
L'entrevista, els sistemes de classificació i els instruments diagnòstics generals

PID_00247470

Pedro Salmerón Sánchez
Cristina Giménez García
Antoni Baena García
Rubén Nieto Luna

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores



**Pedro Salmerón Sánchez**

Doctor en Psicologia per la Universitat Jaume I i membre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament de la mateixa universitat. Actualment, compagina la seua activitat docent universitària amb la pràctica clínica en Lambda València, en els àmbits de la promoció de la salut sexual i la prevenció primària i secundària de la infecció per VIH, hepatitis C i altres ITS, i de la intervenció psicològica amb persones que viuen amb VIH.

**Cristina Giménez García**

Doctora en Psicologia per la Universitat Jaume I i especialista en Psicologia Clínica de la Salut, professora del Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia, i membre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament.

**Antoni Baena García**

Doctor en Investigació Psicològica per la Universitat Ramon Llull i especialista en el tractament i control del tabaquisme amb més de vint anys d'experiència. Investigador i gestor de projectes de la Unitat de Control del Tabac de l'Institut Català d'Oncologia, principalment en projectes d'assessorament i formació de professionals i d'ús de les TIC en el control i la millora de la salut.

Rubén Nieto Luna

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. L'entrevista	7
1.1. Definició i objectiu	7
1.2. Tipus d'entrevista	8
1.3. Entrevista com a procés de comunicació	9
1.4. Aspectes que poden dificultar el procés comunicatiu	11
1.5. La formulació i el tipus de preguntes	12
1.6. Estructura de l'entrevista	15
1.6.1. Preparació i inici de l'entrevista	15
1.6.2. Cos de l'entrevista: blocs i aspectes a explorar	16
1.6.3. Tancament	18
1.6.4. Inici de les sessions següents	19
1.7. Aspectes pràctics de l'entrevista	20
1.7.1. Aspectes organitzatius	20
1.7.2. Aspectes que dificulten el desenvolupament de l'entrevista	24
2. L'entrevista en la pràctica clínica de la psicologia de la salut	27
3. Els sistemes de classificació	29
3.1. Objectius dels sistemes de classificació	29
3.2. Tipologia: categorials enfront de dimensionals	30
3.3. <i>Manual Diagnòstic i Estadístic enfront de Classificació Internacional de Malalties</i>	31
3.4. El DSM-5: aportacions i crítiques	35
4. Altres instruments diagnòstics	37
4.1. Entrevistes clíniques i qüestionaris	37
4.1.1. L'Adrià: cas clínic	39
4.2. Propietats psicomètriques	43
4.3. Criteris per a seleccionar instruments d'avaluació	45
4.4. Comunicació de resultats	46
5. Les deu idees fonamentals	48
Bibliografia	51

Introducció

El segon mòdul de l'assignatura *Principis d'Avaluació en Psicologia Clínica i Salut* pretén aproximar-vos a les principals eines de què disposa el psicòleg clínic i de la salut per arribar amb èxit al final del procés d'avaluació d'una persona.

En un primer bloc, comentarem la importància de l'entrevista en el context de l'avaluació, especialment en un primer contacte amb la persona i com a eina fonamental per a conèixer la problemàtica de la persona i el seu context. Facilitarem informació sobre com s'organitza i introduïrem alguns aspectes pràctics que faran de l'entrevista un instrument eficaç en l'obtenció d'informació.

El segon bloc d'aquest mòdul se centrarà a conèixer els dos principals sistemes de classificació dels trastorns mentals, àmpliament acceptats a escala internacional. Després presentarem els instruments desenvolupats (entrevista clínica i qüestionaris) a partir d'aquests sistemes de classificació. I, a continuació, entrarem en més detall i comentarem un exemple d'aplicació d'alguns d'aquests instruments en un cas clínic.

Finalment, presentarem alguns aspectes importants que poden influir en el procés d'avaluació i establirem la necessitat que el tancament d'aquest procés inclogui una devolució dels resultats a la persona.

Objectius

Aquest mòdul es planteja els objectius següents:

- 1.** Donar a l'estudiant la informació bàsica per al correcte desenvolupament d'una entrevista amb una persona.
- 2.** Conèixer els manuals diagnòstics més acceptats basats en sistemes de classificació internacionals.
- 3.** Potenciar una visió crítica d'aquests manuals que consideri tant les seves aportacions a la pràctica clínica com les seves possibles carències.
- 4.** Aproximar-nos als instruments d'avaluació construïts i desenvolupats a partir dels sistemes de classificació.
- 5.** Construir una visió de l'avaluació clínica com un procés en què l'adaptació a les característiques pròpies de la persona i del terapeuta tenen un rol essencial per a l'èxit del procés.

1. L'entrevista

1.1. Definició i objectiu

L'entrevista és el procés de comunicació entre terapeuta i pacient. La importància de l'entrevista clínica radica de manera fonamental en la seva capacitat d'arreglar informació sobre la realitat de la persona, la seva problemàtica, el seu context i altres aspectes relacionats. Tota aquesta informació serà fonamental durant tot el procés d'avaluació, diagnòstic i intervenció que durem a terme amb la persona.

La característica fonamental de tota entrevista és el seu caràcter interactiu (Casullo i Márquez, 2003).

L'objectiu de l'entrevista és aconseguir informació que no podem obtenir amb una simple observació del comportament de la persona (o que resultaria inviable o molt complicada d'aconseguir només amb aquesta observació), però també saber quins instruments d'avaluació complementaris serà convenient administrar a partir de la informació facilitada durant l'entrevista.

Tot i que en aquest mòdul centrarem la nostra atenció en l'entrevista d'avaluació, com veurem més endavant, hem d'estar segurs que la persona entén el resultat de l'avaluació. La interacció mitjançant l'entrevista ens permet assegurar que aconseguim aquesta fita.

D'entre els avantatges que ens facilita una entrevista podem destacar-ne els següents:

- Es tracta d'un instrument flexible (especialment les entrevistes no estructurades, que ens permeten adaptar i orientar les preguntes i els aspectes explorats segons la informació que anem rebent).
- Podem obtenir informació a partir de la comunicació no verbal de la persona entrevistada, a més de la informació verbal.

La principal crítica que podríem fer a l'entrevista és que obtenim informació subjectiva autoinformada per part de la persona. A més, podem destacar-ne els aspectes següents:

- Les entrevistes no estructurades no sempre aporten dades fiables i vàlides. A més, no disposem d'eines objectives d'interpretació dels resultats. Amb

aquesta falta d'objectivitat en l'obtenció de la informació no és possible fer una anàlisi estadística pertinent per a facilitar procediments normalitzats d'interpretació de dades.

- Si l'entrevistador no està entrenat i no fa un plantejament correcte de les preguntes, pot induir la persona a donar determinades respostes.
- Requereix una experiència clínica elevada per part del psicòleg, ja que pot sorgir informació molt variada i no previsible. Si no es té experiència serà difícil donar una bona resposta o conduir-la adequadament.

Exemple

El Pau és un psicòleg novell. Avui rep la Laia, una noia que, segons ha dit quan ha trucat per demanar visita, té problemes amb l'ordre i la manera de fer les coses. No suporta que les coses no estiguin perfectes i això moltes vegades la paralitza. El Pau, a partir d'aquesta informació, es prepara un guió per a una entrevista semiestructurada i se sent capaç de tractar el problema de la Laia. Ella, a la meitat de l'entrevista, afegeix que el seu problema va començar a partir de l'abús sexual que va patir de petita a l'escola. Tenia un mestre que al cap dels anys va ser empresonat per abusos repetits. Els deia a les alumnes que li havien de fer tocaments perquè no s'havien portat bé o no havien fet la feina perfecta. Això genera en la Laia aquesta necessitat de perfecció en tot el que fa. Quan el Pau sent aquesta informació, no sap per on tirar, es queda paralitzat i, com que no estava preparat i no té formació sobre aquest tipus de situacions, segueix amb el seu guió de preguntes. La Laia sent que el Pau no l'ha escoltada i no torna a la segona visita que havien fixat.

L'experiència és cabdal en l'entrevista. Com menys estructurada sigui, més habilitats es requeriran. Quan l'entrevista és molt estructurada i es basa en un sistema concret, caldrà tenir formació i experiència en el sistema concret en què es basi.

En qualsevol cas, i tot i aquestes possibles limitacions, l'entrevista és considerada com l'instrument per excel·lència per a fer una exploració inicial de la persona, de la seva problemàtica i del seu context. Una bona entrevista ens facilitarà l'establiment d'una bona aliança terapèutica, ens permetrà mostrar empatia i autenticitat i generar l'ambient de confiança necessari per a un efectiu desenvolupament de l'acompanyament terapèutic amb la persona.

1.2. Tipus d'entrevista

Si pensem en el grau d'estructuració que podem donar a l'entrevista, podem establir-ne tres tipus:

- **Entrevista estructurada:** les preguntes estan establertes prèviament i la conversa està totalment dirigida per un guió. La majoria de les preguntes són tancades, de manera que la interpretació dels resultats és objectiva i es basa en unes característiques psicomètriques. En contrapartida, l'entrevistador no pot afegir noves preguntes. És habitual que aquest tipus es basi en els models teòrics conductuals.

- **Entrevista semiestructurada:** partim de la informació que volem aconseguir i formulem preguntes obertes per a obtenir aquesta informació. Ara sí que podem afegir noves preguntes o demanar a la persona que faci aclariments sobre allò que ens està explicant.
- **Entrevista no estructurada:** és el model més lax d'entrevista; es fa servir de manera freqüent en els enfocaments psicodinàmics. És el format menys directiu i tant el psicòleg com l'entrevistat tenen una llibertat total per a canviar d'àrea d'exploració segons les necessitats i el desenvolupament de la conversa clínica. El professional no té un guió o una estructura previs. En conseqüència, la interpretació de les dades obtingudes no es pot basar en cap sistema objectiu. D'aquesta manera, la flexibilitat de les entrevistes no estructurades és la seva principal limitació (a més de la necessitat evident d'entrenament), però també l'avantatge més destacat.

