats per a intentar una nova aventura terapèutica.

Habitualment els especialistes fan ús de la farmacologia antidepressiva, antipsicòtica i ansiolítica en pacients caracterials, en funció del predomini dels símptomes de la sèrie depressiva, impulsiva i ansiosa:

Antidepressius i liti

Els pacients *ciclotímics, límits distímics i irritables* poden respondre als antidepressius i al liti ja que, de fet, són trastorns que deriven de: a) un trastorn biològic, b) simptomatologia premòrbida d'una malaltia bipolar, i c) d'un trastorn bipolar o semipolar biològic atenuat. Això fa que el plantejament terapèutic sigui similar al d'una malaltia afectiva de referència.

Els antidepressius IMAO són especialment útils en determinats trastorns del sentit d'identitat. Els *subjectes evitatius* poden respondre favorablement a la *fenelcina* durant períodes curts de temps (4-6 mesos). També s'ha de tenir present que certs pacients

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

joves, diagnosticats de *trastorn límit (borderline)* presenten hipomania induïda pels IMAOs, cosa la qual és indicativa d'un trastorn bipolar subjacent.

Antipsicòtics

Fàrmacs d'utilitat en el control de quadres d'agitació i/o impulsivitat durant curts períodes de temps (<4 setmanes). No hi ha justificació per la seva aplicació crònica en els trastorns de personalitat.

En cas de pacients amb idees autoreferencials i que presenten personalitats sensitiu-paranoides, així com en els depressius delirants, el tractament amb antidepressius i antipsicòtics, en tots ells, pot perllongar-se entre 6 i 12 mesos degut a la seva resposta positiva

Carbamacepina

Hi ha pacients amb conductes impulsives que solen respondre de forma relativament ràpida a la carbamacepina.

Ansiolítics

Són els fàrmacs menys indicats per als trastorns de la personalitat, ja que la major part dels pacients demostren al alleugeriment molt transitori a les benzodiazepines (BZD), i el risc d'abús potencial és molt alt.

Psicoteràpia

Encara que hi ha molt pocs estudis que demostrin un efecte terapèutic de la psicoteràpia en els trastorns de la personalitat, les condicions mínimes requerides per a iniciar-la són:

1.- *Capacitat d'introspecció*: Hi ha molt pocs pacients amb trastorns de la personalitat que demostrin una capacitat d'introspecció suficientment desenvolupada, i no és fàcil que l'adquireixin durant la teràpia.

El grup d'afectius i el d'ansiosos, evitatius, probablement per la seva tendència a la introversió, poden presentar unes capacitats de percepció de la seva personalitat superior als histèrics, asocials i esquizoïdes.

2.- *Tolerància a la desmotivació*: Poques d'aquestes persones estan capacitades per a enfrontar-se als diferents problemes i dificultats emergents de la seva conducta. És molt probable que sobrevingui certa desmoralització, projectant els problemes cap als altres, en comptes d'enfrontar-s'hi, o degut a l'absència d'èxits ràpids.

3.- *Motivació*: Molts pocs d'aquests individus estan interessats en canviar els seus hàbits de comportament, com tampoc segueixen la psicoteràpia el temps suficient per a consolidar nous hàbits de conducta.

4.- *Capacitat de relació*: La major part dels subjectes arriben a establir una relació acceptablement bona amb els seus psicoterapeutes, encara que són incapaçs d'estendre-la més enllà d'aquest context, cosa la qual acaba per distorsionar la imatge del pacient.

Les psicoteràpies "racionals", encaminades a la resolució de problemes (personals, laborals i familiars), poden estar indicades en alguns pacients.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

6.2.2 Criteris diagnòstics, característiques i formes clíniques.

1.- Al DSM-IV-TR s'han agrupat els trastorns de la personalitat en tres grups, els quals es basen en les semblances de les seves característiques:

Grup/Clúster A (subjectes estranys): Els subjectes solen semblar rars o excèntrics. Diríem que són estranys. (Paranoides, esquizoides y esquizotípics).

Diagnòstic	Característiques essencials	Factors de segon ordre (Catell)
Trastorn paranoide de la personalitat	Desconfiança excessiva i injustificada, suspicàcia, hipersensibilitat, restricció afectiva.	Introvertits Mal socialitzats Desajustats emocionalment Independents
Trastorn esquizoide	Dificultat per establir relacions socials, absència de sentiments càlids ni tendresa, indiferència a l'aprovació, crítica o sentiments aliens	
Trastorn esquizotípic	Alteracions de la percepció, del pensament, del llenguatge i de la conducta, que no arriben a reunir els criteris per a l'esquizofrènia.	

De Valdés, 1998.

Aquest clúster descriu un conjunt de persones que es caracteritzen per la seva incapacitat per a establir i mantenir relacions interpersonals degut a la seva acusada introversió, a la manca de sintonia i calidesa, i a una greu dificultat per a aprendre les habilitats socials més elementals.

Són individus rars i impenetrables, que viuen socialment aïllats en diverses formes de marginalitat i que els manca sentit de l'humor així com interessos afil·liatius. Solen ser freds i inexpressius, i és fàcil que estiguin adherits a sectes i grups estranys; són altament vulnerables a la patologia psiquiàtrica, i particularment a l'esquizofrènia, als trastorns afectius i a l'ús addictiu de substàncies (generalment les fan servir per a fer "més portables"/"menys penosos" els seus contactes socials).

D'acord a les teories de la personalitat, aquests subjectes presenten puntuacions elevades en la dimensió de *psicoticisme* (P) d'Eysenck; altes puntuacions en *esquizotípicia*, és a dir, que tenen una predisposició a la psicosi del tipus esquizofrènic (personalitats amb tendència a l'anhedònia física i social, aberració o distorsió perceptiva, i ideació màgica ja que estableixen estranyes relacions entre els esdeveniments).

Grup/Clúster B (subjectes immadurs): Aquests subjectes solen semblar dramàtics, emotius o inestables. Diríem que són subjectes immadurs. (histrionics, narcisistes, antisocials i límits).

Diagnòstic	Característiques essencials	Factors de segon ordre (Catell)
Trastorn histriònic	Conducta teatral, reactiva y expressada intencionalment, amb relacions interpersonals marcades per la superficialitat, l'egocentrisme, la hipocresia i la manipulació.	Extravertits Mal socialitzats Desajustats emocionalment

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Trastorn narcisista	Sentiments d'importància i grandesa, fantasies d'èxit, necessitat exhibicionista d'atenció i admiració, explotació interpersonal	Dependents
Trastorn antisocial	Conducta antisocial continuada i crònica, on es violen els drets dels demés. Es presenta abans dels 15 anys i és persistent durant l'edat adulta.	
Trastorn límit	Inestabilitat en l'estat d'ànim, en la identitat, en l'autoimatge i en la conducta interpersonal	

De Valdés, 1998.

Subjectes caracteritzats per la seva labilitat afectiva i per una peculiar emotivitat que s'acompanya de conductes descontrolades o socialment inconvenients. Donen la impressió de no ser fiables com a persones degut a les dificultats per a regular-se d'acord als reglaments socials i els codis interpersonals (solen ser catalogats de malcriats, dèspotes o capritxosos).

La biografia d'aquests subjectes sempre és conflictiva degut a la freqüència dels seus problemes amb les normes (semblen resistir-se als aprenentatges socials), i se'ls sol considerar com a "ingovernables".

D'acord als plantejaments teòrics d'Eysenck (1981), són subjectes de temperament extravertits, encara que difereixen en quan a la seva emotivitat, que és màxima en els histriònics i mínima en els antisocials. I segons la tipificació de Gray (1992), que tipifica la personalitat emocional d'acord a la susceptibilitat individual a les senyals de recompensa o de càstig, els immadurs estarien selectivament atents als estímuls de gratificació, és a dir, adaptarien la seva conducta, únicament per a la consecució dels seus objectius, independentment de si aquesta és convenient o comporta riscos; cosa la qual fa que estiguin permanentment en propensió a col·lisionar amb la societat.

Grup/Clúster C (subjectes temerosos): Aquests subjectes semblen ansiosos o temerosos. (arbitrariu, dependents, obsessiu -compulsius, passiu -agressiu).

Diagnòstic	Característiques essencials	Factors de segon ordre (Catell)
Trastorn per evitació	Hipersensibilitat al rebuig, la humiliació o la vergonya; retraïment social, tot i el desig d'afecte i baixa autoestima.	Introvertits Mal socialitzats Desajustats emocionalment Dependents
Trastorn dependència per	Passivitat per tal que els demés assumeixin les responsabilitats i les decisions, subordinació i manca i incapacitat per a valer-se per sí mateix, i manca d'autoconfiança.	
Trastorn Obsessiu-compulsiu	Perfeccionisme, obstinació, indecisió, excessiva devoció al treball i al rendiment, dificultat per a expressar emocions càlides i tendres.	
Trastorn passiu-agressiu	Resistència laboral o social expressada de manera indirecta (tossudeses, demores, oblits, ...)	

De Valdés, 1998.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Aquest clúster agrupa un conjunt de trastorns de la personalitat caracteritzats per una por patològica, la qual acaba determinant la seva vida.

Solen ser persones extraordinàriament sensibles a les senyals de càstig, i hi responen amb intenses reaccions emocionals que interfereixen en els aprenentatges i desorganitzen les conductes. Aquests són individus incapaços d'adquirir estratègies d'afrontament adequades mitjançant els aprenentatges socials, i acaben patint un infradesenvolupament objectiu en moltes de les àrees que són imprescindibles per a la vida autònoma i l'equilibri emocional.

Mai s'exposen a l'equivocació el temps necessari per a aprendre per assaig i error, no fan ús de l'acció per assolir seguretat emocional i convicció de control, cosa per la qual es veuen obligats a combatre la seva ansietat recorrent a fantasies, supersticions i vinculacions paràsites ambivalents i conflictives.

Psicomètricament són introvertits amb elevades puntuacions en neuroticisme, cosa la qual els fa selectivament sensibles a les senyals de càstig que ens proposa la teoria de Gray (1982).

Aquesta falta d'estratègies d'afrontament adequades fa que aquestes persones presentin conductes explosives, desorganitzades i mal dirigides, alternant, a més, amb la inhibició i retraïment; cosa la qual fa que aquests comportaments (a banda de ser inútils per a combatre la por), afegixen nous conflictes interpersonals, hipersensibilitzant al propi subjecte que tendeix a defensar-se amb mecanismes psicològics de negació, racionalització i projecció amb estratègies d'evitació i inhibició conductual.

2.- Hi ha, però, una altra forma de classificar els Trastorns de la personalitat, que **es basaria en funció dels símptomes que predominen.**

Trastorns de la dimensió afectiva o emocional: Personalitat ciclotímica Personalitat distímica Personalitat irritable	Trastorns del control d'impulsos: Personalitat asocial Personalitat histèrica
Trastorns del sentit d'identitat: Personalitat dependent Personalitat evitativa Personalitat passiu agressiva Personalitat narcisista Personalitat límit (borderline)	Trastorns del sentit de la realitat: Personalitat esquizoide Personalitat paranoide

Trastorns de la dimensió afectiva o emocional

La dimensió afectiva de la personalitat seria el to emocional dominant conjuntament amb la forma que aquest adopta en funció de determinats successos (vulnerable, irritable o irascible, temorós, ansiós, patiment,...).

Aquests patrons emocionals poden assolir una intensitat i duració notables, cosa la qual obstaculitza l'adaptació i el rendiment de la persona.

Trastorns del sentit de la identitat

Entenem per identitat aquell grau de cohesió i estabilitat de la pròpia imatge, és a dir, un se sent identificat amb els propis pensaments i sentiments, essent capaç de definir-los amb fermesa en front d'ingerències externes.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Aquests trastorns venen donats per conductes, sobretot en edats juvenils, amb mancances, desequilibris o exageracions en la forma de percebre's.

Trastorns del control d'impulsos

L'impuls és un acte irreflexiu i mancat de component ideatori, ni de resistència, que no genera ansietat ni deriva en elaboracions cognitives.

La compulsió fa referència a una conducta que s'imposa, exercint en el subjecte una resistència angoixant.

Aquests subjectes fallen en l'exercici del control dels impulsos (prioritzen la impulsivitat al raonament), essent imprevisibles per a ells mateixos i pels demés en la necessària adaptació social.

Trastorns del sentit de la realitat

L'element cabdal d'aquest grup de trastorns és una alteració dels mecanismes cognoscitius que estan implicats en les processos de comparació de la informació procedent de l'exterior, amb inferències pròpies, distorsionants o anormals, respecte d'ells mateixos o dels demés, ja que: a) el subjecte les experimenta amb total certesa i no dubta d'elles, b) no és capaç de corregir-les amb l'experiència, c) aquestes inferències sempre són al respecte de la situació que aquest ocupa en un determinat context, i d) aquestes inferències deriven d'elaboracions pròpies on és impossible concloure-les dins d'una lògica.

Aquestes inferències distorsionades generen una desconfiança patològica, aïllament i, a mateix temps, un elevat concepte de sí mateix.

6.3 Treballant la prevenció

Les altes taxes de recaigudes solen ser un dels problemes més importants en els tractaments de les addiccions i el control d'impulsos. Una de les tasques primordials dels professionals de l'àmbit sanitari és el promoure comportaments i hàbits saludables en els seus pacients, és a dir treballar per la prevenció. La major part de les vegades, posar en pràctica aquesta tasca, havia estat centrada en proporcionar informació, més o menys personalitzada, pensant que un pacient ben informat, per si sol, ja seria capaç de desenvolupar estils de vida més saludables. Però s'ha demostrat que això no és cert, ja que per aconseguir que es donin regularment aquests canvis de comportament i d'hàbits insans en els pacients, els professionals han hagut de desenvolupar determinades habilitats per a promoure la motivació i aquest desig de canvi en ells.

És cert que hi ha molts models i estratègies proposades per tal de dur a terme aquesta tasca (autorregistres, descripció de les recaigudes, fantasies de les recaigudes, observació directa, autoinformes, ...), però crec que són interessants com a complement de les tres que proposo a continuació, i que donen els seus fruits al moment que els integrem en un procés d'intervenció.