Cal destacar que els diferents tipus d'entrevista no són incompatibles durant l'avaluació o el seguiment d'una persona. En determinats moments fins i tot poden ser complementàries, ja que combinant-les es pot aconseguir una informació més completa de la realitat i del context de la persona.

	No estructurada	Semiestructurada	Estructurada
Objectiu de l'avaluació	Exploració	Exploració Diagnòstic	Diagnòstic
Variables que cal considerar	Fase inicial del procés terapèutic	Fase inicial o intermèdia del procés	Fase de diagnòstic o confirmació del problema
Situacions	Primera entrevista Indagació del motiu de la consulta Exploració de nous aspectes de la realitat de la persona	Primera entrevista (especialment si ja sabem el motiu de la consulta) Comprovació d'hipòtesis	Comprovació d'hipòtesis

1.3. Entrevista com a procés de comunicació

L'entrevista clínica forma part d'allò que denominem comunicació interpersonal, és a dir, d'un procés en què participen dues o més persones i en el qual l'emissor expressa alguna cosa per mitjà de signes verbals i/o no verbals. Aquest missatge pretén connectar d'alguna manera amb els pensaments, emocions i/o comportaments de l'altra persona (receptor).

La peculiaritat d'aquest tipus de comunicació interpersonal és que es caracteritza per la bidireccionalitat: ambdues parts emeten i reben de manera continuada missatges, informació que serà interpretada d'una manera o una altra segons el context o les seves característiques.

La principal diferència entre la comunicació interpersonal i l'entrevista clínica és l'objectiu. Podem dir que la primera té un caràcter més social, mentre que la intencionalitat de la segona és explorar i identificar els aspectes de la realitat de la persona que siguin d'interès per al seu problema. Això vol dir que l'entrevista perd la reciprocitat social i que es permeten "intrusions" en la vida de la persona amb preguntes que en un altre context es podrien considerar incòmodes o de mal gust. Així doncs, l'entrevista es caracteritza per una relació asimètrica en què la directriu és responsabilitat del psicòleg, mentre que en altres contextos la bidireccionalitat ha de ser simètrica entre els participants.

D'entre les característiques que té l'entrevista i que són compartides amb la comunicació interpersonal en destaquen les següents:

- La intencionalitat: l'entrevista clínica té entre els seus objectius conèixer la realitat i el context que envolta la problemàtica de la persona i aportar informació al diagnòstic.
- La informació: el procés de comunicació de l'entrevista pretén esbrinar informació sobre la persona; els continguts estaran centrats només en un dels dos participants.
- L'estil: l'entrevista s'ha de desenvolupar en un espai tranquil i íntim que propiciï la confiança i la seguretat. La comunicació no verbal serà fonamental per complementar la informació verbal. Mostrar un estil assertiu i inclusiu és molt important (reviseu el mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics").

Com ja és conegut, els elements de la comunicació i, en conseqüència, del procés d'entrevista amb una persona, són:

- Emissor: és la persona que inicia el procés de comunicació; és qui codifica els signes per fer comprensible el seu missatge al receptor.
- Receptor: és la persona a qui va destinat el missatge de l'emissor; fa el procés invers al de l'emissor, és a dir, descodifica el missatge per poder interpretar què vol dir.
- Missatge: conjunt d'idees, emocions o sentiments expressats per l'emissor que aquest vol transmetre al receptor.
- Codi: es tracta dels símbols i signes específics utilitzats per transmetre el missatge; les expressions i el vocabulari emprats, per exemple, han de ser compartits pels participants en l'entrevista.
- Canal: és el medi pel qual s'emeten els missatges. L'entrevista fa servir el canal oral-auditiu i, a vegades, el gràfic-visual, de manera complementària.

- Context: fa referència al temps i a l'espai concret on té lloc l'entrevista i facilita la distribució dels rols durant la interacció.
- Soroll: perturbacions que dificulten, o fins i tot fan fracassar, la comunicació; per exemple, l'estat d'ansietat de la persona pot dificultar el desenvolupament de l'entrevista.
- Filtres: esquemes mentals dels participants construïts a partir d'experiències personals, emocions, sentiments, coneixements, etc. que influeixen en els processos de codificació i descodificació.
- Retroalimentació: és fonamental durant l'entrevista el *feedback* que el receptor pot donar sobre la compressió del missatge, ja que això fonamenta i facilita el desenvolupament de l'entrevista.

Durant l'entrevista, terapeuta i pacient aniran alternant els papers de receptor i emissor, (tot i que la guia recaurà en el terapeuta). Per aquest motiu, és fonamental que el pacient adopti un rol de receptor actiu que rep, interpreta i assimila el missatge.

Al llarg del procés de comunicació que comporta l'entrevista, podem delimitar tres tipus de components que en la seva interrelació poden complementar-se o contradir-se en relació amb el missatge. Com a professionals, hem d'anar molt alerta amb aquestes possibles contradiccions. Els components són tres:

- Component verbal: ús de la paraula per codificar la informació.
- Component no verbal: elements que es transmeten alhora que les paraules; en podem destacar l'expressió facial, la mirada, el somriure, la postura corporal o els gestos.
- Component paraverbal: aspectes de la paraula que poden canviar el seu sentit; trobem el to de veu, el timbre, el volum, la fluïdesa verbal, les pauses o la vocalització.

1.4. Aspectes que poden dificultar el procés comunicatiu

Durant l'entrevista hem de tenir presents alguns aspectes que poden dificultar el procés comunicatiu. En aquest sentit, trobem algunes barreres que poden aparèixer des que l'emissor codifica i expressa un contingut fins que el receptor el descodifica, interpreta i assimila:

- Dificultats de l'entorn: hi ha determinades causes físiques que poden fer complicat el desenvolupament de l'entrevista; per exemple, aspectes re-

lacionats amb el medi ambient, com els sorolls de l'aire condicionat, el trànsit del carrer, una temperatura inadequada; amb l'espai on té lloc l'entrevista, les seves dimensions o el seu mobiliari, o amb la nostra activitat professional, com ara interrupcions del telèfon, una persona que obre la porta, etc.

- Dificultats de l'emissor: són aspectes propis de l'emissor relacionats amb el codi (coherència del missatge, redundància, etc.) o bé relacionats amb les seves habilitats personals, com ara filtres i actituds negatives, absència d'habilitats socials, carència d'autocontrol emocional, etc.
- Dificultats del receptor: podem trobar-nos amb persones que no faciliten una retroalimentació o que no fan atenció a allò que preguntem, o que interpreten de manera equivocada el que senten, entre d'altres.

També pot ser que s'esdeingui una situació difícil promoguda per l'entrevistat, que ja hem comentat al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics" d'aquesta assignatura: la creença que el terapeuta no té els coneixements adequats sobre la seva problemàtica, o l'error del professional d'interpretar com és una persona segons la roba que porta, fet que també pot ser causat per una interpretació equivocada de la comunicació. Amb tot això, fem referència al biaix de coneixements. També trobem el biaix de transmissió, que s'esdevé quan el missatge que rep el receptor és fals o enganyós, de manera que creu que l'emissor vol manipular-lo o distorsionar la realitat.

En tot el procés comunicatiu que suposa una entrevista clínica i de la salut un dels principis essencials (i, per què no, més complicats) és l'habilitat de l'escolta. Aquesta habilitat suposa un esforç per a qui parla i per a qui escolta. Es tracta d'un aspecte complicat, ja que escoltar implica entendre, comprendre i/o donar sentit a allò que sentim. Recordem que escoltar i sentir són dues coses molt diferents. Al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics" ja hem comentat algunes estratègies i habilitats que són molt importants durant l'entrevista amb una persona, i que podem sintetitzar en allò que denominem **escolta activa**. Com que ja ho hem vist, no aprofundirem més en aquest tema.

1.5. La formulació i el tipus de preguntes

La pregunta és l'element clau de tota entrevista. És l'eina que ens ajudarà a aconseguir la informació que volem obtenir durant l'exploració de la realitat de la persona, però també pot facilitar una reflexió conjunta amb la persona

durant la fase d'intervenció terapèutica. A més, les preguntes són fonamentals per a confirmar si la persona entén el que li expliquem, per exemple, en la devolució dels resultats de l'avaluació.

Podem establir dos tipus de preguntes: obertes i tancades; ambdues són complementàries i tenen finalitats molt diferents.

En general, considerem útils les **preguntes obertes** quan volem que la persona ens expliqui de manera àmplia un aspecte de la seva problemàtica. També són necessàries quan volem facilitar que l'entrevistat organitzi informació i idees o per a obrir un nou tema d'exploració. En canvi, les **preguntes tancades**, aquelles que tindran una resposta dicotòmica o molt breu, ens ajudaran a contrastar, confirmar o concretar informació o hipòtesis, i a precisar informació donada amb les preguntes obertes.

La combinació de preguntes dels dos tipus és eficaç al llarg de tota l'entrevista. Per exemple, per iniciar la conversa o quan volem encetar un nou àmbit d'exploració, són útils les preguntes obertes; però quan la persona dona molta informació i necessitem concretar més, ens poden ajudar més les preguntes tancades.

Malgrat això, cal tenir en compte que, a causa del mal ús (o l'abús) de les preguntes obertes o tancades, es poden donar situacions problemàtiques. Si ens centrem exclusivament en l'ús de preguntes obertes, podem deixar de banda altra informació que pot ser rellevant per al procés d'avaluació o per al disseny de la intervenció que la persona no comenta espontàniament. En canvi, si ens focalitzem en excés en un seguit de preguntes tancades, la persona ho pot interpretar com un interrogatori i, en conseqüència, trencar el *rapport* i la confiança en el professional. Abusar de preguntes tancades també pot fer que ens deixem aspectes que la persona considera importants i que no li donem la possibilitat de comentar-los espontàniament. Per acabar, si no utilitzem aquest format de pregunta en el moment i de la manera adequats, podem suggerir respostes a l'entrevistat.

Cal tenir en compte en tot moment la combinació de preguntes obertes i tancades d'una manera equilibrada i adaptada a les necessitats de la persona. També cal tenir en consideració que hi ha preguntes intermèdies entre les preguntes totalment obertes i les preguntes més tancades.

Vegem a continuació un bon exemple de diàleg breu que combina preguntes al llarg del contínuum obert-tancat.

Exemple

En Ramon acudeix a la segona visita d'avaluació. Presenta un estat d'ànim deprimat.

Terapeuta: Com ha anat la setmana, Ramon?

Ramon: La veritat és que aquests darrers dies m'he sentit una mica millor. Excepte dijous, però he sortit de casa cada dia i he menjat millor...

T: Molt bé. Ara que ho menciones, com ha estat el teu apetit aquest darrer mes?

R: La veritat és que gairebé mai tinc gana... Em costa molt menjar i, a més, em fa molta mandra cuinar.

T: Vols dir, Ramon, que a banda de la falta de gana et costa posar-te a cuinar?

R: Podríem dir que sí... És com que em falta energia per cuinar.

T: En quins altres moments o en quines altres activitats notes aquesta falta d'energia?

R: En general, em falta energia... Sento que no tinc ganes de res...

A banda del tipus de pregunta que triem en cada moment, hi ha altres paràmetres i consells que hem de tenir presents a l'hora d'organitzar les preguntes que formularem a l'entrevista:

- Cal agrupar les qüestions relacionades amb un mateix bloc temàtic en un únic moment temporal de l'entrevista. No és convenient anar saltant d'un tema a un altre de manera constant, ja que podem donar la impressió de ser poc professionals o de tenir poca preparació del cas.
- Si ens ve al cap una pregunta, hem de controlar la impulsivitat, anotar-la i plantejar-la quan estiguem parlant d'un tema que hi estigui relacionat o recuperar-la en un moment que no trenqui amb el tema que estem tractant.
- Encara que utilitzem una entrevista no estructurada, és convenient preparar un esquema inicial dels continguts que vulguem explorar segons la problemàtica o el motiu de consulta de la persona.
- Cal utilitzar un llenguatge comprensible i adaptat a les característiques de la persona entrevistada.
- Hem de fer les preguntes d'una en una, de manera que la persona tingui clar què volem saber i per facilitar la concreció en les seves respostes.
- No hem d'atabalar ni pressionar la persona. Hem de donar-li prou temps per a organitzar idees o emocions i animar-la a parlar quan estigui preparada. Hem de fer-li veure que entenem que li pugui costar parlar de determinades coses.

1.6. Estructura de l'entrevista

Amb aquest apartat volem establir unes bases de l'estructura i dels components que ha de tenir l'entrevista inicial amb una persona. Aquesta entrevista pot abastar més de la primera sessió d'avaluació.

Tota entrevista inicial ha d'adaptar-se, d'una banda, a la demanda de la persona i, de l'altra, a les característiques d'aquesta persona. A continuació introduïrem els passos que cal fer per a dur a terme una entrevista inicial.

1.6.1. Preparació i inici de l'entrevista

El més habitual és que les persones arribin a la consulta per dues vies diferents. Bé per iniciativa pròpia amb una trucada telefònica, bé per derivació d'un altre professional. Abans de rebre la persona hem de preparar l'espai on tindrem el primer contacte presencial. Com ja hem vist al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics", aspectes com ara crear un espai íntim i segur són essencials abans de començar l'avaluació. Per altra banda, hem de preparar mínimament el tema i el contingut de l'avaluació segons la informació que tinguem de la persona i de la seva problemàtica. Hem de tenir disponibles a la sala on farem l'entrevista tot el material necessari, tant d'oficina com aquell més específic (per exemple, instruments d'avaluació) que creiem que necessitarem segons la demanda inicial de la persona.

Un altre aspecte rellevant és fer una planificació de l'entrevista segons el temps que pensem que tindrem. Hem d'evitar acabar la conversa de manera precipitada i hauríem de deixar un temps al final de la sessió per si a última hora la persona menciona un tema important que no ha dit prèviament.

La preparació de l'entrevista és sempre la mateixa amb independència de la via d'arribada de la persona, tot i que podem assenyalar alguna peculiaritat. Si la persona arriba per iniciativa pròpia, hem de tenir en compte que moltes vegades la demanda inicial no es correspon amb la problemàtica real o més important que presenta la persona. Si ens arriba derivat, hem d'estudiar molt bé la informació de la situació de la persona que se'ns faciliti, donant-li la veracitat i credibilitat que considerem segons la font de derivació.

Sigui com sigui, l'entrevista i el primer contacte presencial amb la persona han de començar amb una pregunta oberta, àmplia i que doni peu a la persona a parlar amb tranquil·litat. Alguns exemples poden ser: "Què t'ha fet decidir-te a contactar amb mi?", "Explica'm, què t'ha fet telefonar-me?", "Què puc fer per tu?" o "Per telèfon em vas comentar que et senties molt nerviós últimament, explica'm una mica més, per favor". Abans de continuar amb la conversa, és important donar algun tipus de *feedback* a la persona, per tranquil·litzar-la i per normalitzar la situació que ens ha desvelat. A partir d'aquesta primera qüestió ens endinsarem en els blocs temàtics que presentem a continuació.

Una qüestió que pot ser rellevant amb algunes persones és el fet de prendre notes durant l'entrevista. Si ho fem, és convenient informar la persona de per què són necessàries.

Vegeu també

Ampliarem la informació sobre la presa de notes al subapartat "Aspectes organitzatius".

1.6.2. Cos de l'entrevista: blocs i aspectes a explorar

Els blocs que presentem a continuació són un esquema de continguts que generalment han de ser explorats en el cas d'una persona quan arriba a la nostra consulta per primer cop. No obstant això, mai hem de perdre de vista que tota exploració ha de prioritzar el motiu de consulta i el problema principal de la persona, així com adaptar-se a les seves característiques i a les peculiaritats de la seva situació. De fet, el primer que hem d'explorar és quina és la raó principal per la qual la persona ha demanat una cita amb nosaltres. Després de presentar-nos, assegurar la confidencialitat i altres aspectes d'un primer contacte presencial, demanarem a la persona que ens expliqui amb detall què és el que li passa, el seu problema principal. És fonamental explicar-li la importància de l'avaluació i motivar-la a parlar amb confiança i a explicar-nos tot allò que li preocupa.

Quan la persona comenci a explicar-nos la seva situació, haurem de deixar que parli sense interrupcions, mostrant calma i facilitant que parli amb la nostra comunicació no verbal; això ens ajudarà a expressar de manera no verbal que ens sembla molt important tot el que ens diu i farà que continuï explicant-nos coses. Si interrompem el que diu o li donem informació sobre el seu problema sense tenir tots els coneixements del que li passa, podem esbiaixar la realitat. Quan la persona acabi amb la seva explicació, abans de demanar més informació, farem un breu resum per confirmar que hem entès correctament les seves preocupacions i emocions.

Si la persona comenta més d'un problema o situació difícil en un primer moment, podem demanar-li que ens digui quin de tots creu que seria primordial: "De totes les coses que m'has explicat, quina creus que et treuria un pes més gran si desaparegués?". D'aquesta manera podrem identificar quina és la situació que li genera més malestar.

Una vegada identificat el problema principal i la resta de coses que li generen aquest malestar a la persona, ja passarem a fer l'entrevista corresponent per poder completar la informació sobre la persona, per conèixer la seva realitat i el seu entorn de manera completa i per poder fer un diagnòstic i una avaluació adequats.

El cos de l'entrevista ha d'indagar certs aspectes de la vida de la persona. Val a dir, però, que tot el que ja ens ha pogut explicar quan parlava del motiu de consulta no ho tornarem a preguntar, amb l'excepció de si volem que ens amplii determinada informació prèvia. Aquests aspectes són els següents:

- Història i conceptualització del problema principal.

- Tractaments previs i actuals.
- Motivació, objectius i expectatives de la persona.
- Recursos i limitacions per fer front al problema.
- Problemes psicològics associats actuals i anteriors.
- Àrees bàsiques de la vida.
- Altres.

Fer preguntes que tinguem programades sobre coses que la persona ja ha explicat espontàniament farà que la persona senti que no l'entendem o que no l'escoltem. Per això és essencial estar alerta i anar modificant el nostre esquema de preguntes en funció de la informació que la persona ens vagi facilitant.