Estratègies de prevenció, d'ús habitual al CESAM

6.3.1 El Model Transteòric del Canvi, de Prockaska i DiClememente

El Model Transteòric (MT) del canvi del comportament en l'esfera de la salut es va consolidar als voltants dels anys noranta com una de les propostes més innovadores en l'àrea de salut com a una promoció dels comportaments i hàbits saludables per les

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

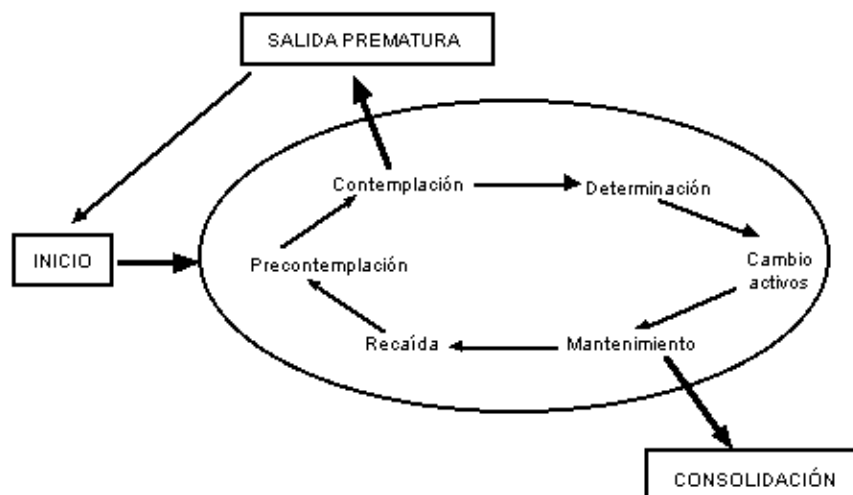
possibilitats que oferia alhora de planificar i executar intervencions a partir de les característiques específiques de les poblacions o grups a qui anaven dirigides aquestes accions.

L'any 1979 James O. Prochaska va dur a terme un estudi analític als EEUU amb la finalitat de sistematitzar l'àmbit de la psicoteràpia de les dependències. El MT va ser el resultat final de l'anàlisi comparatiu de més de vint de les teories més rellevants del moment centrades en explicar els canvis en el comportament dels dependents de la droga i en els consumidors de cigarretes.

A mitjans dels anys vuitanta, quan el MT ja havia demostrat sobradament la seva capacitat d'accelerar la velocitat dels canvis comportamentals en les poblacions intervingudes segons les seves variables o constructes explicatius, s'incorporen nous avenços i pràctiques generalitzades per diferents grups d'investigació que varen reforçar la capacitat de les etapes i els processos de canvi alhora d'avaluar i predir els canvis espontanis i induïts en els comportaments del consum de cigarretes.

El MT es fonamenta en la premissa bàsica del fet que el canvi comportamental és un procés, i que les persones tenen diferents nivells de motivació i d'intencions de canvi, cosa per la qual permet de planificar intervencions i programes adaptats a cada necessitat individual i/o grupal, adaptant les característiques de cada tipologia de comportament per tal de facilitar els canvis desitjats.

Aquest model transteòric fa ús de la dimensió temporal, durant les etapes del canvi, per a integrar els processos i principis explicatius del canvi comportamental mitjançant la progressió de l'individu a través d'una sèrie d'etapes o estadis del canvi (la roda del canvi) on es reflexa la realitat dels diversos girs que les persones, amb actituds mentals i motivacions diferents, solen fer al voltant del procés, abans d'assolir un canvi estable.



S. Lizarraga, M. Ayarra. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte (Navarra).

En la pràctica clínica s'observen força daltabaixos en la posició que van ocupant els pacients en el continu de la roda del canvi, respecte dels hàbits de salut insans, on a cada estadi es registra una actitud mental diferent i amb una implicació, també, d'una motivació diferent. L'ajuda que el professional pot oferir als seus pacients sol facilitar l'avenç d'un estadi a l'altre, ja que coneix quines són les característiques i necessitats que es requereix a cada un d'ells:

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

- **Precontemplació:** En aquesta fase la persona no té, encara, cap idea que pateix un problema que comporta un risc per a la seva salut i, per suposat, ni tant sols es pot plantejar l'opció d'intentar resoldre'l. Solen pronunciar-se frases tipus: "d'alguna cosa s'ha de morir", "a mi això no em perjudica", "el meu avi va morir als 95 anys i sempre fumava", ...

És important que el professional mantingui una actitud empàtica amb el pacient, proporcionant informació sobre els riscos, manifestar-li contradiccions per tal que comenci a aflorar alguna lleugera preocupació, reforçar el procés de què el canvi és possible, i oferir-li la possibilitat d'una propera visita per a tornar a discutir sobre "aquest problema".

Oferir material educatiu adequat per incrementar aquesta presa de consciència i motivar a pacient en les seves capacitats d'autoeficàcia (p.ex. "jo crec que vostè és capaç de deixar de ...beure cervesa/jugar/fumar/consumir/...) és un bon principi per a una futura relació professional.

- **Contemplació:** Aquesta fase suposa un gran avenç. La persona comença a tenir alguns dubtes sobre la seva conducta. Se li presenta l'ambivalència de considerar i rebutjar el canvi alhora. Podem escoltar frases com "hauria de deixar de beure perquè la meua panxa comença a semblar la d'una embarassada", "m'agradaria fer més exercici, però no tinc temps", ...

És un bon moment per a intentar que el pacient expressi les seves motivacions i quines creu que són les barreres que li impedirien iniciar aquest canvi que ja es planteja. D'aquesta fase és de on sorgeix l'entrevista motivacional que tractarem més endavant.

Una bona estratègia és posar en evidència les discrepàncies entre el què el pacient sap que ha de fer i el què fa, fomentant els factors que el porten a desitjar el canvi, procurant establir una bona aliança amb ell.

- **Determinació:** És moment en què la persona ha decidit d'intentar un canvi (que no és el mateix que es produeixi aquest), i necessita inferir-se autoconfiança per a poder controlar aquesta nova conducta. Solen expressar-se de manera "el dia del meu aniversari deixo de beure".

És el moment idoni per a pactar-se dates a curt plaç, amb metes assolibles i visites de seguiment que l'ajudin a reforçar la seva motivació. Parlar de les dificultats més freqüents amb les que es trobarà el pacient sol ser útil, i podem demanar-li que pensi diverses estratègies d'afrontament per a superar aquests moments durs i difícils.

- **Canvis actius:** En aquesta fase es porta a terme la decisió de canvi que s'havia pres amb anterioritat. Es modifica el comportament i s'introdueixen els canvis necessaris en si mateix i en el seu entorn més proper.

És hora de l'avaluació de: si s'han assolit aquelles metes proposades, d'analitzar amb quines dificultats s'enfronta, quines són les estratègies d'afrontament que porta a la pràctica, de reforçar-li la motivació, i de la preparació davant les possibles adversitats.

- **Manteniment:** S'ha de posar especial èmfasi en mantenir allò que s'ha aconseguit, mantenint el canvi i consolidant aquesta nova conducta, ja que els hàbits i temptacions prèvies podrien comportar-li una recaiguda a anteriors conductes insaludables.

A cada visita de seguiment s'avaluen els assoliments, reforçant aquestes conductes exitoses i establint noves metes d'acord a les possibilitats reals del propi pacient.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

També és moment de replantejar-se el risc de possibles recaigudes.

- **Recaigudes:** El procés de canvi no és un procés lineal, cosa per la qual les recaigudes són freqüents, i molt especialment quan estem treballant substàncies addictives.

Quan es te alguna recaiguda es torna, des del manteniment, a estadis anteriors. Aleshores s'ha de fer una reavaluació, analitzar al què les ha provocat i aprendre del què va fallar a l'estratègia proposada. Es normalitza la situació, evitant el desànim del pacient, amb una intervenció encaminada a comprendre el perquè de les causes d'aquesta recaiguda, planificant, de nou, un proper intent d'assolir la següent etapa o fase.

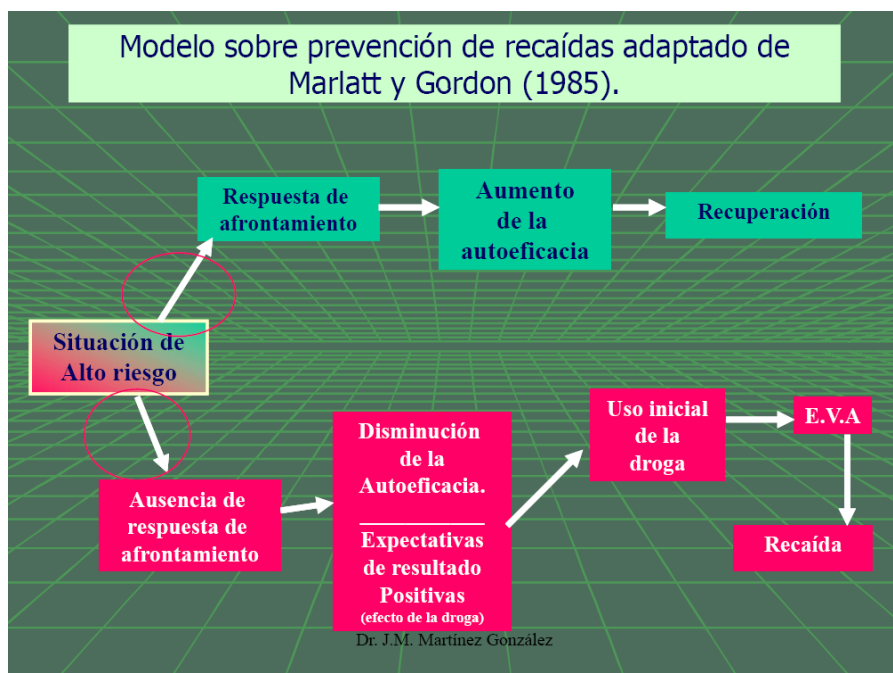
6.3.2 Model de Prevenció de les Recaigudes, de Marlatt i Gordon

El model de Prevenció de les Recaigudes que Marlatt i Gordon varen desenvolupar allà pel 1985, inicialment per als problemes de la beguda, ha anat evolucionant i s'ha adaptat, de la mà de la teràpia cognitivo-conductual, a nous programes d'addicció, i avui dia compte amb una eficàcia demostrada que fa que aquest model sigui utilitzat com a la primera de les opcions alhora de fer programes de tractaments addictius.

Aquest no és tant sols un model de comprensió de les recaigudes, sinó del procés addictiu en general, ja que considera que les conductes addictives són hàbits adquirits que poden ser modificats mitjançant nous aprenentatges.

La prevenció de les recaigudes posa en pràctica programes d'autocontrol amb l'objectiu final d'ajudar als individus a assolir i mantenir canvis estables en aquells hàbits que vulguin corregir-se.

Aquest treball de prevenció requereix de la completa implicació del pacient com a co-terapeuta, ja que el tractament addictiu és una tasca d'aprenentatge programat que implica l'adquisició de noves habilitats per part d'aquest.



José Miguel Martínez González. "Material Deshabitación. Curso básico sobre drogodependencias" 2008.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Aquest model de prevenció de les recaigudes es basa l'Anàlisi Funcional, mitjançant el qual s'identifiquen i es potencien tres elements fonamentals:

- A) Estratègies d'entrenament d'habilitats, tant cognitives com conductuals, per afrontar les diverses situacions de risc amb les que es pugui trobar.
- B) Procediments de reestructuració cognitiva, dissenyats per a proporcionar-li al pacient pensaments alternatius als que pugui tenir que l'empentin a consumir, estratègies d'imaginació per a detectar situacions de risc i estratègies per afrontar els efectes de la violació de l'abstinència (EVA).
- C) Estratègies per reequilibrar l'estil de vida (relaxació o exercici físic entre altres) per a incrementar les activitats alternatives al consum o les activitats addictives.

La interiorització, per part dels subjectes, de què han d'abandonar aquestes conductes addictives i els ambients en els quals aquestes es porten a terme, requereix un determinat temps de treballar-hi, però en investigacions posteriors s'ha demostrat que els individus que aprenen habilitats mitjançant la teràpia de prevenció de les recaigudes, mantenen allò après en el tractament al cap d'un any en què se'ls va fer seguiment (Carroll i col, 1994).

Aquestes persona, per tal de tirar endavant en aquesta "creuada" necessiten poder discutir, tant dels fets interns com de les situacions ambientals relacionades amb la seva conducta addictiva, i aprendre com arribar a ser capaços de resoldre, definitivament, aquests problemes. D'aquí que s'anima als subjectes a pensar en el tractament com un experiment d'aprenentatge de noves conductes amb les quals serà ell mateix qui prengui la decisió final sobre mantenir aquest comportament insà o optar per una conducta alternativa sana per a ell i pel seu entorn més immediat.

6.3.3 L'entrevista motivacional

A part d'una determinada educació que han de rebre els pacients per tal d'evitar recaigudes, ens pot ser molt útil l'ús de tècniques motivacionals d'entrevista (Miller i Rollnick, 1991) per tal que el terapeuta pugui fer veure als pacients que han d'abordar aquestes conductes addictives que presenten.

Quan parlem d'entrevista motivacional ens referim a diferents estratègies que es duen a terme, per part dels terapeutes, per ajudar als pacients a entendre la discrepància existent entre els seus objectius personals i la conducta abusiva que estan duent a terme (ja sigui amb l'alcohol, les drogues, el joc, etc.).

L'entrevista motivacional és un tipus d'entrevista clínica, un estil d'assistència directa, centrada en el pacient per tal de provocar-li un canvi de comportament, és a dir, que li ajudi a explorar i a resoldre ambivalències conductuals o d'hàbits insans per tal de provocar-li canvis cap a estils de vida més saludables. No és un model de treball que es defineixi per la seva tècnica, sinó pel seu esperit, facilitant que el pacient es posi en posició envers dels desitjos de canvi, mirant d'ajudar-lo a reconèixer i a tenir cura del propis problemes, presents i futurs, i potenciant la pròpia percepció d'eficàcia en aquest camí tant important que ha empès. És un enfocament de treball que, sense pretendre canviar l'estil de treball de cada professional, li aporta eines que li permetin afrontar situacions que no han pogut ser resoltes per les resta d'estratègies habitualment emprades alhora d'intentar promoure canvis conductuals dels pacients amb qui s'intervé.



"La entrevista motivacional". Preparar para el cambio de conductas adictivas. Stephen Rollnick; William R. Miller (Paidós).

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

"La ambivalència del pacient es la peça nuclear a la que debe destinarse el esfuerzo terapéutico para el logro de un cambio constructivo. Y la entrevista motivacional --un enfoque no autoritario destinado a ayudar a las personas a que dejen vía libre a sus motivaciones y recursos-- es una técnica poderosa para superar la ambivalencia y ayudar a los pacientes en su motivación hacia el cambio".