A continuació, presentem alguns exemples de preguntes que es poden fer en relació amb cadascun dels aspectes del cos de l'entrevista que hem mencionat:

- **Història i conceptualització del problema principal:**
 - Podria explicar-me com va ser l'última vegada que va passar per aquest problema? Com es va sentir? Quins pensaments tenia?
 - Quant dura, amb quina freqüència s'esdevé?
 - Recorda quan va ser la primera vegada que li va passar? Com podria descriure-ho?
 - Des de llavors, com ha estat l'evolució del símptomes? S'ha agreujat?
- **Tractaments previs i actuals:**
 - Ha buscat ajuda d'algun professional anteriorment? De quin tipus? Quin és el motiu pel qual no ho havia fet fins ara?
 - Quins tractaments ha provat? Quina valoració fa dels resultats obtinguts? Per què creu que no li va funcionar?
 - Com va ser l'adherència als tractaments previs?
 - Actualment, està visitant un altre professional? Teràpies alternatives?
- **Motivació, objectius i expectatives de la persona:**
 - Què l'ha fet venir a consulta en aquest moment?
 - De qui ha estat la iniciativa?
 - Què espera aconseguir amb aquesta teràpia?
- **Recursos i limitacions per fer front al problema:**
 - Quins aspectes positius creu que té vostè que el puguin ajudar a afrontar el problema?
 - Quines característiques positives li diu el seu entorn que té?
 - Quines limitacions creu que té? Quines d'aquestes limitacions fan que el problema es mantingui?
- **Problemes psicològics associats actuals i anteriors:**

- Ha tingut algun problema psicològic anterior?
- Quin estat d'ànim té habitualment? Es mostra nerviós davant determinades situacions? (Amb aquest tipus de preguntes volem explorar la simptomatologia de les possibles comorbiditats amb el problema principal de la persona.)
- **Àrees bàsiques de la vida:**
 - Situació laboral: treballa? Quins estudis té? Com se sent a la feina?
 - Situació familiar: té parella? Com és la relació amb la parella? I amb la resta de la família? Té fills?
 - Història personal: com va ser la seva infantesa i adolescència? Com era la relació amb els seus germans?
 - Consum de substàncies: consumeix alguna droga? Fuma? Quina quantitat d'alcohol beu a la setmana?
 - Activitat física: fa algun tipus d'activitat física? Individual o en grup? Amb quina freqüència?
 - Vida sexual: com de satisfet es troba amb la seva vida sexual?
 - Temps lliure: què fa en el seu temps d'oci? Quines aficions té? Amb qui fa aquestes activitats?
 - Relacions socials: com és la seva relació amb els amics? Quan es veuen? Expressa els sentiments i les emocions de manera lliure?

Com és lògic, segons la problemàtica i les característiques de la persona, li donarem prioritat i aprofundirem més en unes àrees que en unes altres i, fins i tot, obviarem alguns aspectes que no aporten cap informació a la realitat de la persona en relació amb el problema o els problemes que presenta.

1.6.3. Tancament

Per fer una avaluació completa de la persona calen entre dues i quatre sessions, segons les característiques de la persona i el seu problema principal. En el moment d'acabar cadascuna d'aquestes sessions, hem de tenir en compte alguns aspectes:

- Avisar la persona que en breu acabarà el temps de l'entrevista/sessió.
- Fer un resum de la informació aportada durant l'entrevista. Amb això confirmarem que hem comprès correctament el que la persona ens ha transmès, però també aconseguim que se senti escoltada i entesa (com ja hem comentat al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics").
- Donar *feedback* a la persona sobre la utilitat i la importància de les dades que ha aportat durant la conversa.

- Si es tracta de la primera entrevista, explicar-li que encara ens falta informació per explorar i que necessitarem algunes sessions més per arregar la informació que ens falti. És molt important compartir amb la persona quina és aquesta informació, ja que d'aquesta manera se sentirà més involucrada. També cal comentar-li quines altres eines i instruments utilitzarem per continuar amb l'avaluació de la seva problemàtica.
- Si hem pres notes, les revisarem i completarem tot just quan marxi la persona. Si no ho hem fet abans, anotarem els aspectes que considerem més rellevants de cara a continuar amb l'avaluació.

A banda dels aspectes que hem comentat, n'hi ha d'altres que no podem passar per alt. Un de fonamental es que fer quan una persona ens revela un tema important quan estem acabant l'entrevista. En general, hem de fer-li veure que entenem la rellevància d'allò que ens està explicant i que, justament per això, hem de dedicar-li més temps, de manera que li direm que a la sessió següent aquest serà el primer tema que tractarem. Podem fer algunes excepcions a aquesta regla general. Per exemple, si la persona deixa entreveure idees suïcides, autoagressions o agressions a altres, hem de tractar aquesta situació en aquell mateix moment i prendre les mesures oportunes.

1.6.4. Inici de les sessions següents

Abans d'acabar aquest apartat volem fer una breu ressenya de les sessions posteriors a la primera entrevista. El primer aspecte que hem de considerar en la segona i en les subsegüents sessions és com les iniciem. Sempre hem de preguntar a la persona com han anat els dies des de la darrera visita i si ens vol explicar alguna cosa que consideri rellevant d'aquests dies. A continuació, podem fer un breu resum de la sessió anterior, del que vam estar parlant i de la informació que vam rebre. A partir d'aquí, ja podem introduir-nos en nous àmbits o aprofundir en aquells que considerem oportuns.

En la segona sessió i en la resta de sessions que seguiran podem utilitzar més preguntes tancades, perquè com que ja coneixem una mica la problemàtica de la persona el que volem ara és concretar determinats aspectes. Tot i això, no podem deixar de banda les preguntes obertes que ens donaran informació més àmplia d'allò que explorem. També podem utilitzar alguna entrevista estructurada que ens doni informació de les nostres hipòtesis i ens ajudi amb el diagnòstic, i també altres instruments, com ara un qüestionari.

En començar cada nova sessió, hem de situar el punt en què ens vam quedar la sessió anterior i a partir d'aquest continuar amb els continguts de la sessió.

1.7. Aspectes pràctics de l'entrevista

1.7.1. Aspectes organitzatius

Al mòdul “L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics” ja hem comentat els elements i factors que hem de tenir en compte de cara a l'inici del contacte presencial amb una persona i quina informació és prioritària en la primera visita. Aspectes com la confidencialitat o l'espai físic on tindrà lloc l'entrevista inicial són fonamentals per a generar la confiança i seguretat que tothom necessita per a obrir-se amb llibertat durant les sessions d'avaluació i intervenció psicològica.

Comentem de passada que també existeixen plataformes que podem utilitzar per a fer teràpia en línia. En aquest cas, és fonamental assegurar-nos de la seguretat de la connexió (ha de poder garantir la confidencialitat) i també que pacient i terapeuta es situen en un espai privat i tranquil que els doni seguretat.

Però a banda d'això i dels aspectes generals que ja hem comentat, hem de considerar uns altres aspectes més específics pel que fa a l'organització de l'entrevista i que passem a explicar breument.

1) Preparació de l'entrevista

Hi ha dos aspectes previs importants de cara al posterior funcionament eficaç del procés d'entrevista: per un costat, la preparació des del punt de vista teòric del problema principal de la persona i, per l'altre, l'anàlisi de la seva història clínica. Pel que fa a la preparació, resulta evident que si la persona que ens arriba presenta una problemàtica que com a professional no controlem o no en tenim la formació necessària, haurem de derivar-lo a un professional que pugui donar-li l'acompanyament adequat per a cobrir les seves necessitats. Això de vegades requereix una primera visita en la qual valorem què li passa a la persona i si estem preparats o no per acompanyar-lo. En aquest cas, el reciclatge i la formació continuada com a professionals són aspectes bàsics per al correcte desenvolupament de la nostra professió.

Quant al segon aspecte assenyalat, l'anàlisi de la història clínica de la persona, hem de començar tenint en compte que no sempre disposem d'aquesta informació. Per exemple, podem trobar-nos amb una persona que és la primera vegada que acudeix a un professional de la psicologia o amb una persona que ens ha derivat un col·lega però de la qual no tenim cap altra informació més que la seva demanda inicial. Sigui com sigui, si disposem de la història clínica o si només tenim informació bàsica del que li passa, hem de consultar i repassar tot allò que sabem de manera que la persona se senti compresa i acompanyada des del moment en què entra a la nostra consulta.

Quan es produeixi la primera conversa amb la persona, habitualment per telèfon, li demanarem dades bàsiques com el nom, l'edat o el motiu de consulta (molt breu, en tres paraules) i, si s'escau, alguna informació addicional. Aquesta informació ens serà molt útil a l'hora de valorar, en primer lloc, si el derivem o si li donem cita i, en segon lloc, la urgència que pot tenir la demanda de la persona. En aquest moment, si la situació de la persona requereix prioritat però no podem donar-li cita immediata, ens plantejarem, un altre cop, la possibilitat de derivar-lo a un altre professional.

Una vegada ja tenim cita amb la persona, abans de la visita hem de repassar tota la informació de què disposem i preparar mínimament l'avaluació que inicialment li farem. Això suposa preparar tots els materials que durant aquesta primera visita podrem necessitar: consentiment informat, document de confidencialitat, qüestionaris, autorregistres i l'entrevista estructurada que li volem administrar o el guió de l'entrevista no estructurada que tenim previst fer per a obtenir tota la informació.

Durant la preparació de l'entrevista, hem de considerar aspectes més físics o de context com ara evitar interrupcions mentre dura la conversa amb la persona; així doncs, evitar trucades telefòniques, notificacions de WhatsApp o similars és bàsic. Qualsevol d'aquestes interrupcions pot molestar la persona i coartar la seva motivació. Si necessitem atendre una trucada, li ho explicarem. Fins i tot ho podem anticipar: "Sempre tinc el mòbil desconnectat, però estic esperant una trucada familiar molt important. Li demano disculpes anticipades per si sona el telèfon durant l'entrevista". Si se'ns oblidava apagar o silenciar el telèfon i sona, li podem demanar disculpes i dir-li que el desconnectarem en aquell mateix moment per evitar noves interrupcions. A continuació, farem un resum en una frase del que ens estava explicant i l'animarem a continuar: "Disculpi, m'estava explicant que la setmana passada va notar aquestes sensacions quan era al parc amb la seva filla. Per favor, explíquim què va fer en aquell moment".

2) Durada de l'entrevista

El temps que dedicarem a l'entrevista és molt important, de manera que saber organitzar-ne la durada ens ajudarà a plantejar tots els continguts que volem indagar de manera coherent, ordenada i eficaç, sense que ens quedi cap aspecte sense explorar.

És molt important fer el guió de l'entrevista que hem comentat abans; amb aquest esquema controlarem que toquem tots els temes que volem abordar i evitarem haver d'acabar l'entrevista sobtadament perquè ens hem quedat sense temps. És fonamental deixar sempre un espai de temps obert per si apareix a última hora algun tema que la persona s'ha guardat i que comenta just abans d'acabar.