"William R. Miller es profesor de los departamentos de Psicología y Psiquiatría de la Universidad de Nuevo México en Albuquerque, donde también dirige el Centro de Alcoholismo, Abuso de Sustancias y Adicciones. Stephen Rollnick, por su parte, es psicólogo clínico en el Hospital Whitchurch de Cardiff y colaborador del Centro de Investigación sobre Drogas y Alcohol de la Universidad de Nueva Gales del Sur, en Sydney".

Encara que pot haver-hi varietat de tècniques en les quals s'aplica com a base aquest model d'entrevista, el cert és que el propi Miller (1994) pocs anys després va haver de sortir a matisar el fet que l'entrevista motivacional no és un conjunt de tècniques que s'apliquen o "utilitzen" amb la gent, sinó que és un estil interpersonal d'equilibri subtil d'elements directius centrats en el client exempts de qualsevol manipulació.

És imprescindible mantenir l'esperit de l'entrevista motivacional perquè realment es pugui donar aquesta assistència directa al client, i aquest esperit es manifestaria per:

- 1.- La motivació envers el canvi parteix del client i no s'imposa sense que aquest ho vulgui.
2. Es una tasca pròpia del pacient, i no dels terapeutes o psicòlegs, articular la seva pròpia ambivalència.
3. La persuasió directa no és una metodologia efectiva per a resoldre l'ambivalència
4. L'estil del terapeuta ha de ser tranquil i evocador
5. L'assessor/terapeuta és la directriu que ajuda al pacient a examinar i resoldre aquesta ambivalència.
6. La disponibilitat pel canvi no és un tret del client, sinó una fluctuació que és producte d'una interacció interpersonal.
7. La relació amb el terapeuta s'assembla més a la d'una associació o d'una companyonia que no pas a la d'un expert receptor.

Per tant, és imprescindible, per a dur a terme l'entrevista motivacional en totes les seves conseqüències, mantenir l'essència de l'esperit, i evitar comportaments com:

1. Plantejar i mantenir que el pacient té un problema i que necessita canviar
2. Oferir consell directe o prescriure solucions al problema sense el permís directe del pacient, o sense que se l'animi a dur a terme la seva pròpia elecció.
3. Prendre una posició autoritària o d'"expert", deixant-li al pacient un paper totalment passiu.
4. Portar la major part del temps la conversa, o actuant en sentit unidireccional de la informació.
5. Imposar una etiqueta de diagnòstic.
6. Comportar-se punitiva o coactivament.

Els principis bàsics de l'entrevista motivacional, per a millorar les habilitats dels professionals alhora d'ajudar a facilitar el canvi, consten d'uns elements teòrics i pràctics imprescindibles:

1. Expressar empatia.
 - a) Acceptar i respectar al pacient, però no necessàriament aprovar-lo.
 - b) Solidaritat emocional (una habilitat ben definida que s'ha d'anar adquirint amb entrenament) envers el pacient, intentant comprendre els seus pensaments i emocions, ja sigui amb gestos (tocar-lo lleugerament), o amb paraules ("entenc que et sentis malament pel què ha succeït", ...).

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

2. Crear discrepàncies.
 - a) Aconseguir que el pacient reconegui on es troba i prengui consciència de quines són les conseqüències del seu comportament.
 - b) És important incrementar-li el seu nivell de conflicte (discrepància entre la conducta actual i els objectius que es volen assolir) per mobilitzar el motor de canvi en ell.
 - c) El pacient ha de poder verbalitzar aquestes discrepàncies i presentar les seves raons per a voler canviar
3. Evitar l'argumentació i discussió amb el pacient sobre la conveniència o utilitat d'aquest canvi.
 - a) S'ha d'evitar la reactivitat psicològica alhora de defensar arguments o d'entrar en discussions contraproduents.
 - b) Si hi ha resistència per part del pacient ens indicarà que l'estratègia del professional ha de donar un tomb, fent-li veure al pacient que és ell, i només ell, qui és totalment lliure d'escollir.
4. Treballar les resistències del pacient.
 - a) Evitar l'actitud del terapeuta d'imposar un canvi "pel seu be".
 - b) Evitar mencionar l'obligatorietat d'un canvi.
 - c) Evitar "renyar" al pacient.
 - d) Servir-se de la seva aportació per a trobar diferents situacions al problema plantejat
 - e) Cercar el millor benefici possible pel client
5. Recolzar i fomentar el sentit de l'auto eficàcia.
 - a) Un factor motivacional important és creure en la possibilitat de canviar, ja que té una gran influència en la capacitat d'iniciar una nova conducta i mantenir-la.
 - b) Reforçar la creença del pacient en la seva capacitat per a aconseguir dur a terme aquest canvi.
 - c) El pacient és l'únic responsable d'escollir i dur a terme aquest canvi, i el terapeuta només està al seu costat per recolzar-lo si aquest ho desitja.

Carl Rogers afirmava que una relació interpersonal, centrada en el pacient, proporciona l'atmosfera ideal per al canvi, permetent-li al pacient un anàlisi de si mateix en un ambient segur. D'aquí que s'utilitzin diferents tècniques de recolzament narratiu, en concret cinc, per tal que aquest pugui veure's acceptat i entès, i al mateix temps pugui veure's a sí mateix com va avançant en aquest canvi:

1. Preguntes obertes: Que no poden respondre's amb monosíl·labs o amb una o dues paraules, sinó que li han de permetre al pacient explicar-se, cosa la qual aconseguim augmentar-li la pròpia percepció del problema.
2. Escotar de forma reflexiva. Cercar permanentment allò que realment ens vol dir el pacient i tornar-li via afirmacions, es a dir frases sense interrogació final. Aquestes poden ser de cinc tipus:
 - a) Repetir alguna frase dita pel pacient, i que ens sembla important.
 - b) Repetir allò dit pel pacient, però canviant alguna paraula per sinònims o alterant lleugerament allò que ha dit per tal d'aclarir-ho millor.
 - c) El professional reflexa allò dit pel pacient amb paraules noves.
 - d) El terapeuta s'expressa amb paraules que refereixen emocions i/o sentiments "Et veig un xic trist", "em dona la sensació que això que parlem t'emociona", ...
 - e) Silencis, els quals utilitzats de forma adequada tenen un potent efecte reflexiu en el pacient, i alhora li permeten un temps d'auto observació d'allò que acaba de dir i/o sentir.
3. Reestructuració positiva. Afirmant i recolzant al pacient mitjançant el fet de destacar els aspectes positius, recolzar allò que ell mateix ha dit amb comentaris i frases de comprensió. Això ens permetrà rehabilitar la seva autoestima i l'autoconfiança.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

4. Resumir, intentant destacar allò que ha dit el pacient i que ens ha semblat més cabdal.
5. Afirmacions d'automotivació, afavorint-les i provocant-les amb preguntes evocadores sobre diferents aspectes: Reconeixement del problema, Expressions de preocupació, intencions de canvi, optimisme pel canvi, ...

En aquest tipus d'entrevista, el treball professional és facilitar l'expressió, per part del propi pacient, dels arguments necessaris per a canviar el seu comportament i resoldre la pròpia ambivalència, procurant que avanci, indefectiblement, cap a una decisió de canvi.

6.4 Tractaments psicològics en l'addicció a l'alcohol i la patologia dual.

En algunes de les sessions m'he trobat amb què la tutora em "recomana" de no ser-hi present, ja que creu que el pacient podria sentir-se una mica "cohibit" si s'hi trobés un co-terapeuta, i el treball que ha portat a terme durant mesos se'n podria ressentir. Aleshores és quan aprofito per treballar plantejaments teòrics. I és en un d'aquests dies, que la tutora em va deixar un parell de llibres per anar-me'ls fullejant, que em se'm va presentar l'ocasió de fer un petit treball teòric sobre estratègies psicoterapèutiques dels tractaments psicològics, fent especial menció a la teràpia cognitivo-conductual en qüestions d'addicció a l'alcohol.



Neus Freixea Fontanals, Mercè Balcells-Oliveró i Antoni Gual Solé.

"Psicopatologia, psicofarmacologia i psicoteràpia cognitivo-conductual de l'alcoholisme". (2004). Màster en Neurociències. Mn2009. Universitat de Barcelona. Instituto de Altos Estudios Universitarios.



Julio Bobes García, Miguel Casas Brugué y Miguel Gutiérrez Fraile. "Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias". (2002). Ed. Ars Médica.



Josep Guardiola Serecigni (coordinador), Dr. Miguel Angel Jiménez-Arriego. "Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo". (2007). Editado por Socidrogalcohol.

L'alcohol és una droga amb complexes i múltiples efectes sobre el comportament. Les dosis, el temps transcorregut després de la ingesta, el consum crònic o independent, els estímuls ambientals, les expectatives de cada individu, la seva personalitat i predisposició genètica, ..., entre altres, seran variables i condicionants a tenir en compte a l'estudiar la resposta i les conseqüències neurobiològiques del consum d'alcohol.

En el SNC, l'alcohol afecta a múltiples neurotransmissors i als seus receptors, incloent-hi la dopamina, el glutamat, el Gaba, l'àcid aminobutíric, la serotonina, la norepinefrina i els pèptids opioïdes.

L'alcoholisme es una malaltia de difícil diagnòstic, especialment per les característiques psicològiques i pel temps que triga a desenvolupar-se. La seva trajectòria sol transcórrer durant uns 10 anys d'evolució, on els consums normatius deixen pas a consums de risc que, més tard passaran a ser consums perjudicials.

L'alcohol presenta una elevada morbimortalitat, i es considera una malaltia psiquiàtrica "per se", d'aquesta manera tant la OMS (CIE-10) com la APA (DSM-IV) l'han inclòs dins de les seves classificacions diagnòstiques.

Així entenem que el trastorn per dependència d'alcohol s'identifica per la presència d'un mínim de tres símptomes, durant un període d'un any, a escollir entre els següents:

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

- Tolerància augmentada
- Abstinència i consum d'alcohol o tranquil·litzants, per a alleugerir els símptomes desagradables de l'abstinència
- Major consum d'alcohol, en quantitat i freqüència, de l'inicialment proposat.
- Esforços poc fructífers per a controlar el consum o per deixar de beure.
- Molt temps dedicat al consum o a la recuperació posterior del consum
- Reducció d'activitats socials, laborals o recreatives degut al consum d'alcohol.
- Persistència del consum, tot i ser conscient dels problemes causats per la ingesta d'alcohol.

El tractament de l'alcoholisme, al igual que el d'altres drogodependències, té un mínim de dues fases clarament diferenciades: Una desintoxicació i una deshabitació.

Ambdues fases són gairebé coincidents en el seu inici, i requereixen d'una bona planificació del tractament i de l'abordatge multidisciplinar envers del pacient alcohòlic. El procés de desintoxicació sol durar de una a dues setmanes; però la deshabitació completa pot comportar un període de cinc anys.

Aquesta deshabitació és un procés d'aprenentatge pel que passa el pacient quan s'enfronta a viure sense alcohol. És un procés que sol requerir de tractament farmacològic (antidipsotròpics o aversius, anti-craving), alhora que tractament psicològic de les anomalies psiquiàtriques associades al alcoholisme.

En iniciar-se aquest tractament psicològic, el més primordial és marcar-se uns objectius realistes i progressius que no ens comportin constants recaigudes, ja que aleshores acabaria ressentint-se l'autoestima d'aquest. Importantíssim, també, un clima de confiança entre pacient i terapeuta, el qual ens ajudarà alhora de marcar un pla d'acció centrat específicament en les necessitats del pacient.

L'ús de tècniques motivacionals (treballades extensament en l'anterior apartat), durant les entrevistes clíniques, ens serà de gran utilitat alhora de treballar amb persones que, generalment, presenten poca autoestima i autoeficàcia.

La intervenció psicosocial

Com ja s'ha esmentat anteriorment, el tractament de les addiccions parteix d'un abordatge multidisciplinar, on s'integren les dimensions biològiques, psicològica i social, amb l'objectiu de treballar tots els factors de vulnerabilitat possibles per evitar, en el màxim del possible, les recaigudes.

L'intervenció psicològica és un dels components fonamentals dels programes terapèutics orientats a mantenir l'adherència terapèutica, prevenir recaigudes, incrementar la competència i qualitat de vida, i reduir, en el màxim de les possibilitats, la comorbiditat psiquiàtrica dels pacients alcohòlics.

L'APA ha anat creant diferents grups de treball, des de 1995 fins a l'actualitat, que ajudin a identificar quins són els procediments psicològics, de tots els actualment existents, que presentin suficient validació científica com per que puguin ser recomanats com a efectius o probablement efectius.

L'APA recomana, com a tractaments probablement efectius per a l'alcoholisme:

- Abordatge del reforç comunitari
- La teràpia conductual de parella (+disulfiram), per abús i dependència
- Entrenament en habilitats socials (en pacients ingressats).

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

I per la seva banda, en una revisió exhaustiva portada a terme per Miller i cols. (2002), van concloure que els tractaments que presentaven una millor evidència d'eficàcia eren:

- Intervencions breus (abordatge motivacional)
- Entrenament en habilitats socials
- Abordatge de reforç comunitari
- Contracte conductual
- Teràpia conductual de parella
- Case management

Cosa per la qual, el 2005, l'APA Work Group on Substances User Disorders, va acabar presentant aquesta llista d'abordatges psicoterapèutics, amb un determinat grau de recomanacions:

Abordatges psicoterapèutics recomanats (APA, 2005)	
Grau de recomanació I (seguretat clínica substancial)	Abordatge motivacional
	Teràpia Cognitivo-conductual
	Tècniques facilitadores basades en els 12 passos
	Teràpia familiar de parella
Grau de recomanació II (seguretat clínica moderada)	Teràpies de grup
Grau de recomanació III (recomanat en circumstàncies individuals)	Teràpia Psicodinàmica
	Teràpia interpersonal

Les teràpies cognitivo-conductuals s'han mostrat útils alhora d'ajudar als pacients a detectar diferents situacions de risc (internes o externes), per a dotar-se d'estratègies i per a valer-se amb elles, aconseguint d'augmentar significativament les taxes d'abstinència i una reducció del consum.

L'objectiu genèric d'aquests abordatges és ensenyar-li als pacients a identificar el craving i les situacions de risc de consums d'alcohol, i ajudar-lo a incrementar l'autocontrol i les habilitats per a sortir-se'n d'aquestes situacions. Algunes de les tècniques que més s'utilitzen i que més s'han estudiat són: la prevenció de recaigudes, les tècniques d'autocontrol, l'entrenament en habilitats socials, les tècniques motivacionals i la dessensibilització sistemàtica.