En general, la durada de l'entrevista pot ser d'entre seixanta i noranta minuts. En el cas d'una primera entrevista es pot fer una excepció i allargar-la més en funció de la problemàtica que presenti la persona i de la necessitat d'obtenir més informació que ens ajudi a plantejar un pla d'avaluació adequat a la seva realitat. Però el temps que dedicarem a una entrevista també dependrà de la facilitat de la persona per explicar la seva realitat.

Exemple

Si ens trobem amb una persona a la qual li costa parlar, no podem obligar-la a fer-ho, ja que es podria sentir pressionat i abandonar la teràpia el primer dia, de manera que, en situacions com aquesta, podem fer una entrevista més curta i en la sessió següent continuar; així, li donarem temps perquè la persona se senti més confiada.

D'entrada, en la primera entrevista ens hem de mostrar oberts i hem de deixar parlar la persona i anar anotant aquella informació que de manera lliure ens expliqui i que després anirem reprenent i ampliant si la considerem important per conèixer el seu context i problema. Mica en mica anirem redirigint la conversa i la interacció cap a aquells aspectes que considerem més importants en relació amb el problema que presenta la persona.

3) Registre de la informació

Registrar la informació que la persona ens facilita durant l'entrevista és molt útil de cara a establir el pla d'avaluació i terapèutic més adient per a la persona. A més, és una part important de la seva història clínica, història a la qual aquest té el dret d'accedir si ens ho demana.

Disposem de diferents opcions per a fer el registre durant l'entrevista. El més clàssic són les notes escrites (en paper o ordinador), però també pot ser d'utilitat la gravació en àudio o en vídeo. En cas d'optar pel registre audiovisual, sempre hem de valorar-ne la utilitat. A més, sempre haurem d'explicar a la persona el perquè de la gravació, preparar un document de consentiment de la gravació que aquesta haurà de signar i assegurar la confidencialitat del material gravat.

Si fem servir l'ordinador, mai hem de col·locar-lo en forma de barrera entre la persona i nosaltres; l'ordinador ha d'estar ubicat en un costat de la taula perquè no dificulti el contacte visual. L'avantatge de l'ordinador en relació amb les notes escrites és que ja disposarem de la informació introduïda, la qual cosa ens facilitarà molt la posterior edició de la història clínica. La dificultat, però, és que si no es té gaire expertesa escrivint amb l'ordinador, si no sabem treballar-hi sense haver de mirar pràcticament la pantalla i focalitzant tota l'atenció en la persona, pot semblar que no l'escoltem.

Pel que fa a les notes escrites, l'opció més clàssica i que continua essent una de les més utilitzades, hem de tenir en consideració alguns aspectes per obtenir unes notes d'utilitat. Com ja hem esmentat, aquestes notes són una part important de la història clínica i ens serviran de guia si després hem de preparar alguna mena d'informe sobre la problemàtica de la persona. Així doncs:

- Hem de ser concrets amb la informació que anotem. Per exemple, si la persona ens diu que està nerviosa, és preferible anotar la simptomatologia, per exemple: "tremolors, li costa parlar", i no només dir "està nerviós". En tot moment hem de deixar clar què és el que la persona vol dir amb les seves expressions.
- Hem de fer una distinció entre els fets objectius que ens expliqui i les interpretacions o inferències que la persona en pugui fer. Per exemple, si la persona ens diu: "Després de discutir ma mare em va mirar i va sortir de casa corrent perquè no està bé del cap", hem de registrar la manera que té d'explicar-ho, però també que hi ha hagut una discussió entre tots dos i que no tenim indicis que la mare presenti cap trastorn mental. Haurem d'explorar més la discussió i la reacció de la mare.
- Mai hem d'anotar els sentiments, opinions i valors que ens sorgeixin tant d'allò que la persona ens explica com de la seva imatge personal. Això es relaciona amb un dels errors que com a entrevistadors podem cometre, que és el fet de fer-nos una idea equivocada de la persona segons va vestida i que comentarem en l'apartat següent.

Un cop acabada l'entrevista, hem de dedicar un temps a ordenar i organitzar la informació que hem anotat durant l'entrevista. Les notes s'han de prendre d'una manera esquemàtica, de manera que després necessitem una estona per acabar de donar-los forma. Aquesta tasca l'hem de fer en finalitzar la sessió. Per això, quan organitzem la nostra agenda del dia hem de reservar uns deu o quinze minuts després de cada entrevista per a dur a terme aquesta tasca.

D'altra banda, tot i la utilitat del registre i de les notes, podem considerar inoportú anotar informació en determinades situacions. A vegades la persona necessita saber que li donem tota la nostra atenció i aleshores potser haurem de deixar el bolígraf damunt la taula i escoltar activament mirant-lo als ulls. Amb aquesta actitud l'animarem a continuar explicant allò que li resulta difícil i li donarem confiança mostrant-li que ara escoltar-lo és el més important.

Exemple

Si la persona explica alguna cosa que li resulta complicada d'expressar (per vergonya o per por), és millor que centrem tota la nostra atenció en aquest moment; ja anotarem aquesta informació al final de l'entrevista.

1.7.2. Aspectes que dificulten el desenvolupament de l'entrevista

Cal afegir que hi ha factors que poden ennuvol·lar el desenvolupament de l'entrevista i el seu procés. Aquests factors poden estar causats tant per l'entrevistador com per la persona entrevistada. És el que anomenem errors o biaixos, que poden aparèixer de manera menys conscient i més freqüent en el cas de l'entrevista no estructurada com a conseqüència de la falta de criteris objectius en els quals basar-nos. L'aparició d'aquests factors influirà de manera negativa i disminuirà, en conseqüència, la validesa de l'entrevista.

1) Errors de l'entrevistador

De manera general, podem dir que l'error principal que pot cometre l'entrevistador és basar-se en judicis de valor o prejudicis. La falta de control sobre els nostres prejudicis pot contribuir a produir inferències errònies que faran que el diagnòstic sigui equivocat. També ens pot dur a ignorar aspectes o informacions que ens faciliti la persona, una actitud que també dificultarà un diagnòstic i una intervenció adequats.

De manera més concreta, podem destacar els errors següents comesos de manera més o menys inconscient pel professional: efecte halo, primera impressió, error lògic, atribució de la causa i error de generositat. A la taula següent en trobareu una descripció més detallada:

Errors més freqüentment comesos per l'entrevistador

Error	Descripció	Exemple
Efecte halo	Tendència que tenim a seleccionar i generalitzar un tret positiu o negatiu d'una persona, de manera que una característica limitada de l'entrevistat és aplicada al conjunt i ignorem la resta de característiques de la persona.	Si una persona d'entrada ens sembla atractiva, pot ser que percebem que tot en ella serà atractiu i interessant.
Primera impressió	En aquest punt és quan més clarament poden aparèixer les inferències que hem comentat abans. Durant la primera entrevista amb la persona podem fer inferències equivocades, de manera que orientem erròniament el procés d'avaluació i anem buscant la confirmació de la idea que ens n'hem fet.	Si la persona no somriu en cap moment, podem pensar que té dificultats per establir relacions socials amb les altres persones perquè té un caràcter difícil.
Error lògic	Aquest biaix pot semblar molt semblant als anteriors, però hi ha la diferència que en aquest l'entrevistador fa la seva inferència a partir de la seva lògica personal o professional.	Si una persona ens diu que últimament està nerviosa i que té taquicàrdies, podem afirmar erròniament que pateix atacs de pànic i descartar explorar la seva història personal de cardiopaties. D'aquesta manera, podem ignorar altres símptomes que ens parlin d'una problemàtica diferent a la dels atacs de pànic.
Atribució de la causa	Aquesta situació apareix quan, com a entrevistadors, justifiquem una conducta de la persona segons les nostres impressions personals sense confirmar-ho.	

Error	Descripció	Exemple
Error de generositat	De vegades l'entrevistador pot treure-li importància a determinades conductes o sentiments de la persona, valorant la seva realitat de manera més positiva del que realment és. El psicòleg pot magnificar la conducta adequada d'una persona i minimitzar-ne les conductes inadequades.	Si el pare d'un xiquet ens explica que a l'escola el seu fill petit ha pegat un company de classe, podem pensar que "això són coses de xiquets" i no explorar si ha passat de manera aïllada o és més recurrent.

A aquestes errades que acabem de comentar, en podem afegir d'altres que el psicòleg pot cometre al llarg de l'entrevista i que no es basen tant en inferències sinó en la errònia aplicació d'aspectes teòrics: no utilitzar de manera correcta els reforçaments, reforçant a la persona de manera insuficient o excessiva; deixar que la persona porti la direcció i el ritme de l'entrevista, adoptant una actitud passiva; interrompre de manera continuada a l'entrevistat, i preguntar més d'una cosa al mateix temps o sobre aspectes o temes diferents. Finalment, val a dir que cal evitar aquells aspectes o situacions que provoquin angoixa o malestar en la persona.

2) La perspectiva de la persona: biaixos de l'entrevistat

A banda d'intentar evitar els errors i biaixos que acabem de comentar, l'entrevistador haurà d'estar sempre alerta davant les actituds que pot tenir la persona entrevistada, ja que aquesta pot mostrar coses que poden no coincidir totalment amb la seva realitat. En aquest sentit, hem d'assenyalar dos biaixos promoguts per l'entrevistat que també poden influir de manera negativa en la informació que recollim per fer la nostra avaluació.

D'una banda, la persona ens pot facilitar informació del seu passat de manera inexacta o falsa. És el que anomenen informes retrospectius inexactes i que es poden produir especialment quan la persona ens facilita informació sobre l'evolució del seu problema o simptomatologia o quan ens parla de la seva història familiar o de conflictes socials i familiars. D'altra banda, a vegades, sobretot al principi del procés d'avaluació, la persona pot intentar transmetre una imatge favorable d'ell mateix i del seu entorn, amb la qual cosa ens mostraria una imatge distorsionada de la seva realitat. Això es relaciona amb la primera impressió que podem tenir de la persona; hem d'intentar valorar la situació de la manera més objectiva possible en tot moment.