En combinació amb altres estratègies d'afrontament, les exposicions a estímuls, pròpies de les teràpies conductuals, es mostren eficients en la reducció de la freqüència i la intensitat del consum, del craving, i en l'augment de l'autocompetència, en les intervencions orientades cap el consum controlat.

És altament recomanable, en els tractaments de l'alcoholisme, la inclusió de la parella, ja que es creu que ajuda a millorar els resultats del consum, especialment en aquells casos en que la relació pot estar deteriorada o quan no es donin habilitats de comunicació.

Els grups d'ajuda

Les teràpies de grup permeten als terapeutes d'optimitzar el temps, i moltes vegades l'abordatge que es porta a terme pot ser més eficaç que únicament amb teràpia individual.

Aquesta forma de treballa proporciona universalitat a la pèrdua de control i a la dependència que experimenten els addictes al alcohol, cosa la qual ajuda en la reducció de resistències i fa disminuir la disconformitat que sent el pacient amb sí mateix.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Les formes no directives de teràpia grupal, i la teràpia cognitivo-conductual, semblarien presentar una efectivitat similar en l'obtenció de resultats, presentant efectes reforçadors, tant a l'adherència inicial del tractament com en la relació cost-eficàcia. De models de grups d'autoajuda n'hi ha diversos, i s'ha intentat debatre quins d'ells són els més efectius i eficaços davant d'una intervenció terapèutica.

Els principals estudis duts a terme en aquest camp (MATCH i DVA) han comparat el model dels 12 passos amb el cognitivo-conductual o l'eclèctic, entre altres. I els resultats finals que s'obtingueren fou:

- Que la inclusió d'elements cognitivo-conductuals en els programes professionals (12 passos i els eclèctics) ajuda i millora l'obtenció de resultats favorables entre els pacients.
- Que si la població dependent utilitzés grups d'autoajuda basats en el model cognitivo-conductual, els pacients acabarien presentant una millor adherència i una major utilització de les diferents formes de tractament, amb la qual cosa s'aconseguiria una millor evolució i una menor taxa de recaigudes que aquells pacients que només assisteixen a programes d'autoajuda sense aquesta base cognitivo-conductual.

6.5 Trastorn Mental Greu (TMG) i Trastorn Mental Sever (TMS)

Trastorn Mental Greu (TMG)

Un Trastorn Mental Greu (TMG) engloba una sèrie d'entitats nosològiques de diferent naturalesa i presentació clínica que tenen en comú uns criteris de gravetat i persistència en el temps, amb tendències al deteriorament i que tenen alterades les relacions interpersonals de la vida familiar, social, escolar i laboral.

Es consideren Trastorns Mentals Greus els següents diagnòstics: Els Trastorns Psicòtics (amb diagnòstic establert o presumpte), els Trastorns Afectius Greus, els Trastorns Generalitzats del Desenvolupament (TGD), els Trastorns Mixtes del Desenvolupament, els Trastorns de la Conducta Alimentària greus, els Trastorns Obsessiu Compulsius, els Trastorns Dissocials (TD) i els Trastorns Límit de la Personalitat (TLP).

Com a altres factors de gravetat de pronòstic associats hi trobem les comorbiditats (TDAH, retràs mental i consum de tòxics), comorbiditats mèdiques, freqüentació hospitalària (ingressos i assistències a urgències), situació social, familiar i escolar o ocupacional.

CLÍNICS	REPERCUSSIÓ SOCIAL	ÚS DE SERVEIS
A) Gravetat clínica: - Presència d'una significativa distorsió de la realitat o del comportament obertament inadaptat i atribuïble al trastorn mental.	- Pertorbació o limitació de la funció (disfunció). - Incapacitat funcional (discapacitat per al desenvolupament d'un rol social). - Dependència (necessitat permanent de manteniment per part d'una altre persona o d'un servei concret).	- Utilització prèvia d'un o més serveis de salut mental, de forma perllongada o reiterada. - Alta d'un servei d'aguts o de mitja o llarga estància. - Tres o més hospitalitzacions al llarg de 2 anys
B) Temporalitat: Els aspectes clínics es presenten de manera continua o episòdica recurrent durant, al menys, dos anys.	- Sobrecàrrega familiar manifesta o persistent, o be absència de família. - Absència de xarxa social.	- Més de 15 dies d'hospitalització al llarg de la seva vida. - Estança de més de 90 dies durant la darrera hospitalització psiquiàtrica. - Després de 3 atencions en un servei d'urgències per causes psiquiàtriques en un any, o més de 4 en els darrers 2 anys.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

 <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/381/1/TRASTORNO%20MENTAL%20GRAVE%20EN%20UNA%20UNIDAD%20DE%20SALUD%20MENTAL%20INFANTO-JUVENIL.%20ESTUDIO%20DESCRIPTIVO.pdf>

 <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple3/suple3.html>

 http://www.revistainterrogant.org/?page_id=153

Trastorn Mental Sever (TMS)

S'entén com a Trastorn Mental Sever (TMS) aquells trastorns mentals greus que comporten una variable discapacitat i disfunció social. Aquesta definició, segons l'Institut Nacional de Salut Mental dels EEUU (NIHM), al 1987, inclou tres dimensions:

DIAGNÒSTIC	DURACIÓ MALALTIA I TRACTAMENT	PRESENCIA DE DISCAPACITAT
Inclou els trastorns psicòtics (excloent-hi els orgànics i les psicosis dels majors de 65 anys) i alguns trastorns de la personalitat (Segons CIE-10 s'hi inclourien els codis F20-22, F24, F25, F28-31, F32.3, F33.3)	Superior als 2 anys	Disfunció moderada o severa del funcionament global, mesurat a través del GAF (APA 1987), que indicaria una afectació de moderada a severa del funcionament laboral, autonomia, autocontrol, relacions interpersonals, oci i temps lliure i/o en el funcionament cognitiu.

Algunes de les característiques que presentarien les persones amb TMS serien: Major vulnerabilitat a l'estrès i dificultat per afrontar les demandes de l'ambient, dèficit en les seves habilitats i en les capacitats per al maneig autònom, dificultats per a la interacció social amb pèrdues d les xarxes socials de recolzament que poden acabar provocant aïllament social, dependència elevada d'altres persones i dels serveis sanitaris i/o socials, i dificultats per accedir i mantenir-se dins del món laboral, amb les dificultats d'integració social que això comporta per a la independència econòmica, cosa la qual acaba afavorint la pobresa i la marginació.

 <http://www.ome-aen.org/grupos/CuadernoTecnico6Rehabi.pdf>

 <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/REVISION1.pdf>

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

7 CONCLUSIONS I PROSPECTIVA

L'objectiu inicial que es proposa des de la llicenciatura, alhora de proposar als alumnes la realització dels pràcticums de psicologia, en la seva vessant de clínica i/o de la salut és, mitjançant una orientació pràctica i aplicada: a) la intervenció sobre els problemes psicològics, en els seus diferents contextos, mitjançant l'anàlisi, l'avaluació i el tractament, tant de nens com d'adults; en el camp de la psicologia clínica, i b) la intervenció en diferents aspectes de la salut i de la malaltia, atenent especialment el desenvolupament de programes de promoció de la salut, prevenció, suport i atenció continuada a diferents col·lectius, en el camp de la psicologia de la salut^x.

Encara que a la nostra societat ha anat evolucionant en la cerca d'una creixent especialització, i la psicologia no n'està aliena, sí que m'agradaria deixar clar que comparteixo molt de la definició integradora que fa en Rafael Ballester en un dels capítols del llibre que M^a Dolores Avia escriu per als joves psicòlegs (...individus curiosos, amb ganes d'aprendre i plenes d'interès per a la psicologia), en els qual deixa entreveure aquesta separació d'especialitats que es fa entre la psicologia clínica i la psicologia de la salut, però que al mateix temps ell n'integra els coneixements d'ambdues especialitats, en un marc teòric unificat, on la psicologia clínica de la salut s'ocuparia tant de la promoció de la salut com del tractament psicològic de qualsevol trastorn, sense distincions possibles que puguin mantenir aquesta dicotomia tant estesa entre el cos i la ment^{xi}.



María Dolores Avia (dir). "Cartas a un joven psicólogo". Segunda edición. (2006). Psicología. Alianza Editorial.

És molt important ser capaços d'assimilar i conèixer els avenços que es puguin donar en totes i cada una de les especialitats dels diferents àmbits de la psicologia, encara que penso que ens ajudarà a ser molt més efectius, en el nostre dia a dia, la capacitat que tinguem d'integrar aquests coneixements en la totalitat psicològica que conforma l'autèntica realitat d'un ésser humà.

"Les coses han de ser apreses només per a ser desaperes de nou" Richard Feynman.

La finalitat última d'apropar l'alumne al món professional de la psicologia, de manera que es pugui aplicar a una situació real aquells coneixements teòrics adquirits al llarg dels estudis de la llicenciatura, ha estat una constant en les pràctiques que he pogut portar a terme, ja que al llarg de dos semestres he pogut conèixer un model de treball, el cognitiu conductual, que és el que s'utilitza de forma majoritàriament al centre, mitjançant el qual he pogut observar i reflexionar sobre com les meves tutores han anat estructurant les diferents sessions de treball en funció de cada pacient o grup de pacients, així com les tècniques de treball que han anat aplicant en cada moment per tal de, situant-se davant la realitat pròpia les demandes, problemes o necessitats detectades a cada persona, treballar conjuntament amb elles per a identificar els factors rellevants que millor puguin influir en la intervenció terapèutica que s'està duent a terme, motivant-les i orientant-les a nivell cognitiu per tal que siguin capaces d'assumir noves pautes de comportament que les ajudin a deixar enrere els problemes pels quals han/van arribat/arribar al centre de salut mental.

Tot i que inicialment la meua idea sigui enfocar la professió en l'àmbit dels adults, sí que és cert que el treballar amb el grup de nens m'ha fet replantejar-me moltes de les situacions familiars del propi entorn, donant-li molta més importància a la qualitat socioeducativa dels nostres infants i a la qualitat de l'estona que aquests passen al costat dels seus progenitors/cuidadors, que no pas a l'aparent quantitat d'activitats que puguin

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

fer a nivell social, o a la quantitat de maquinària o d'aparells que se'ls pugui comprar. De fet, m'ha cridat molt l'atenció la manca d'atenció i dedicació que molts d'ells poden acabar patint, degut a les "obligacions" socials i professionals dels seus progenitors. Moltes vegades, amb un "petit canvi" de preferències i en la forma com s'organitzen les activitats del dia a dia entre els membres del nucli familiar, s'aconseguiria una millora molt important en el comportament d'aquests infants.

Altre dels assoliments que he pogut dur a terme, respecte del semestre passat, ha estat el poder fer avaluacions neuropsicològiques al costat de la "màxima autoritat en la matèria" del centre. És molt important tenir present que un examen comprensiu de les funcions cognitives, conductuals i emocionals de les persones, com a conseqüència d'afectacions funcionals i/o estructurals del Sistema Nerviós Central, es duu a terme amb un objectiu clínic específic, concret i determinat per a cada subjecte, i que aquest sol ser diferent en cada persona, cosa per la qual ha d'escollir-se les proves que s'han d'administrar amb molta cura i, sobretot, en funció de les hipòtesis que es formulin per a cada pacient.

L'observar qualsevol detall en tots els "racons" de les entrevistes clíniques, el cercar bibliografia dels temes que m'han semblat importants, el sentir dubtes i també la confusió en determinats moments,..., tot això ha fet que, mentre he pogut estar al costat d'aquestes professionals altament experimentades, anés observant el meu entorn amb molt d'entusiasme i amb moltes ganes d'aprendre abans d'acabar aquesta darrera etapa de la llicenciatura, per a poder endinsar-me, sòlidament, en un "vell" nou camí, unes vegades en solitari i altres en un equip de professionals, per aquest apassionant i complicat món de la psicologia, no exempt de dificultats alhora d'intentar canviar les actituds i comportaments de la gent.

També vull deixar clar que l'exposició d'aquestes conclusions finals de la memòria no són més que una mostra conscient de la pròpia limitació en coneixements pràctics, respecte de l'autèntic rol del psicòleg clínic i de la salut, així com de l'enorme respecte i admiració que sento envers tots els professionals amb els qui he tingut la sort d'aprendre'n quelcom al llarg de tots aquests anys de formació teòrica i pràctica.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

8 VALORACIÓ CRÍTICA

Tot i la gran quantitat de coneixements relacionats amb l'exercici de la professió, que un estudiant de psicologia pot aprendre durant la realització d'un pràcticum, tampoc m'agradaria deixar d'aportar el meu punt de vista respecte d'algunes observacions molt particulars que he anat constatant al llarg d'aquest període, i que encara que sóc plenament conscient de la seva dificultat alhora de posar-hi remei, crec que és important de tenir present la poca disponibilitat d'espai temps existent per a fer una "veritable" teràpia psicològica de sessions setmanals i mensuals en un determinat període de temps, tant en nens com en adults, degut a l'enorme demanda existent dels serveis de salut mental a la Catalunya Central.

Al igual que en l'anterior període de pràctiques, segueixo creient que l'actual sistema sanitari no és capaç de cobrir la demanda existent de persones afectades de malalties/trastorns mentals, cosa per la qual, i des d'un punt de vista dels pacients, seria important de replantejar-se la possibilitat d'incloure nous professionals amb els quals reduir les mancances actuals de sessions terapèutiques, avaluacions neuropsicològiques i afrontament psicològic de les patologies.



I per acabar vull fer una petita reflexió pels futurs estudiants de psicologia, que hauran de fer els seus pràcticums en l'àrea clínica, així com als tutors i consultors que els acompanyaran en aquest recorregut tan transcendental per a les seves futures aspiracions professionals: Lluiteu, lluitem tots junts "por un prácticum "clínico" que no convierta a los estudiantes de psicología en pedigüeros de las prácticas y los coloquen en la zozobra inquieta que les lleve a un peregrinaje absurdo por diversos centros públicos o privados, a la búsqueda de algún paciente al que puedan simplemente observar" (De Josep M^a Farré, Psiquiatre de l'Institut Dexeus, en el llibre de María Dolores Avia (dir), "Cartas a un joven psicólogo", en la seva segona edició).

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

9 ANNEXOS

9.1 Estratègies i models de treball

9.1.1 Àrea infanto-juvenil

9.1.1.1 Entrevista estructurada

MOTIU DE CONSULTA. Història i evolució de la malaltia actual.

Exploració Psicopatològica actual.

ANTECEDENTS PERSONALS

- 1- Embaràs
- 2- Part
- 3- Post part
- 4- Temperament primera infantesa
- 5- Antecedents mèdics
- 6- Desenvolupament psicomotriu
- 7- Desenvolupament llenguatge
- 8- Control esfínters
- 9- Alimentació
- 10- Son

ANTECEDENTS PSICOPATOLÒGICS (T. Estat d'ànim, T. Ansietat, T. Conducta, Síntomes psicòtics)

- 1- T. Estat d'ànim
- 2- T. Ansietat
- 3- Tics i hàbits motrius
- 4- T. Conducta
- 5- Síntomes Psicòtics
- 6- Consultes, exploració i seguiment psicològic/psiquiàtric/logopèdic anteriors

PERSONALITAT DEL PACIENT I ADAPTACIÓ SOCIAL

HÀBITS TÒXICS

FAMÍLIA

- 1- Nucli familiar
- 2- Antecedents psicopatològics familiars
- 3- Esdeveniments vitals
- 4- Dinàmica familiar (relacions familiars, estils educatius, ...)

HÀBITS D'AUTONOMIA

ESCOLA

- 1- Curs actual: Escola actual: Nom mestre
- 2- Història escolar

TREBALL


LLEURE

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

PLA TERAPÈUTIC

9.1.1.2 Llibre/Manual per a treballar en les sessions de Teràpia Grupal amb infants d'entre 7/10 anys diagnosticats de TDAH.

Índex del Primer curs

	
ÍNDEX	
PRESENTACIÓ.....	5
Calendari.....	8
Agenda.....	9
Les normes del grup.....	10
Hàbits d'autonomia.....	11
De mica en mica s'omple la pica.....	15
T.D.A.H.....	17
Resum.....	20
La tasca que tinc és.....	21
QUÈ SÓN ELS SENTIMENTS?.....	23
Llista de sentiments.....	24
Classifico els sentiments.....	25
Resum.....	26
La tasca que tinc és.....	27
INTENSITAT I EXPRESSIÓ DELS SENTIMENTS.....	29
Expressió dels sentiments.....	30
Intensitat dels sentiments. Emocions.....	34
Funcionament psicològic.....	36
Resum.....	39
La tasca que tinc és.....	40
LA IRA.....	43
Què és la ira?.....	44
El cos ens avisa.....	45
Què penso quan estic enfadat?.....	46
Jo em sento.....	47
Resum.....	48
La tasca que tinc és.....	49
AUTOCONTROL DE LA IRA.....	51
Què puc fer per controlar la meua ira?.....	52
Què ens podem dir per calmar-nos, per no picar, per no insultar.....	

per no explotar?.....	53
La meua autoinstrucció.....	54
Resum.....	55
La tasca que tinc és.....	56
L'ANGOIXA I LA POR.....	57
Què és l'angoixa i la por?.....	58
El cos ens avisa.....	59
Què penso quan tinc por o estic preocupat?.....	60
Em sento.....	61
Resum.....	62
La tasca que tinc és.....	63
AFRONTAMENT DE L'ANGOIXA I LA POR.....	65
Què puc fer per afrontar la meua angoixa, les meves preocupacions?.....	66
Què ens podem dir per calmar-nos, per no tenir por, ser valents, per estar tranquil?.....	67
La meua autoinstrucció.....	68
Resum.....	69
La tasca que tinc és.....	70
LA TRISTESA.....	71
Què és la tristesa?.....	72
El cos ens avisa.....	73
Què penso quan em sento trist?.....	74
Em sento.....	75
Resum.....	76
La tasca que tinc és.....	77
AFRONTAMENT DE LA TRISTESA.....	79
Què puc fer per no estar tan trist i animar-me?.....	80
Què ens podem dir per sentir-nos millor?.....	81
La meua autoinstrucció.....	82
Resum.....	83
La tasca que tinc és.....	84

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Índex del Segón curs

ÍNDEX

CONTINUEM! 5

PRESENTACIÓ 6

Calendari 7

Agenda 8

Les normes del grup 9

Hàbits d'autonomia 10

De mica en mica s'omple la pica 14

T.D.A.H. 16

Resum 19

La tasca que tinc és 20

L'AUTOESTIMA 21

Què creus que vol dir l'autoestima? 22

Què opino jo de mi? 23

Què opinen els altres de tu 24

Frases que em dic o activitats que em fan sentir malament 25

Frases o activitats que m'ajuden a sentir-me millor 26

Resum 27

La tasca que tinc és 28

SOLUCIÓ DE PROBLEMES 33

Solució de problemes... anem a fer de detectius! 34

Tenim un laberint. Com el resol? 36

Ara prova-ho tu! 39

Triem una targeta i representem la solució 42

Resum 44

La tasca que tinc és 45

LES HABILITATS SOCIALS 47

Un nen agressiu... un monstre 48

Un nen passiu... un ratolí 49

Un nen assertiu... un habilitós 50

Qui actua d'aquesta manera? 51

Anem a fer Teatre 53

Resum 57

Hàbits d'autonomia



HÀBIT D'AUTONOMIA:

Fas tu, tot sol, sempre aquestes tasques?

	SI	NO		SI	NO
Vestir-te			Ordenar la teva habitació		
Despullar-te			Ordenar les joguines		
Despertar-te			Fer el teu llit		
Anar-te'n al llit			Fer els deures		
Menjar			Preparar la mobília		
Dubtar-te			Preparar la bossa d'esport		
Rentat-te el cap			Anar sol a fer un encàrrec		
Rentat-te les dents			Anar sol a l'escola		
Deixar la teva roba bruta per rentar			Parar/Desparar laules		
Anar a dormir a l'hora pactada			Tenir cura de la mascota		
Treure les escombraries					

Marca amb una X els dies que SI has fet l'hàbit pactat.

Primer hàbit

OCTUBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOVEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
DECEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
GENER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FEBRER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
MARÇ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ABRIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
MAIJ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JUNY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
JULIOL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Tabla de las sesiones:

1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a
11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a

Segon hàbit

OCTUBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOVEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
DECEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
GENER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FEBRER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
MARÇ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ABRIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
MAIJ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JUNY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
JULIOL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Tabla de las sesiones:

1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a
11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a

Els problemes que comporta el TDAH

ELS NENS AMB T.D.A.H. PODEN TENIR 3 PROBLEMES:

- DÈFICIT D'ATENCIÓ**
 - Em **distrec** amb una mosca que passa.
 - Em diuen que sempre **estic a la lluna**.
 - Sóc molt **lent** fent la feina.
 - M'han d'avisar sovint perquè diuen que **no escolto**.
 - Sovint **em deixo** la jaqueta, la cartera ...
- HIPERACTIVITAT**
 - No** em puc estar **quiet**.
 - M'enfilo** a tot arreu.
 - Em fan callar perquè diuen que **xerro massa**.
 - Em **costa estar ben assegut**.
 - M'agrada **remenar-ho tot**.
- IMPULSIVITAT**
 - Em **costa esperar**.
 - Sóc **impacient**.
 - Quan m'enfado, em costa controlar-me: **Exploto fàcilment!**.
 - Quan m'esvero, **no sé aturar-me**.
 - A vegades **faig les coses sense pensar-les**.
 - No sé com, però moltes vegades em fico en problemes**.

T.D.A.H.

- TDAH-DA:** predomina el Dèficit d'Atenció
- TDAH-HI:** predomina la Hiperactivitat i la Impulsivitat
- TDAH-COMBINAT:** hi ha Dèficit d'Atenció, Hiperactivitat i Impulsivitat

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

9.1.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

9.1.2.1 Model d'Entrevista d'Acollida:

- | | |
|--|---|
| 1- Motiu de la consulta | 8- Tractaments previs |
| 2- Percepció del problema de joc / trajectòria | 9- Història afectiva |
| 3- Situació econòmica | 10-Relacions socials/aficions |
| 4- Consum de tòxics / trajectòria | 11-Estudis |
| 5- Situació familiar | 12-Situació laboral |
| 6- Antecedents familiars | 13-Autodefinició |
| 7- Antecedents personals de salut | 14-Motivació per iniciar tractament i suport familiar |

9.1.2.2 Estratègies de prevenció, d'ús habitual al CESAM

Pautes a seguir en el tractament del joc patològic



PAUTES A SEGUIR EN EL TRACTAMENT DEL "JOC PATOLÒGIC"

AQUESTES PAUTES VAN DIRIGIDES A LES PERSONES EN TRACTAMENT PER JOC PATOLÒGIC, AMB LA FINALITAT DE SUPERAR L'ADDICCIÓ DE FORMA MÉS SATISFACTÒRIA

1. És necessari que mentre duri el tractament, un familiar proper col·labori en el tractament de forma activa, acompanyant el pacient a les visites i seguint les pautes que el terapeuta doni.
2. Aquest familiar serà qui es farà responsable dels aspectes econòmics: administrará els diners, i guardarà les targetes de crèdit, llibretes d'estalvi, talonaris, etc.
3. Mentre el terapeuta ho consideri convenient, el pacient s'alliberarà de tota responsabilitat en els temes econòmics, i procurarà evitar tot contacte amb els diners tant directament com indirectament.
4. Momentàniament el pacient no portarà diners a sobre, sols els imprescindibles en cas de ser molt necessari. Si es dona aquesta situació, s'utilitzarà un registre pel control diari d'aquests diners.
5. Mentre no s'indiqui el contrari, el pacient no entrarà en els bars o locals especialitzats en joc.
6. Es canviarà el costum d'entrar a comprar tabac o prendre el cafè en el bar. El tabac es comprarà en l'establiment destinat per a aquest fi i el cafè es prendrà a casa.
7. No es comprarà loteria ni es participarà en altres jocs d'apostes sota cap concepte.
8. És important no recrear-se amb pensaments relacionats amb el joc. Quan aquests apareguin es procurarà distreure l'atenció, canviant de pensament al més aviat possible.
9. Jugar és una conducta que es pot evitar si es modifiquen les circumstàncies que l'envolten.
10. Recuperar-se del joc patològic vol dir deixar de jugar totalment i per sempre.
11. El compliment de les pautes que es donen al llarg del tractament, en garanteix l'èxit i els bons resultats d'aquest.

Registre diari de control de despeses

REGISTRE DE DESPESES

NOM:
MES:

DIA							
QUANTITAT							
DESPESES							
DIFERÈNCIA							
SIGNATURA							

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Inventari de Situacions precipitadores de la recaiguda i l'estrès d'afrontament en el joc patològic

Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el juego patológico.

(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996)

A continuació apareix una llista de situacions que algunes persones les produeixen ganes de jugar. Conteste a cada una de elles en funció si usted considera que es una situació "muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" o "nada peligrosa" para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategias ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un local de juego por un bar con máquinas tragaperras.

- Muy peligrosa Bastante peligrosa
 Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

A continuació especifique otras situaciones que no aparecen en este inventario y que a usted le han supuesto un alto riesgo de recaída. Indique también cómo afronto dichas situaciones.

Situación 1.

Estrategia de afrontamiento utilizada:

2. Cuando estoy con personas que están jugando.

- Muy peligrosa Bastante peligrosa
 Poco peligrosa Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 2

Estrategia de afrontamiento utilizada:

3. Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía.

- Muy peligrosa Bastante peligrosa
 Poco peligrosa Nada peligrosa

9.2 Tests Projectius i psicomètrics

9.2.1 Àrea infanto-juvenil

9.2.1.1 WISC-IV, Escala d'intel·ligència Wechsler per a nens.



Es tracta d'una versió actualitzada i renovada de les anteriors escales de Wechsler para nens (WISC, WISC-R i WISC-III). Ofereix informació sobre la capacitat intel·lectual general del nen (CI Total) i sobre el seu funcionament en les principals àrees específiques de la intel·ligència (Compressió verbal, Raonament perceptiu, Memòria de treball i Velocitat de processament). L'Escala es compon de 15 tests, 10 principals i 5 optatius. Els principals canvis quant a estructura es refereixen a la incorporació de 5 proves de nova creació (Animals, Endevinalles, Matrius, Conceptes i Lletres i Nombres) i l'eliminació d'altres presents en versions anteriors (Laberints, Trencaclosques i Historietes). Tots els materials han estat renovats i el contingut dels tests ha estat revisat i adaptat a les necessitats actuals i als últims avanços en la investigació, ampliant l'àmbit d'aplicació per a abastar nens amb molt baixes o altes capacitats i millorant les normes d'aplicació i correcció. El WISC-IV ha estat tipificat amb una mostra de 1.590 nens representativa de la població infantil espanyola. Els barems es distribueixen de 4 en 4 mesos en 33 grups d'edat. <http://www.teaediciones.com>

Pràcticum II

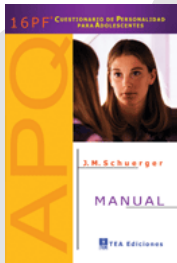
de Psicologia clínica i de la salut

9.2.1.2 MACI, Inventari Clínic de Millon per a Adolescents.



El MACI ha estat dissenyat per a avaluar característiques de personalitat i síndromes clíniques en adolescents. El seu específic disseny per a adolescents, contrasta amb altres qüestionaris clínics pensats per a població adulta. El complet sistema teòric que ho sustenta i la confluència en suggeriments diagnòstics i elements amb l'actual DSM IV, així com un complet estudi de validació, ho fan un valuós i rellevant instrument. És especialment útil en l'avaluació i confirmació d'hipòtesis diagnòstiques, en la planificació del tractament i en la mesura del progrés en les diferents fases del tractament. Consta de 160 elements que s'agrupen en 27 escales dividides en tres grans àrees: Característiques de Personalitat, Preocupacions Expressades i Síndromes Clíniques. Disposa de punts de cort per a prendre decisions davant trastorns o síndromes clíniques i d'índexs de validesa i control. La seva correcció es realitza amb un disc de correcció/perfil; es necessita 1 ús per subjecte avaluat. <http://www.teaediciones.com>

9.2.1.3 16PF-APQ, QÜESTIONARI DE PERSONALITAT PER A ADOLESCENTS



Aquest nou qüestionari neix a 2001 com una revisió i actualització del HSPQ (Cattell i cols., 1984). Conté les mateixes 16 variables del 16PF-5 i les 5 dimensions globals. Les 15 escales pròpies de personalitat s'amiden amb 135 elements i la de raonament amb 15 qüestions. Inclou a més 15 elements sobre preferències ocupacionals i una secció amb 43 qüestions dedicades a problemes personals. Les preferències ocupacionals es resumeixen en els 6 estils de personalitat de Holland (Manual, Científic, Artístic, Col·laborador, Organitzador i Metòdic). La secció de problemes personals s'ha concebut com una oportunitat perquè el jove assenyali aquelles àrees que li resulten particularment problemàtiques. La seva aplicació és opcional i pot servir com guia o per a anticipar temes en una entrevista d'orientació. La seva correcció es realitza amb un disc de correcció/perfil; necessita 1 ús per subjecte avaluat. <http://www.teaediciones.com>