A banda d'aquests dos biaixos, hem de considerar altres aspectes propis de la persona que poden acabar influint en el desenvolupament de l'entrevista i, en conseqüència, en la consecució dels objectius del procés de comunicació. En aquest sentit, com a professionals mai hem de donar per fet que la persona ens facilitarà tota la informació ni que ens la donarà de manera immediata encara que inicialment la seva motivació sigui clara. A l'apartat anterior ja hem parlat de manera indirecta de la desitjabilitat social i de com l'entrevistat pot modificar la seva realitat per donar una imatge diferent. A l'altre extrem

trobem la persona amb una baixa motivació per assistir a la nostra consulta, bé perquè no creu en l'eficàcia terapèutica bé perquè ha vingut obligada per una altra persona, i que tindrà una actitud que no sempre serà de col·laboració.

D'altra banda, en molts casos la por a una situació nova com acudir a una consulta psicològica genera sentiments de nerviosisme en la persona que poden fer que no es mostri com realment és, o que ens doni molta informació de cop o, al contrari, que arribi a quedar-se en silenci. Pensaments com "Què li he d'explicar jo, al psicòleg?" o "No sé què hauré de fer" generen desconfiança i inseguretat, sentiments que haurem de modificar en el desenvolupament de la primera entrevista presencial; utilitzar un llenguatge adaptat a la persona que ens toca atendre serà fonamental perquè compregui tot el que li volem comunicar.

2. L'entrevista en la pràctica clínica de la psicologia de la salut

Un camp que ha rebut molta atenció donada la rellevància que té dins de la psicologia clínica és la psicologia de la salut. Les peculiaritats de la psicologia de la salut fan convenient assenyalar d'una manera genèrica algunes de les característiques que ha de tenir una entrevista que es desenvolupi en aquest àmbit. Òbviament, els aspectes que hem comentat en l'apartat anterior són totalment aplicables en aquest punt. Així doncs, els continguts sobre comunicació, escolta activa, *rapport*, confidencialitat i la resta són absolutament necessaris quan parlem de psicologia de la salut.

Potser la gran diferència entre l'entrevista en un context clínic i l'entrevista en un entorn de salut radica en la informació que pretenem explorar i en quins són els seus objectius. Si en un context clínic busquem conèixer la situació i les necessitats de la persona, així com la confirmació d'uns criteris establerts per determinats sistemes de classificació com veurem a l'apartat següent, en el cas de l'entorn de salut l'exploració està més focalitzada cap a altres qüestions, com la vivència que la persona fa de la seva malaltia, és a dir, l'afrontament i els recursos de què disposa, els seus estils i hàbits de vida, la seva percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut, com el seu problema afecta aspectes com ara el seu estat d'ànim, la seva relació amb el sistema sanitari, entre altres.

És veritat que també en una entrevista en un context clínic explorem aspectes sobre afrontament, història i estils de vida (vida social, laboral i familiar, per exemple). El matís podem posar-lo en la profunditat o en l'objectiu que acompanyen aquesta exploració.

Exemple

Si ens arriba a la consulta una persona amb problemes cardiovasculars, la nostra avaluació estarà enfocada a obtenir informació sobre alimentació, activitat física, patrons de son o consum de substàncies tòxiques. I això ho explorarem per a establir quins són els seus hàbits i identificar els canvis que haurà de fer de cara a prevenir l'agreujament de la seva salut. En canvi, aquests mateixos aspectes els podríem explorar en una persona amb un trastorn psicòtic amb l'objectiu de conèixer la totalitat de la seva realitat, però, per exemple, sense aprofundir en aspectes com ara la quantitat d'hores específiques que la persona dedica a menjar o a fer esport. La informació en aquest nivell de concreció pot ser útil en el cas de la persona amb cardiopaties, ja que ens aportarà una visió real del seu ritme i rutina diària que ens serà necessària per a establir el procés de canvi dels patrons potenciadors de la seva malaltia.

En tot aquest entramat de la pràctica de la psicologia clínica de la salut, les actituds i les creences de la persona sobre la seva situació són especialment rellevants. Les expectatives de canvi són essencials en el procés terapèutic,

motiu pel qual hem de fer una bona avaluació d'aquests aspectes. De manera complementària, hem d'explorar aspectes i factors que dificulten el canvi de conducta que seria recomanable (Salmerón, Giménez i Nieto, 2016).

Pel que fa a les entrevistes específiques de la salut, trobem models teòrics que també haurem d'explorar. En podríem destacar el model de creences de salut (Rosenstock, Strecher i Becker, 1980), la teoria de l'acció raonada (Ajzen, 1975) o el model transteòric del canvi (Prochaska, Diclemente i NorCross, 1992). Explorar durant l'entrevista els aspectes inclosos en aquests models que faciliten i dificulten el canvi de conducta ens donarà una informació vàlida per a identificar en quin moment del procés de canvi es troba la persona, i això ens ajudarà a establir uns objectius terapèutics adaptats a la realitat de la persona.

3. Els sistemes de classificació

Des de la dècada del 1940, són dues les entitats que han proposat els sistemes de classificació dels trastorns mentals més acceptats a escala internacional (Vázquez, 1990). D'una banda, l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) amb el *Manual Diagnòstic i Estadístic (DSM)*; de l'altra, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) amb la seva *Classificació Internacional de Malalties (CIM)*. Ambdues classificacions han estat revisades i actualitzades durant les dècades posteriors amb l'objectiu de millorar tant el diagnòstic com la mateixa classificació, i és per això que les seves bases conceptuals han anat evolucionant fins a arribar (en el moment de publicació d'aquests materials) a la desena versió del DSM i a la desena de la CIM (Gutiérrez Miras i altres, 2015). En aquest apartat comentarem les principals característiques d'aquests sistemes i farem una revisió més profunda del DSM-5, que ha rebut crítiques fins i tot abans de publicar-se.

3.1. Objectius dels sistemes de classificació

Tradicionalment s'ha considerat que els sistemes de classificació, especialment el DSM de l'APA, tenen tres objectius fonamentals (Williams, 1996):

- Establir una nomenclatura i una terminologia comunes per als professionals de la psicologia i de la psiquiatria i per a altres professionals de la salut.
- Comprendre la història del trastorn o del problema i contribuir a establir el tractament més adequat.
- Ordenar i classificar de manera unitària els diferents trastorns i facilitar la investigació científica.

Per aconseguir aquests objectius comuns, els dos organismes han anat revisant els seus sistemes, adaptant-los a les noves realitats socials i culturals i, en conseqüència, reconsiderant el concepte de trastorn o de problema segons el moment.

Exemple

Un dels exemples més evidents d'aquestes "reconsideracions" és l'evolució que ha tingut l'homosexualitat al llarg de les diferents edicions d'ambdós manuals. De fet, una de les grans decepcions per a determinats sectors socio-sanitaris ha estat que el DSM-5 mantingui dins de la seva classificació la transsexualitat (ara anomenada disfòria de gènere), que continuï considerant-la un trastorn mental.

Sigui com sigui, els sistemes de classificació psiquiàtrics busquen, fonamentalment, donar nom i ordenar les diferents realitats i els diferents problemes que ens trobem en la pràctica clínica habitual, agrupant les persones amb unes ca-

racterístiques clíniques (síntomes) similars per a aplicar un tractament adaptat a aquesta simptomatologia i preveure'n l'evolució. Com assenyala Sandín (2013), l'existència del sistema de classificació és essencial no només per la seva importància intrínseca, sinó també perquè fa possible un llenguatge comú per a investigadors i terapeutes que facilita les accions interdisciplinàries, homologa els tractaments i, al mateix temps, afavoreix la validació dels processos terapèutics.

3.2. Tipologia: categorials enfront de dimensionals

Quan expliquem els sistemes de classificació segons la seva tipologia, hi ha un consens àmpliament estès que els diferencia, segons la continuïtat de les seves categories, en sistemes categorials, sistemes dimensionals i sistemes prototípics o híbrids (Mellor i Aragona, 2009; Muñoz, 2003).

El **models categorials o qualitius** organitzen les categories, classes o clústers en funció de l'existència de determinades característiques comunes. Aquests sistemes proposen que una persona ha de reunir un conjunt de característiques per poder fer-li un diagnòstic. Des del punt de vista teòric, podríem dir que es fonamenten en el plantejament que va fer Kraepelin: cada trastorn és diferent d'un altre perquè les seves bases biològiques i les manifestacions són diferents.

En canvi, els **sistemes dimensionals o quantitius** s'oposen a la visió biomèdica dels trastorns mentals plantejada pels sistemes categorials, i introdueixen un sistema en el qual els símptomes que presenta la persona es consideren segons la seva intensitat i no la seva mera presència o absència, situant-los al llarg d'un contínuum.

Finalment, els **sistemes prototípics** són un híbrid dels dos anteriors; primer fan una valoració en funció d'unes determinades categories i després fan la quantificació de la simptomatologia relacionada amb cadascuna d'aquestes categories. La proposta es basa en unes categories mínimes que han de manifestar-se i que van acompanyades d'altres que tenen un caràcter optatiu, que poden estar presents o no.

Podeu veure els avantatges i desavantatges d'aquests sistemes a la taula següent:

Avantatges i desavantatges dels diferents tipus de sistemes

	Avantatges	Desavantatges
Sistemes categorials	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliten la comunicació entre els professionals de la salut. - Són senzills de memoritzar. - Unifiquen els símptomes psicològics. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poden contribuir a la consolidació d'entendre el processos psicopatològics com a entitats discretes. - Proposen uns criteris diagnòstics restrictius per incrementar l'homogeneïtat, afegint categories mixtes que serveixen de calaix de sastre però que deixen el nombre de categories per sota de la realitat de les diferències interindividuais.