9.2.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

9.2.2.1 MMPI-2 – Inventari Minnesota Multifàsic de la Personalitat .



El MMPI-2 és una versió actualitzada i revisada en profunditat d'un dels instruments més importants i utilitzats que existeixen per a avaluar la personalitat. Encara que es mantenen la major part de les característiques bàsiques del MMPI, s'han introduït moltes i importants millores: nous elements per a avaluar àrees no contemplades abans; indicadors de validesa més complets; noves escales suplementàries de gran utilitat; redacció dels elements més cuidada, actual i respectuosa; barems actuals basats en una àmplia mostra representativa de la població espanyola. El MMPI-2 aporta una gran riquesa d'informació sobre l'estructura de la personalitat i els seus possibles trastorns: 3 escales de validesa, 10 escales bàsiques, 15 escales de contingut, 18 escales suplementàries i 31 subescales. El MMPI-2 integra l'experiència de 50 anys d'investigació amb la frescor d'una nova versió adaptada als principis i tendències més modernes. La versió bàsica de correcció manual (amb plantilles) permet obtenir els resultats de 3 escales de validesa, les 10 escales bàsiques i les 15 escales de contingut. Les restants escales només poden corregir-se amb un disc de correcció/perfil; es necessita 1 ús per subjecte avaluat.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

9.2.2.2 WAIS-III – Escala d'intel·ligència de Wechsler per adults .



Nova versió, completament revisada i actualitzada, de la prova més important d'avaluació de la intel·ligència, amb nous elements i amplis barems. WAIS-III inclou els 11 tests del WAIS i tres nous: Matrius, Recerca de símbols i Lletres i nombres. Permet obtenir els clàssics CI (verbal, manipulador i total) i quatre índexs específics: Comprensió verbal, Organització perceptiva, Memòria de treball i Velocitat de procés. El WAIS-III s'ha tipificat a Espanya entre 1997 i 1998, sent la primera adaptació publicada després dels Estats Units. La mostra es va compondre de 1.369 subjectes d'entre 16 i 94 anys d'edat, procedents de totes les regions espanyoles. WAIS-III s'ha dissenyat per a facilitar l'ús transcultural, reduint el "sòl" dels tests perquè siguin aplicables a persones amb funcionament cognitiu deficient, mantenint la continuïtat amb el WAIS però introduint importants millores en els elements i en els nous tests i cuidant especialment l'elaboració dels materials.

9.3 Bibliografia

9.3.1 Àrea Infanto-juvenil

"**DSM-IV-TR**". Breviario. Criterios diagnósticos. (2002) Ed Masson. Reimpresión 2005.

- Se trata de la última actualización del DSM-IV.
- Esta cuarta edición, Texto Revisado, incorpora información sobre las últimas publicaciones en la investigación de las enfermedades mentales acontecidas desde que el DSM-IV fue concluido en 1994.
- Actualización de los códigos CIE-9 y CIE-10.
- Es una guía conceptual y metodológica que facilita la investigación, mejora la comunicación entre los clínicos y los investigadores, y sirve de herramienta para la enseñanza de la psicopatología.
- La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV-TR posea la más amplia gama de información y que pueda aplicarse y usarse en todo el mundo.

El Texto Revisado recoge las últimas actualizaciones, que parten de una exhaustiva revisión de la literatura sobre las investigaciones en trastornos mentales publicadas desde la aparición del DSM-IV hasta la fecha, así como la actualización de los código CIE-9 y CIE-10.

La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y que se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Posee la más amplia gama de información y que pueda aplicarse y usarse en todo el mundo, además de incorporar los códigos de CIE-9 y CIE-10, lo que aumenta la compatibilidad entre los dos sistemas.

El cuerpo central de la obra está dedicado a los diferentes trastornos mentales: de inicio en la infancia, amnésicos y cognoscitivos, causados por otra enfermedad, psicóticos, de ánimo, ansiedad, somatomorfos, etc.

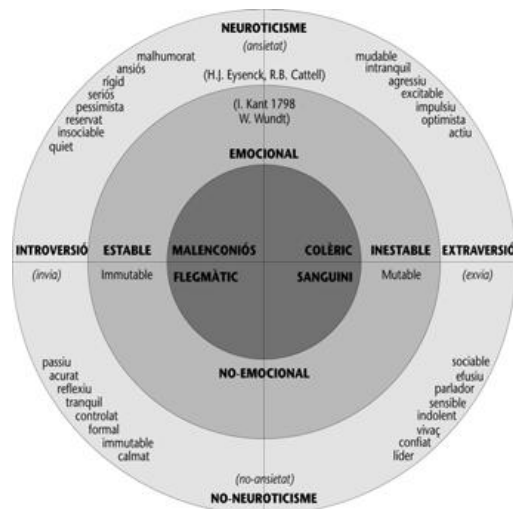
La brevedad y concisión en los criterios no está en ningún caso reñida con la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos.

Producto de 14 grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual, está diseñada para aumentar la participación de profesionales expertos en cada uno de los campos.

El model de personalitat PEN d'H.J. Eysenck. "Perspectives teòriques i camps d'aplicació" de la teoria de la personalitat. Mòdul 3. "Psicologia de la Personalitat". Fundació UOC.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut



Eugenia V. Vinet, Maria Forn i Santacana. (2006) "El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica". *Psykhé* (Santiago) ISSN 0718-2228 verión on-line. PSYKHE 2006, Vol.15, Nº 2, 69-80.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282006000200007&script=sci_arttext

Se analizó el comportamiento del MACI en adolescentes de población general ($n = 391$) y clínica ($n = 226$) determinando, en cada escala, el punto de corte que ofrece la mejor discriminación entre los dos grupos. El 85% de las escalas posee un buen poder discriminativo con índices adecuados de sensibilidad y especificidad; no obstante, las escalas de Sumisión, Insensibilidad Social, Predisposición Delictiva y Sentimientos de Ansiedad no discriminan adecuadamente y, al contrario de lo esperado teóricamente, en las escalas de Dramatización, Egoísmo, Conformismo e Incomodidad Sexual, los puntajes menores son los indicativos de patología. Se valora la aplicabilidad del MACI en población general para detectar casos en riesgo y se analiza la posible influencia de variables culturales en las respuestas a algunas escalas.

Judit Abad i Gil, Glòria Aguirre Llagostera, Blanca Anguera, Manuel Armayones Ruiz, Guillem Feixas, Mercedes Torres Viñals, Ana Tuset. "Avaluació i intervenció en problemes de depressió, ansietat i desordres de la personalitat". Modul 3 Assignatura "Avaluació i intervenció en problemes clínics". Fundació UOC.

Sergi Banús. "Psicología Clínica Infanto-juvenil: Una aproximación a su conocimiento ...". WISC-R WISC-IV.

<http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/instrumentosdeevaluacion/wiscrwisciv/index.php>

El WISC-R y su reciente actualización el WISC-IV, constituyen las pruebas de Inteligencia más conocidas y utilizadas por parte de los diferentes profesionales de la salud y educación infantil. La primera publicación de la escala tal como la conocemos, se remonta a 1.974, 25 años después de la publicación original del WISC de la que se derivó.

Ambas pruebas son de aplicación individual y en el caso del WISC-R, nos permiten obtener puntuaciones en tres escalas: la verbal, la manipulativa y la total. Las escalas verbal y manipulativa se identifican, según el modelo aportado por Wechsler, con las dos formas principales de expresión de las capacidades humanas (Inteligencia). La tercera escala o Escala Total representa un índice global obtenido a partir de las dos escalas anteriores

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

El WISC-R, proporciona tres valores de C.I. (Cociente Intelectual) asociados a las tres escalas primarias mencionadas (Verbal, Manipulativa y Total). La parte verbal contiene 6 subpruebas y la manipulativa otras 6 subpruebas. Para el cálculo del CI total no se contabilizan las subpruebas de Dígitos y Laberintos.

9.3.2 Àrea d'addicció i control d'impulsos en adults

A. Ibáñez Cuadrado y Jerónimo Sáiz Ruiz. (2000). "La ludopatía: una "nueva" enfermedad". Colección "Psiquiatría médica". (Reimpresión 2001). Masson.

En el año 1980 se hace pública la tercera versión del manual de diagnóstico de la APA (DSM-III), en el aparecía por primera vez una entidad nosológica. el juego patológico encabezando un capítulo denominado: Trastornos del control de los impulsos. Se constataba una incidencia creciente de consultas (fundamentalmente provocadas por conductas suicidas) derivadas de problemas relacionados con los juegos de azar. La mayor parte de estos ludópatas puros, sin comorbilidad primaria, no habrían llegado a las consultas psiquiátricas de no haberse cruzado el juego en sus vidas. La búsqueda de un factor diferencial de vulnerabilidad, que distinga a los jugadores patológicos del resto de la población, ha constituido el objeto de atención de gran parte de los trabajos de investigación. Este manual trata los principales hallazgos obtenidos: metabolismo del neurotransmisor serotonina, la actividad enzimática de la MAO, marcadores genéticos que revelan factores de predisposición heredados, las modalidades de juego más adictivas, terapia eficaz. Este libro pretende ser un instrumento útil para todas aquellas personas que desde el ámbito de la clínica quieran adentrarse un poco más en los conceptos de este trastorno.

Josep Guardiola Serecigni (coordinador), Dr. Miguel Angel Jiménez-Arriego. "Guía clínica para el tratamineto del alcoholismo". (2007). Editado por Socidrogalcohol.

El alcoholismo es una de las enfermedades más frecuentes en la sociedad actual, pero para muchas personas resulta todavía poco conocida.

Una de cada diez personas sufre en estos momentos alcoholismo o lo ha padecido en algún momento de su vida. Si además tenemos en cuenta que la proporción es de 3 a 4 hombres por cada mujer, se puede considerar que uno de cada 4 o 5 hombres, frente a una de cada 15 o 20 mujeres, pueden tener problemas con el alcohol en algún momento de su vida.

El alcoholismo es una enfermedad que ha venido siendo estudiada y tratada desde antes de que se empezaran a tratar las otras drogas.

Posiblemente por este motivo disponemos de más evidencias científicas, más instrumentos de detección y diagnóstico y diversos programas de tratamiento que han demostrado ser eficaces.

Cuando dicho tratamiento lo lleva a cabo un equipo de profesionales expertos consigue unos resultados excelentes, ya que la mayoría de personas que siguen el tratamiento con asiduidad consiguen la remisión de la enfermedad.

Sin embargo, gran parte de dicho conocimiento científico no ha sido divulgado ampliamente y se encuentra disperso entre las publicaciones de los diversos estudios efectuados, los cuales no han sido recopilados de manera que puedan llegar a todos los profesionales interesados.

Esta Guía Clínica pretende hacer una recopilación y divulgar los conocimientos científicos actuales, ponderando los procedimientos terapéuticos que han demostrado ser más eficaces y dando la consideración apropiada a otras intervenciones fármaco-terapéuticas o psicoterapéuticas, en función de la utilidad real que tienen en la práctica clínica. El procedimiento utilizado ha sido el de clasificar en cuatro categorías la consistencia de cada una de las evidencias científicas evaluadas y ponderar, según el grado de evidencia científica disponible, los procedimientos que se consideran recomendables, de manera que el nivel máximo de recomendación se formula cuando existe una evidencia científica

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

robusta de la eficacia de aquel procedimiento, el nivel intermedio cuando las evidencias disponibles no alcanzan el máximo nivel de exigencia científica y el nivel bajo cuando se formulan sobretodo a partir del consenso de comités de expertos y vienen avaladas por la práctica clínica habitual de los especialistas en alcoholismo.

El texto se inicia con una introducción teórica, tanto del consumo de riesgo como de la dependencia del alcohol, que incluye las definiciones operativas de los conceptos que vamos a utilizar en la guía. El capítulo de la detección se acompaña de unos cuestionarios anexos que permiten evaluar si la persona presenta consumo de riesgo, la intensidad de la abstinencia y del deseo de beber alcohol.

Los capítulos sobre la intervención terapéutica describen tanto las de tipo psicológico como las de tipo medicamentoso, tanto las que se utilizan en la primera etapa, para prevenir o tratar la posible abstinencia del alcohol, cuando la persona deja de beber, como las que le puede ayudar en la etapa siguiente a la prevención de recaídas.

El texto de la guía se completa con una amplia selección de referencias bibliográficas y algunos diagramas sobre los procedimientos recomendados para la intervención en la práctica clínica.

Tras su redacción inicial, la Guía ha sido sometida a revisión por parte de profesionales expertos en drogodependencias, los cuales han mejorado el texto inicial y han aportado también sus conocimientos sobre la atención al alcoholismo.

Las recomendaciones que parten de esta Guía Clínica son simplemente sugerencias o consejos prácticos, que cuentan con el apoyo de una Sociedad Científica Profesional, como es SOCIDROGALCOHOL, pero que no obligan a los profesionales a proceder de este modo en su práctica clínica.

“La *Guía Clínica de tratamiento del Alcoholismo*” puede contribuir por tanto a divulgar los conocimientos básicos sobre dicha enfermedad tanto entre los profesionales, como entre los medios de comunicación, como también entre la población general. Por otro lado, las recomendaciones prácticas pueden contribuir a optimizar tanto los procedimientos de detección del consumo de riesgo de alcohol como los resultados del tratamiento del alcoholismo.

Julio Bobes García, Miguel Casas Brugué y Miguel Gutiérrez Fraile. “Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias”. (2002). Ed. Ars Médica.

Este manual aborda, de forma práctica y sencilla, el conocimiento de los diferentes problemas que plantea el campo de las adicciones, desde una perspectiva actual.

Contribuye a resolver las necesidades formativas del psiquiatra en estas áreas de la patología, dada la cantidad de trastornos psiquiátricos que habitualmente acompañan a las conductas adictivas.

Obra de gran utilidad en la formación continuada en esta área de capacitación profesional de los especialistas, así como para los profesionales que se inicien en estas tareas.