	Avantatges	Desavantatges
Sistemes dimensionals	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliten la identificació dels canvis o l'evolució de la persona durant l'aplicació del tractament. - Permeten interpretar la normalitat i la patologia com a extrems d'un continuum. 	<ul style="list-style-type: none"> - No hi ha un acord explícit sobre quantes dimensions hauria d'incloure cada problemàtica. - De vegades les dimensions es presenten d'una manera vaga i imprecisa que dificulta la comunicació entre professionals (Widakowich, 2012).
Sistemes prototípics	<ul style="list-style-type: none"> - Possibiliten que la persona no presenti tots els símptomes que defineixen els trastorns. - Aporten també un llenguatge comú als professionals. - Faciliten la formulació clínica dels casos en la pràctica clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Són un sistema complex, ja que es considera que és necessari compartir un mínim de característiques amb el model (prototip) de cada trastorn, fet que dificulta poder fer la gradació de la simptomatologia i establir el punt en què es considera que compleix amb la categoria.

L'enfocament categòric tracta d'establir unes categories concretes definint principalment la presència, o no, dels símptomes. En canvi, la proposta dimensional busca les diferències quantitatives de la simptomatologia segons diferents graus d'intensitat.

A banda de la diferenciació que acabem de fer, els sistemes de classificació es poden distingir també segons altres aspectes. Si ens fixem en la seva estructura, podem diferenciar els sistemes horitzontals dels sistemes jeràrquics. Els **sistemes jeràrquics** són verticals, de manera que les categories superiors més abstractes inclouen altres de nivells inferiors i més concretes. Per la seva part, els **sistemes horitzontals** o multiaxials organitzen les categories de manera paral·lela, és a dir, les diferents categories es presenten al mateix nivell, de manera que a la persona li podem identificar problemàtiques independents. El DSM és un exemple clar d'aquest segon cas.

Finalment, val a dir que aquestes dues tipologies que hem presentat fins ara són complementàries. Així, per exemple, el DSM s'ha caracteritzat per ser un sistema de classificació categorial i multiaxial, com veurem continuació.

3.3. Manual Diagnòstic i Estadístic enfront de Classificació Internacional de Malalties

L'any 1844 va aparèixer la primera classificació dels trastorns mentals, que incloïa la termes com *idiotícia* i *bogeria* (APA, 2013). Un segle més tard, l'any 1952, es va publicar el DSM-I, on els problemes mentals apareixen al voltant del concepte de reacció de Meyer, que els entén com les reaccions de les persones a les seves situacions vitals.

A la taula següent es presenten les diferents versions posteriors que ha tingut el DSM:

Versió	Principals canvis
DSM-II	- Abandona el concepte de reacció però manté una base psicoanalítica. - Desapareixen els conceptes de psicosi i neurosi. - Deixa de parlar de <i>malaltia</i> i apareix el terme <i>trastorn</i> .
DSM-III (1980)	- Introdueix l'estructura multiaxial.
DSM-III-TR	- Apareix l'entrevista clínica estructurada SCID.
DSM-IV (1994)	- Mostra intenció de coordinació amb la CIM-9 (1993) - Manté el sistema multiaxial i distribueix els trastorns en setze categories, afegint la possibilitat de codificar tots el trastorns a l'eix 1 si es dona més d'un a la mateixa persona.
DSM-IV-TR	- Suma una nova categoria que fa referència a "Altres problemes objecte d'atenció clínica". - Modifica els codis per a reflectir els que conté la CIM-9 modificat.

La versió DSM-IV-TR ha estat vigent fins que l'any 2013 es va publicar el DSM-5, al qual dediquem l'apartat següent.

El DSM és un sistema categorial, com hem dit, tot i que algunes de les novetats introduïdes des del DSM-IV-TR ens poden fer pensar que s'han adoptat algunes de les premisses dels sistemes dimensionals a l'hora de reconèixer el caràcter continu d'alguns dels trastorns (Sandín, 2013). Aquesta versió del manual organitza els trastorns en un nova estructura que inclou els paràmetres dimensionals i, al mateix temps, marca el paral·lelisme amb la CIM-11 (pendent encara de publicació). D'aquesta manera, en alguns del quadres clínics que presenta s'ha d'analitzar la gravetat de la simptomatologia (graus lleu, moderat o sever).

Exemple

Això ho trobem, per exemple, en el diagnòstic del trastorn depressiu major o dels trastorns addictius relacionats amb el consum de substàncies.

El DSM-5 està organitzat en tres seccions:

- **Secció 1:** pautes per a fer un ús clínic i forense del manual.
- **Secció 2:** criteris i codis diagnòstics per a analitzar els trastorns.
- **Secció 3:** mesures dimensionals per a avaluar la simptomatologia, els criteris culturals del trastorns i per a proposar una alternativa de conceptualització dels trastorns de personalitat.

Com ja hem mencionat, el DSM manté l'estructura categorial, però en la versió 5 del manual s'ha mitigat el sistema multiaxial, ja que es va considerar que aquesta distinció resultava artificial i en alguns casos forçada. Ara totes les categories diagnòstiques dels eixos I i II s'inclouen a la secció 2. Ara bé, cada categoria ha de presentar les anotacions corresponents a les condicions mèdiques associades als factors psicosocials i ambientals i a la discapacitat, és a dir,

a l'afectació en el funcionament social, laboral i en altres àrees significatives de la vida de la persona. Aquestes anotacions es corresponen amb els eixos III, IV i V, respectivament, del DSM-IV-TR.

En definitiva, el DSM-5 presenta un sistema multiaxial reduït a tres eixos:

- **Eix I:** inclou trastorns mentals, de la personalitat, retard mental i malalties mèdiques.
- **Eix II:** inclou alteració del funcionament avaluat amb l'escala WHODAS 2.0. Es tracta d'un qüestionari elaborat per l'OMS de trenta-sis ítems (hi ha una versió de dotze) per a valorar les dificultats que pot presentar la persona en funció dels seus problemes de salut.
- **Eix III:** inclou altres problemes objecte d'atenció clínica.

Presentem a continuació la classificació que inclou el DSM-5 dels diferents trastorns:

- Trastorns del neurodesenvolupament.
- Espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
- Trastorns bipolars i relacionats.
- Trastorns depressius.
- Trastorns obsessivocompulsius i relacionats.
- Trastorns relacionats amb traumes i estressors.
- Trastorns dissociatius.
- Trastorns de símptomes somàtics.
- Trastorns de l'alimentació i de la conducta alimentària.
- Trastorns de l'eliminació.
- Trastorns del son.
- Disfuncions sexuals.
- Disfòria de gènere.
- Trastorns disruptius, del control d'impulsos i conductuals.
- Trastorns addictius i de consum de substàncies.
- Trastorns neurocognitius.
- Trastorns de la personalitat.
- Trastorns parafilics.
- Altres trastorns.

El fet de separar els trastorns de les anotacions que hem comentat sobre la realitat psicosocial de la persona facilita la coherència amb les guies de l'OMS i la CIM-10, que consideren l'estat funcional de la persona de manera independent al diagnòstic i a la situació psicològica.

Una de les diferències fonamentals entre el DSM i la CIM és que el DSM es focalitza només en trastorns mentals, mentre que a la CIM les malalties mentals constitueixen només un capítol (la CIM tracta totes les malalties considerades per l'OMS). Dels vint-i-un capítols que conformen la CIM-10, és el capítol V el que fa referència als trastorns mentals i del comportament, capítol que va ser publicat l'any 1992 en la seva versió definitiva. De manera similar a la tradició

Referència bibliogràfica

Per a fer una revisió més exhaustiva dels canvis pel que fa a la classificació anterior del DSM-IV-TR podeu consultar:

E. Echeburúa, K. Salaberría i M. Cruz-Sáez (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.

del DSM (excloent-ne el DSM-5), la CIM-10 presenta un sistema multiaxial de tres eixos: diagnòstics clínics, discapacitat i factors ambientals. Vegem amb una mica més de detall aquests eixos:

1) Eix I: diagnòstics clínics. Engloba tota patologia psiquiàtrica, mèdica i de la personalitat. No fa distinció entre psiquiatria i la resta de la medicina ni entre l'assistència psiquiàtrica i la resta de l'assistència sanitària. El capítol V, que com hem dit fa referència a les patologies mentals, inclou els apartats següents, cadascun amb les seves subcategories:

- Trastorns mentals orgànics.
- Trastorns mentals i del comportament deguts al consum de substàncies psicotròpiques.
- Esquizofrènia, trastorn esquizotípic i trastorn d'idees delirants.
- Trastorns de l'estat d'ànim.
- Trastorns neuròtics, trastorns secundaris a situacions estressants i trastorns somatomorfs.
- Trastorns del comportament associats a disfuncions fisiològiques i a factors somàtics.
- Trastorns de la personalitat i del comportament de l'adult.
- Retard mental.
- Trastorns del desenvolupament psicològic.
- Trastorns del comportament i de les emocions d'inici habitual en la infància i l'adolescència.
- Trastorn mental sense especificació.

2) Eix II: discapacitat social. Valora quatre àrees de funcionament social (personal, familiar, laboral, social). Hi ha una relació inversa entre el grau de discapacitat i la qualitat de vida.

3) Eix III: factors ambientals i relatius a l'estil de vida que fan referència a la malaltia. Té en compte tant circumstàncies del passat com del moment actual. És un eix de molta importància per a la salut pública que permet identificar circumstàncies que són susceptibles de ser objecte de programes de prevenció primària, secundària o terciària, fins i tot a nivell comunitari.

Com va passar amb l'entrevista SCID, la CIM-10 va facilitar l'elaboració d'altres instruments clínics, com ara l'entrevista clínica estructurada CIDI (entrevista diagnòstica internacional composta).