Ioseba Iraurgi Castillo y Nieves Corcuera Bilbao. “Craving: concepto, medición y terapéutica”. NORTE DE SALUD MENTAL nº 32 • 2008 • PAG 9–22 http://www.ome-aen.org/NORTE/32/NORTE_32_030_9-22.pdf

El deseo o ansia por el consumo de drogas (craving) constituye un concepto nuclear en la comprensión, valoración y tratamiento de las adicciones. No obstante, existe controversia respecto a su conceptualización, habiéndose ofrecido distintos modelos explicativos.

Del mismo modo, su importancia en la clínica hace necesario contar con herramientas factibles que permitan su medición. El presente artículo de revisión hace un recorrido por la evolución histórica del concepto del craving, expone las hipótesis etiológicas de los modelos conductual, cognitivo y neuroadaptativo, presenta las estrategias de medición del craving y los instrumentos desarrollados para su mensuración, y, finalmente, se exponen las técnicas propuestas para su abordaje terapéutico.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

S. Lizarraga, M. Ayarra. "Entrevista motivacional" Anales del sistema sanitario de Navarra. Dep. De Salud del Gobierno de Navarra. (2001) (Vol. 24, Suplemento 2 [pdf] Pág 43 - 54.)

La entrevista motivacional es un tipo de entrevista, centrada en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos. Intenta aumentar la conciencia de los pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto. Además, cuida la salud mental de los sanitarios porque incrementa la satisfacción como profesionales y previene la sensación de impotencia. La fuerza de voluntad para cambiar un hábito o conducta insanos es la motivación que se tiene para desear ese cambio, y su mayor motor está en la incomodidad de la persona entre lo que hace y lo que desearía hacer. Si ayudamos a que el paciente sea más consciente de su situación y sus deseos le facilitamos el cambio y le resultará menos duro pagar su precio que es el sufrimiento que tendrá al dejar su conducta habitual. El paciente es el protagonista y nosotros podemos ser facilitadores de su proceso de cambio. A veces, es difícil olvidarnos de nuestra tendencia habitual a conseguir rendimientos rápidamente y nos adelantamos al ritmo del paciente. Según el tipo de relación que le ofrezcamos facilitaremos el cambio o lo entorpeceremos. Una actitud empática, en la que el paciente se siente apoyado y no juzgado, favorece el cambio y, por el contrario, una insistencia en el cese del hábito puede generar resistencia al mismo.

Hay una serie de técnicas que podemos aprender y que nos ayudarán a mejorar la entrevista clínica motivacional. Existen, también, unas características del profesional sanitario que proporcionan el ambiente de seguridad y apoyo ideal para el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad.

http://images.google.es/imgres?imgurl=http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6_b.gif&imgrefurl=http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html&usq=__JEU4f4nMMudcqNA4ZR2KrRLQcrw=&h=295&w=508&sz=4&hl=es&start=4&um=1&tbnid=KHkralPoXfMMCM:&tbnh=76&tbnw=131&prev=/images%3Fq%3Drueda%2Bdel%2Bcambio%2Bde%2Bprochaska%26ndsp%3D20%26hl%3Des%26lz%3D1T4GGIH_esES223ES223%26sa%3DN%26um%3D1

Stephen Rollnick, William R. Miller. (1996). "¿Qué es la entrevista motivacional?". RET, Revista de Toxicomanías. Nº 6.

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el cliente, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal. Este artículo pretende definir la entrevista motivacional y su naturaleza particular, diferenciándola de otras aproximaciones con las que puede confundirse. Así mismo presentamos una breve actualización respecto a la evidencia de su eficacia, y las nuevas áreas problemáticas y las poblaciones en las que se está aplicando.

9.3.3 Bibliografía general

Allen Frances i Ruth Ross. Trastornos de la personalidad. DSM-IV-TR. Estudio de casos.

Para cada caso clínico este libro ofrece: ·El diagnóstico multiaxial DSM-IV en cinco ejes. ·Una discusión sobre los diagnósticos diferenciales. ·Aplicación de las seis etapas básicas para el diagnóstico diferencial. ·Una revisión de las opciones del tratamiento. Facilita el perfeccionamiento en el proceso de la entrevista clínica y en la aplicación de las técnicas diagnósticas y la planificación del tratamiento. Esta obra ayuda a los estudiantes y a los especialistas a identificar los síntomas de las distintas enfermedades, basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV. También se describen las diferentes opciones terapéuticas aplicables a cada caso.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Althaia.cat

<http://www.althaia.cat/internet/tra/UserFiles/File/web/2007/comunicacio/memoria2007.pdf>

<http://www.althaia.cat/internet/cat/varis/codietic.pdf>

Althaia.es <http://www.althaia.es/>

APA.(2002).“DSM-IV-TR”. Breviario. Criterios diagnósticos. Ed Masson. Reimpresión 2005.

Se trata de la última actualización del DSM-IV. Esta cuarta edición, Texto Revisado, incorpora información sobre las últimas publicaciones en la investigación de las enfermedades mentales acontecidas desde que el DSM-IV fue concluido en 1994.

Actualización de los códigos CIE-9 y CIE-10.

Es una guía conceptual y metodológica que facilita la investigación, mejora la comunicación entre los clínicos y los investigadores, y sirve de herramienta para la enseñanza de la psicopatología.

La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV-TR posea la más amplia gama de información y que pueda aplicarse y usarse en todo el mundo.

El Texto Revisado, recoge las últimas actualizaciones, que parten de una exhaustiva revisión de la literatura sobre las investigaciones en trastornos mentales publicadas desde la aparición del DSM-IV hasta la fecha, así como la actualización de los código CIE-9 y CIE-10.

La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y que se apoye en fundamentos empíricos sólidos.

Posee la más amplia gama de información y que pueda aplicarse y usarse en todo el mundo, además de incorporar los códigos de CIE-9 y CIE-10, lo que aumenta la compatibilidad entre los dos sistemas.

El cuerpo central de la obra está dedicado a los diferentes trastornos mentales: de inicio en la infancia, amnésicos y cognoscitivos, causados por otra enfermedad, psicóticos, de ánimo, ansiedad, somatomorfos, etc.

La brevedad y concisión en los criterios no está en ningún caso reñida con la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos.

Producto de 14 grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual, está diseñada para aumentar la participación de profesionales expertos en cada uno de los campos

C. Gastó Ferrer i J. Vallejo Ruiloba.“Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría”. 2ª edición (2001). Masson.

Segunda edición de un manual en el que los autores, de forma sucinta y pedagógica van repasando uno a uno todos los trastornos psiquiátricos, exponiendo los conceptos, formas clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento. Cada uno de los tratamientos están adaptados a la realidad clínica cotidiana, fuera del contexto experimental.

El criterio en este manual responde a los principios del Diagnóstico Diferencial, base de cualquier estrategia terapéutica. Una de las premisas de esta obra es que siempre es posible, y necesario, establecer un diagnóstico diferencial.

Se trata de una obra dirigida tanto al psiquiatra en formación como al médico en general interesado por los ineludibles aspectos psicopatológicos y psiquiátricos que, tan a menudo, presentan sus enfermos.

Es importante subrayar el carácter marcadamente didáctico de las numerosas tablas y figuras que ilustran el texto, así como la breve -y bien seleccionada- bibliografía.

Col-legi oficial de Psicòlegs <http://www.cop.es/perfiles/>

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Centro Español de Control de Estrés. "¿Qué es la terapia Cognitivo-Conductual?".
<http://www.ce-ce.es/index.php?lang=es&ids=22>

<http://www.ampans.cat/>

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple3/suple3.html>

<http://www.congresconductabages2010.es/>

<http://forum-psicologos.blogspot.com/2007/12/fases-del-cambio.html>

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12018210.pdf>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352002000100003&script=sci_arttext

<http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET06-1.pdf>

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>

http://www.dipgra.es/documentos/documentos_interes/deshabitacion_cursos_basico_2008_jmm.pdf

http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Cientificos/Entrevista_motivacional2.ppt#485,2,Diapositiva2

<http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/indi4.htm>

<http://www.monstbenet.com/es>

<http://www.ome-aen.org/grupos/CuadernoTecnico6Rehabi.pdf>

<http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=1426>

<http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/381/1/TRASTORNO%20MENTAL%20GRAVE%20EN%20UNA%20UNIDAD%20DE%20SALUD%20MENTAL%20INFANTO-JUVENIL.%20ESTUDIO%20DESCRIPTIVO.pdf>

http://www.revistainterrogant.org/?page_id=153

<http://www.revistatog.com/num5/pdfs/REVISION1.pdf>

Itziar Iruarrizaga, Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano. "Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo". (2001). *Psicothema*, año/vol. 13 número 004. Universidad de Oviedo. Oviedo.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=481>

J. Vallejo Ruiloba.(1980). "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría". 6a edición (2006). Masson. [pag. 99]

Se trata de la 6ª edición de esta obra dirigida por el Dr. Julio Vallejo en la que se recoge los fundamentos psicopatológicos de la psiquiatría. - Todos los capítulos han sido revisados y actualizados recogiendo los últimos avances acontecidos en la especialidad. Merece destacar la inclusión de un nuevo capítulo que aborda los nuevos tratamientos biológicos en psiquiatría. - Los autores, todos ellos especialistas en los diferentes

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

campos, desarrollan cada uno de los temas de modo claro y didáctico. - Se trata de un manual de consulta básico para el estudiante de medicina y psicología, para el especialista y para todo aquel profesional que trabaje en el campo de la salud mental. Obra de referencia para el estudiante y el profesional que aborda los fundamentos de la psicopatología y la psiquiatría. Los autores parten de un esquema clásico y fundamentalmente didáctico. La obra está estructurada en una parte general de psicopatología y otra de psiquiatría. Está estructurada de modo claro para facilitar la comprensión e interrelación de los diferentes temas. Con esta finalidad los primeros capítulos establecen las bases biológicas, psicológicas y sociales de la psiquiatría, la epidemiología y la estadística en psiquiatría. Posteriormente a lo largo de los siguientes capítulos se aborda la psicopatología de la conciencia, de la atención y orientación, de la memoria, de la percepción, de la afectividad, aspectos fundamentales a evaluar de cara al diagnóstico. En una segunda parte los autores se centran en los diferentes cuadros psiquiátricos y abordan las diferentes formas de tratamiento desde las psicoterapia dinámica, cognitivo-conductual, familiar, hasta los tratamientos físico-biológicos o el tratamiento farmacológico. Los últimos capítulos se centran en aspectos concretos de la psiquiatría en la infancia y adolescencia, en el anciano, las urgencias psiquiátricas y la psiquiatría jurídica y forense.

Jerry M. Wiener i Mina K. Dulcan. "Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia". (2005). Ed Masson.

Los dos principales objetivos de este completo libro de texto sobre Psiquiatría del niño y del adolescente son sin duda el conocimiento didáctico y el práctico. Se trata de un volumen fundamental, de fácil lectura, donde tanto el psiquiatra infantil experimentado como el residente hallarán informaciones, actualizaciones, respuestas y confirmación de sus conocimientos correctos para abordar esa problemática tan delicada y frágil que afecta al niño y al adolescente. La obra contempla aspectos fundamentales como son el diagnóstico (utilizando criterios del DSM-IV-TR), clasificaciones, trastornos y tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. Cada capítulo ha sido escrito por especialistas expertos, que han contribuido a determinar los aspectos más importantes, académicos y clínicos, de la psiquiatría infantil. Capítulos que desarrollan una amplia temática que analiza las referencias culturales y étnicas, las influencias medioambientales, las pruebas genómicas clínicas; que orienta sobre las entrevistas a pacientes y familia de cara al diagnóstico; y que estudia detalladamente los trastornos más frecuentes en la actualidad y los diversos abordajes terapéuticos. Es una herramienta imprescindible no sólo para psiquiatras generales e infantiles, sino también para pediatras, médicos de familia, personal avanzado de enfermería de psiquiatría infantil y trabajadores sociales psiquiátricos. Todos ellos hallarán en este libro respuestas, referencias y orientaciones necesarias sobre el estado mental de niños y adolescentes y de sus posibles patológicas psiquiátricas.

María Dolores Avia (dir). "Cartas a un joven psicólogo". Segunda edición. (2006). Psicología. Alianza Editorial.

En estas CARTAS A UN JOVEN PSICÓLOGO encontrará el lector algo que no suele estar presente en los libros de psicología. Bajo la coordinación de MARÍA DOLORES AVIA, quince expertos y entusiastas especialistas se dirigen de forma epistolar a un hipotético estudiante, recién licenciado o profesional de la Psicología, para transmitirle lo que consideran más importante de su profesión. Las cartas se refieren a cuestiones básicas y aplicadas de la psicología, sin olvidar aspectos críticos o diferencias de género. Tres autores de prestigio de profesiones afines, como Violeta Demonte, José Antonio Marina y Josep Maria Farré, brindan asimismo al lector, en este libro tan ameno como necesario, su experiencia y sus consejos.

Rocío Fernández-Ballesteros (Dir.). "Evaluación Psicológica" Conceptos, métodos y estudio de casos. (2007). Colección psicología. Pirámide.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

La evaluación psicológica es la disciplina de la psicología que estudia el comportamiento humano, tanto del sujeto individual como de un grupo específico de sujetos en distintos contextos, desde la clínica a la escuela pasando por el trabajo y las organizaciones y otros ámbitos aplicados. Los objetivos evaluativos son también de distinta índole: descripción del comportamiento, su diagnóstico, su predicción o, incluso, su cambio y control mediante una intervención y la valoración de ésta. Común a todo ello se encuentra el proceso de evaluación, a través del cual el psicólogo responde a las demandas del cliente y/o sujeto planteándose cuestiones técnicas que trata de verificar con la aplicación de tests y otros procedimientos de recogida de información. En esta obra se explican los conceptos, modelos y métodos básicos de la evaluación psicológica, así como el proceso de evaluación, y se combinan los aspectos teóricos con los prácticos a través de casos de los ámbitos más diversos de la evaluación. La obra se estructura en tres partes. La parte primera se dedica a los conceptos y modelos básicos, y al proceso de evaluación en sus dos versiones: descriptivo-preventivo (que responde a demandas de descripción, diagnóstico, orientación y selección) e interventivo-valorativo (que responde a demandas de control y cambio). La parte segunda versa sobre los métodos básicos: la observación, las técnicas objetivas, los autoinformes, la entrevista, las técnicas proyectivas y los tests psicométricos. En la parte tercera se exponen cinco casos: la evaluación de un caso de deterioro intelectual junto con las repercusiones diagnósticas y médicas que conlleva; el diagnóstico clínico de un caso de ansiedad; la orientación vocacional; la selección de personal, y la evaluación para el cambio y el control del comportamiento que conlleva la valoración de los tratamientos aplicados. Finalmente, se incluye en un CD un apéndice con los tests más comunes.

Socialistes.org (2007) "Municipals 2007". Programa electoral de Josep Camprubí. Actual. http://josepcamprubi.municipals2007.cat/index.php?page=workspace&ws=61&wp=doc&doc_id=5723

The Clinical Psychologist.

<http://courses.ed.asu.edu/horan/ced522readings/div12/chambless98.pdf>

Theodore Millon. "Trastornos de la personalidad en la vida moderna". Masson (2006).

En el transcurso del primer siglo de la psicología moderna, ha habido numerosos intentos de elaborar el marco del sistema de personalidad; pero pocos han realizado una labor tan exhaustiva como la del Dr. Millon. Este volumen representa los conocimientos acumulados durante el pasado siglo, así como los descubrimientos teóricos, clínicos y empíricos que han tenido lugar durante el mismo. La nueva percepción que nos ofrece la obra nos permite entender las complejidades de la gran cantidad de fuerzas convergentes que conducen a las alteraciones de la personalidad, y nos ayuda a entender cómo se manifiestan, se conceptualizan y cómo se tratan. La obra ha sido completamente actualizada con las últimas investigaciones y teoría incluye: - La exposición de los cuadros clínicos característicos y las raíces evolutivas de los trastornos de la personalidad. - El análisis equilibrado de las principales perspectivas teóricas: biológica, psicodinámica, interpersonal, cognitiva y evolutiva. - Capítulos individuales para cada trastorno de la personalidad del DSM-IV y sus subtipos y facetas de este tipo de trastornos. Esta segunda edición ha añadido dos elementos importantes para fortalecer el texto. En primer lugar hay un nuevo capítulo sobre desarrollo de la personalidad, cuyo objetivo es que la exposición sobre los orígenes y el curso de la patología de la personalidad sea más clara y completa. En segundo lugar, al haber aumentado considerablemente la investigación empírica en este campo, se hacen constantes referencias en el libro a los datos que apoyan las ideas contenidas en el texto. Además de ser un exhaustivo libro de consulta idóneo para los profesionales de la salud de hoy en día, se caracteriza por su claridad de exposición. Esto permite que también sea una valiosa fuente de información para los estudiantes que estén cursando los últimos años de la licenciatura y para residentes.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Vicente E. Caballo (Director). "Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos" Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad. (2005). Colección psicología. Pirámide.

La evaluación de los problemas psicológicos es un requisito básico para su tratamiento y no hay posibilidad de intervención con éxito si ésta no ha sido la adecuada. Aunque en los últimos tiempos se ha insistido en la eficacia de las técnicas de intervención psicológica, es posible que esté llegando la hora de prestar más atención al área de la evaluación clínica.

La obra que tiene el lector en sus manos pone al día la evaluación clínica de una serie de trastornos psicológicos insistiendo en los aspectos prácticos de la misma. El contenido se ha estructurado en cinco partes. En primer lugar comienza exponiendo las técnicas de evaluación más útiles en el campo clínico. La parte segunda está dedicada a las habilidades del terapeuta, tanto infantil como de adultos. La parte tercera se centra en la evaluación de las capacidades básicas de los pacientes, tales como inteligencia, personalidad, memoria y conciencia, entre otras. La parte cuarta se dedica a los problemas infantiles siguiendo básicamente la clasificación que hace de ellos el DSM-IV-TR, y finalmente, la parte quinta analiza la evaluación de los trastornos de ansiedad. Los capítulos sobre problemas psicológicos, además de su orientación práctica, incluyen el análisis funcional de algún caso clínico.

El libro va acompañado de un CD-Rom que incluye instrumentos de evaluación completos para que el clínico o el investigador los apliquen en sus respectivos campos de trabajo.

Vicente E. Caballo (Director). "Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos" Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. (2008). Colección psicología. Pirámide.

La evaluación de los problemas psicológicos es un requisito básico para su tratamiento y no hay posibilidad de intervención con éxito si ésta no ha sido la adecuada. Aunque en los últimos tiempos se ha insistido en la eficacia de las técnicas de intervención psicológica, es posible que esté llegando la hora de prestar más atención al área de la evaluación clínica.

La obra que tiene el lector en sus manos pone al día la evaluación clínica de una serie de trastornos psicológicos insistiendo en los aspectos prácticos de la misma. El contenido se ha estructurado en tres partes. En la parte primera se abordan muchos de los trastornos psicológicos de la edad adulta incluidos en el DSM-IV-TR, excepto los trastornos de ansiedad, que se tratan en la obra Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad, publicada en esta misma editorial. En la parte segunda se plantea la evaluación de otros problemas psicológicos que no se encuentran recogidos en el anterior sistema de clasificación, tales como problemas de habilidades sociales, agresividad, etc. En la parte tercera se explica la elaboración de los informes psicológicos, algo de gran importancia para muchos psicólogos dedicados a la psicología clínica y/o a la psicología forense.

El libro va acompañado de un CD-Rom que incluye instrumentos de evaluación completos para que el clínico o el investigador los apliquen en sus respectivos campos de trabajo.

Wikipedia. http://es.wikipedia.org/wiki/Terapias_cognitivo-conductuales#Evidencia_de_eficacia_cl.C3.ADnica

Los resultados de investigaciones clínicas controladas dan fuerte apoyo a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en general. Los resultados no deben confundirse entre sí, puesto que el grado de eficacia es variable y resulta dependiente del tipo de problema conductual, de tal manera que unas técnicas son mejores que otras y la integración de tecnología cognitiva y conductual parece rendir mejores resultados.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

ⁱ <http://www.vidamessana.com/arxiu/050/reportatgeb.htm>

ⁱⁱ Nota de premsa conjunta entre Althaia i la UIC, un cop signat el nou conveni de col·laboració mútua. "La UIC i la Fundació Althaia sumen esforços per a formar nous estudiants de medicina".

ⁱⁱⁱ http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/01_183_05.htm

^{iv} La **Terapia Cognitivo-Conductual TCC** cobró fuerzas a finales de la década de los 80, pero hunde sus raíces en la década de los 60. Su surgimiento se debe en gran parte al desencanto con los resultados del psicoanálisis, en aquella época, la forma de terapia psicológica al uso. Actualmente la Terapia Cognitivo-Conductual se encuentra muy avanzada en Europa y en EEUU. Se trata de la orientación en psicología clínica más avalada por la ciencia en la actualidad dominando la práctica y la investigación clínica en gran parte del mundo. Algunas de sus **características** son las siguientes:

- La TCC se aboca a **modificar pensamientos, respuestas psicofisiológicas y conductas manifiestas**, desarrollando paralelamente un alto grado de conocimiento emocional.

- La TCC **está orientada hacia el presente**, se investiga el funcionamiento actual sin desatender exploraciones del pasado que pueden ayudar a conocer y entender la historia de aprendizaje de la persona que acude a consulta. El énfasis de la TCC está puesto más en el "Qué tengo que hacer para cambiar" que en el "Por qué". Aunque encontrar la razón del problema o malestar puede tranquilizar a la persona que busca ayuda y motivar su cambio, además de proporcionar al terapeuta una visión más precisa de la adquisición y mantenimiento del problema, los datos de la investigación indican que el explorar expresamente el pasado y conocer cuáles son los motivos para que algo ocurra no se relaciona necesariamente con identificar la solución y no es suficiente para producir un cambio. La búsqueda de causas, por tanto, en TCC está regida por la utilidad que puedan proveer.

- La TCC **pone énfasis en la evaluación continuada y rigurosa del proceso terapéutico**, midiendo los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y sistemas de autoevaluación con los que se evalúan el estado inicial y los cambios progresivos en el problema. Esta medición repetirá periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea objetiva del cambio obtenido.

- La TCC **cuida la relación terapeuta-paciente, bajo un marco de colaboración y enriquecimiento mutuo**. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común, definen objetivos concretos y cómo y cuándo conseguirlos. Los pacientes aportan sugerencias y participan activamente en el diseño del tratamiento y de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la **biblioterapia**, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

- La TCC **fomenta la independencia del paciente**. Dado que este tipo de terapia busca lograr autocontrol enfatiza el aprendizaje de nuevos repertorios de comportamiento, el entrenamiento en resolución de problemas, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones.

- La TCC **rechaza el principio de sustitución de síntomas**. La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma como la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, está absolutamente descartada por la psicología científica. Cuando un problema reaparece en el tiempo es que el problema no estaba bien enfocado, diagnosticado, evaluado y tratado. La complejidad de algunos problemas y trastornos puede pasar desapercibida para profesionales con poca experiencia clínica o con visiones restrictivas y limitadas del comportamiento humano. La TCC aporta soluciones de fondo, simplemente porque se modifica aquello que general malestar o déficit en el funcionamiento del individuo. Es cierto que no puede darse al paciente garantías de una vida sin emociones de afecto negativo, pero tampoco sería ni posible ni adecuado. Pero la TCC sí puede dar garantía respecto al motivo de consulta.

- La TCC **sí aborda y maneja en sus tratamientos contenido y formas de procesamiento inconsciente**, pero no como un ámbito soterrado y oscuro de nuestro comportamiento, sino lo inconsciente desde los datos de la psicología cognitiva experimental, es decir, como rutinas automatizadas, procesamiento subliminal, etc.

- La TCC **pone el énfasis en el cambio**. Se le solicita al paciente practicar nuevas formas de comportamiento, consigo mismo y con los demás. El entrenamiento durante las sesiones debe continuar fuera con el objetivo de afianzar y generalizar las nuevas estrategias o enfoque del problema. Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

- La TCC **desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias**. Activamente confronta al paciente con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve la visión crítica y el auto-cuestionamiento.
- La TCC **utiliza programas de tratamiento que han demostrado su eficacia**, pero ajustando siempre ese programa a las necesidades y características concretas del sujeto que presenta el problema. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.
- La TCC **desmitifica la terapia**. El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el "velo de misterio" que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente mediante la biblioterapia un libre acceso y cuestionamiento de la información teórica o metodológica que sustenta el tratamiento que está recibiendo.
- La TCC **tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente**. Las tesis cognitivas conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que la TCC funciona.

Definición extreta de: **Centro Español de Control de Estrés**. "¿Qué es la terapia Cognitivo-Conductual?".
<http://www.ce-ce.es/index.php?lang=es&ids=22>

v <http://www.cop.es/perfiles/>

vi "Las personas con habilidades emocionales bien desarrolladas tienen más probabilidades de sentirse satisfechas y ser eficaces en su vida, y de dominar los hábitos mentales que favorezcan su propia productividad; las personas que no pueden poner cierto orden en su vida emocional libran batallas interiores que sabotean su capacidad de concentrarse en el trabajo y pensar con claridad".

Daniel Goleman es un psicólogo estadounidense, nacido en Stockton, California, el 7 de marzo de 1947. Adquirió fama mundial a partir de la publicación de su libro *Emotional Intelligence (Inteligencia Emocional)* en 1995.

Daniel Goleman posteriormente también escribió *Inteligencia Social*, la segunda parte del libro *Inteligencia Emocional*.

Trabajó como redactor de la sección de ciencias de la conducta y del cerebro de *The New York Times*. Ha sido editor de la revista *Psychology Today* y profesor de psicología en la Universidad de Harvard, universidad en la que se doctoró.

Goleman fue cofundador de la *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning* en el centro de estudios infantiles de la universidad de Yale (posteriormente en la universidad de Illinois, en Chicago), cuya misión es ayudar a las escuelas a introducir cursos de educación emocional.

Editado por primera vez en 1995, *Inteligencia Emocional* se mantuvo durante un año y medio en la lista de libros más vendidos del *The New York Times*. Según la web oficial de Daniel Goleman, hasta 2006, alrededor de 5.000.000 de ejemplares han sido vendidos en treinta idiomas, siendo best seller en muchos países.

http://es.wikipedia.org/wiki/Daniel_Goleman . <http://www.danielgoleman.info/blog/>

vii La característica esencial del **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal (Criterio A). Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B), y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio D).
<http://sid.usal.es/colectivo.aspx?colectivo=3.3.4>

viii **Lista de distorsiones cognitivas** http://es.wikipedia.org/wiki/Distorsiones_cognitivas

Pràcticum II

de Psicologia clínica i de la salut

Pensamiento todo-o-nada - Interpretar los eventos y personas en términos absolutos, evidenciado en el uso de términos como "siempre", "nunca", "todos", cuando su uso no está justificado por los acontecimientos propiamente.

Sobregeneralización - Tomar casos aislados y generalizar su validez para todo.

Filtro mental (también llamado Abstracción selectiva) - Enfocarse exclusivamente en ciertos aspectos, usualmente negativos y perturbantes, de un evento o persona con exclusión de otras características.

Descalificar lo positivo - Continuamente echar abajo experiencias positivas, por razones arbitrarias.

Saltar a conclusiones - Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empírico para ello. Dos subtipos han sido identificados:

Lectura de pensamiento - Presuponer las intenciones de otros.

Adivinación - Predecir o "profetizar" el resultado de eventos antes de que sucedan.

Magnificación y Minimización - Subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas. Un subtipo identificado es la 'catastrofización':

Catastrofización - Imaginarse y ruminar acerca del peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible, cuando en realidad es incómoda (o muy incómoda) o inconveniente (esta se relaciona con la PTF o 'poca tolerancia a la frustración, cuya importancia psicopatológica ha sido ampliamente investigada por Ellis).

Razonamiento emocional - Formular argumentos basados en cómo se "siente" en lugar de la realidad objetiva.

Debeísmo - Concentrarse en lo que uno piensa que "debería" ser en lugar de ver las cosas como son, y tener reglas rígidas que se piensa que deberían aplicarse sin importar el contexto situacional.

Etiquetado - Relacionada con la sobregeneralización, consiste en asignar un nombre a algo en vez de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas. .

Personalización - También conocida como falsa atribución, consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad. Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución.

^{ix} **Theodore Millon**. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Masson (2006).

APA. Trastornos de personalidad. DSM-IV-TR.

C. Gastó Ferrer i J. Vallejo Ruiloba. Trastornos de la personalidad. Manual de diagnòstic diferencial i tractament en psiquiatria.

Allen Frances i Ruth Ross. Trastornos de la personalidad. DSM-IV-TR. Estudi de cassos.

^x **Pla docent**, del pràcticum II, de la Llicenciatura de Psicologia per la UOC

^{xi} **María Dolores Avia (dir)**. "Cartas a un joven psicólogo". Segunda edición. (2006). Psicología. Alianza Editorial.