Per acabar aquest apartat, mostrem a continuació un esquema comparatiu entre el DSM-IV-TR, el DSM-5 i la CIM-10, que recull els principals canvis i diferències:

	DSM-IV-TR	DSM-5	CIM-10 (Avaluació no axial)
Eix I	- Trastorns clínics	- Trastorns somàtics - Trastorns psiquiàtrics - Trastorns de la personalitat (inclouria eix I, II i III de DSM-IV)	Sense eixos - El diagnòstic principal se cita en primer lloc i la resta per ordre de necessitat d'atenció i tractament. - Trastorns psiquiàtrics - Trastorns de la personalitat - Retard mental - Trastorns orgànics - Factors contextuals i psicosocials (codis Z de CIM-10). - Substituint per la WHODAS 2.0
Eix II	- Trastorns de la personalitat - Retard mental - Mecanismes de defensa - Trets desadaptatius de personalitat	- Discapacitat (similar a l'eix V)	
Eix III	- Malalties mèdiques	- Factors ambientals i de l'estil de vida (similar a l'eix IV)	
Eix IV	- Problemes psicosocials i ambientals	- Cap	
Eix V	- EEAG (0-100)	- Cap	

3.4. El DSM-5: aportacions i crítiques

Si revisem breument la literatura, podem pensar que l'aparició del DSM-5 ha estat la més marcada per la crítica i la desconfiança; un recel que en bona part ha estat provocat per aspectes com el possible conflicte d'interessos que des d'alguns fòrums s'han assenyalat per part dels professionals que han treballat en l'elaboració de la nova versió del manual, o pel secretisme per part tant del comitè directiu com dels diferents grups de treball (Sandín, 2014). A més d'això, el nou DSM ha anat acompanyat de sospites sobre la conveniència del canvi de paradigma que projecta, allunyant-se dels sistemes categorials, intentant adoptar un sistema dimensional que no acaba de ser-ho, i acostant-se a un model molt més biològic que el dels seus predecessors, aspectes que poden fomentar la medicalització de les persones.

Pel que fa als canvis en els continguts, els aspectes més controvertits es relacionen amb noves categories i amb adaptacions de propostes d'altres categories. Les crítiques argumenten la falta de suport empíric per a les propostes. Davant d'aquestes crítiques, algunes de les noves categories van ser retirades i no incloses en la versió final del manual, tot i que altres es van mantenir i apareixen al DSM-5, com, per exemple, el trastorn de desregulació de l'ànim pertorbador o el trastorn per afartament. En aquest sentit, hi ha qui ha afirmat que incloure-hi aquestes noves patologies augmentarà la medicalització innecessària.

Exemple

Entre els principals exemples trobem el dol per la pèrdua d'un ésser estimat, que es categoritza com un possible trastorn depressiu major i que implicaria una psicopatologització del patiment normal davant la mort, o el trastorn neurocognitiu lleu, que no ha d'estar relacionat amb un precursor de la demència, ni ser-ho estrictament, sinó que pot ser només un símptoma de pèrdua de memòria per l'edat.

Una altra crítica al DSM-5 és que el sistema categorial que presenta es basa en el model mèdic, i això suposa algunes limitacions en la pràctica clínica. D'una banda, alguns símptomes, relacionats especialment amb ansietat o depressió, poden estar presents en diferents categories. De l'altra, l'escassetat de persones amb un diagnòstic pur que no presentin cap comorbiditat o els pacients catalogats com a "no especificat" poden servir de mostra de les limitacions que estem comentant (Echeburúa i altres, 2014).

Però podem dir que una de les polèmiques més grans que ha suportat la preparació i la publicació del DSM-5 es relaciona amb els trastorns de personalitat (Esbec i Echeburúa, 2015; López-Santín, Molins i Litvan, 2013). Aquesta polèmica se centra en el fet que s'han mantingut pràcticament sense canvis substancials aquests trastorns. La tendència a l'estructura dimensional d'altres trastorns que hem mencionat no es fa present en els trastorns de personalitat que mantenen el sistema categorial de l'anterior versió del DSM. La principal limitació que encara es manté del DSM-IV-TR és que el sistema categorial fa especialment evident la dificultat de diagnosticar més d'un trastorn de personalitat (i la comorbiditat és freqüent). De la mateixa manera, quan es detecta la presència de més d'un símptoma de trastorns de personalitat diferents es fa difícil establir un diagnòstic específic. Com a proposta de futur, i amb la intenció de suplir algunes de les crítiques rebudes, la secció III del DSM-5 proposa un model híbrid per als trastorns de personalitat que hauria de ser investigat i adaptat per a la pròxima versió del manual.

Finalment, hem de mencionar també aquelles crítiques que van enfocades al fet que el nou sistema i l'adopció d'una vessant més dimensional d'alguns trastorns farà necessària l'adaptació o reelaboració d'altres instruments diagnòstics com les entrevistes estructurades clíniques, que es basen en el sistema tradicional de classificació (Mellor i Aragona, 2009)

D'una banda, tot i les limitacions i les crítiques rebudes pel DSM-5, fins i tot abans de la seva publicació, podem dir que l'última versió del manual manté els avantatges dels seus antecessors, com ara la facilitació d'un llenguatge comú per als professionals de la salut que contribueix a la recerca, ja que unifica criteris d'investigació, perquè ha aconseguit establir de manera concisa i molt explícita els criteris, i això, a més, d'una manera molt menys narrativa que la CIM-10. D'altra banda, podem intuir que l'acopament pel que fa a l'estructura diagnòstica entre els dos grans sistemes de classificació dels trastorns mentals, el DSM-5 i la CIM-10, farà més eficaç la realitat d'avaluació, diagnòstic i tractament de la pràctica clínica habitual.

Els avantatges que hem explicat dels sistemes de classificació no ens podem fer pensar que només amb aquestes guies en tindrem prou per a fer l'avaluació i el diagnòstic de la persona. Aquestes eines han de tenir el suport d'altres instruments, com l'entrevista, els qüestionaris i altres proves, que ens ajudaran a fer el diagnòstic de la problemàtica de la persona en el seu context.

4. Altres instruments diagnòstics

4.1. Entrevistes clíniques i qüestionaris

Fins ara hem parlat de dos instruments molt importants, l'entrevista i els sistemes de classificació, que ens poden aportar molta informació útil de cara a l'avaluació, el diagnòstic i el tractament de la persona i de la seva problemàtica.

Tot i les virtuts que no podem negar a cap d'aquestes eines, no hem d'oblidar que una avaluació completa i correcta hauria d'incloure altres instruments que faran que el procés d'avaluació sigui més senzill però també més eficient i acurat. Per aquest motiu, aquest apartat el dediquem a comentar de manera molt general altres eines de què disposem en la nostra pràctica clínica. L'objectiu d'aquest punt és fer una presentació global d'aquests instruments, dels quals donarem una informació bàsica i alguns exemples comentats, amb la intenció de donar constància de la seva existència, utilitat i importància.

Podem destacar dos tipus d'eines que ens poden ser d'utilitat per a complementar o confirmar la informació obtinguda amb l'entrevista inicial amb la persona, però també per a confirmar o descartar les hipòtesis diagnòstiques que ens formulem a partir de l'entrevista. D'una banda trobem les entrevistes clíniques elaborades a partir dels sistemes de classificació que hem comentat a l'apartat anterior. De l'altra, disposem de qüestionaris i autoinformes per a recopilar informació de la realitat de la persona sobre aspectes concrets de la seva problemàtica.

Les **entrevistes clíniques** són instruments totalment estructurats, característica que fa que tinguin unes bones propietats psicomètriques. El psicòleg va preguntant a la persona les diferents qüestions plantejades que es relacionen amb els criteris diagnòstics que presenta el trastorn segons el sistema de classificació en què es basa (DSM o CIM). Hem de ressaltar en aquest punt la importància d'un entrenament previ en l'administració d'aquestes entrevistes per conèixer correctament el seu funcionament. Els principals avantatges que tenen són la seva fiabilitat i validesa, com acabem de comentar, així com la facilitat d'identificar la simptomatologia dels trastorns amb què hipotetitzem. Ara bé, com qualsevol entrevista estructurada, la seva poca flexibilitat fa que puguem obviar aspectes que no es tenen en compte però que són importants en la realitat de la persona.

A continuació presentem les entrevistes clíniques basades en sistemes de classificació més destacades. Actualment encara no disposem de cap entrevista clínica validada basada en el DSM-5.

Vegeu també

Al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica" veurem alguns instruments específics relacionats amb problemes concrets.

Entrevista	Sistema de classificació	Característiques
CIDI	CIM	<ul style="list-style-type: none"> - Està estructurada en mòduls i facilita preguntes per avaluar l'eix I. - Presenta diferents referents temporals que permeten avaluar la presència de trastorns en diferents moments: tota la vida, últims dotze mesos i últims trenta dies. - Cal atorgar una de les categories següents segons les respostes a cada trastorn: absent, present en un nivell subclínic, present però a causa del consum de substàncies, present però per una causa orgànica i clarament present. - Permet fer disset diagnòstics generals i sis de secundaris. - N'hi ha dues versions, una en paper i una informatitzada.
SCID I	DSM-IV-TR	<ul style="list-style-type: none"> - Avalua bàsicament la presència dels trastorns més freqüents de l'eix I del DSM-IV. - És vàlida per a recerca i clínica. - Hi ha versions específiques per a recerca: SCID I-P (pacients psiquiàtrics), SCID I-OP (pacients psiquiàtrics externs) i SCID I-NP (persones no identificades com a pacients psiquiàtrics).
SCID II	DSM-IV-TR	<ul style="list-style-type: none"> - Avalua els trastorns de la personalitat de l'eix II. - La persona ha de contestar prèviament un qüestionari. - El psicòleg pregunta en referència als símptomes identificats al qüestionari.
Diagnostic Interview for Children and Adolescents-DICA	DSM	<ul style="list-style-type: none"> - Avalua les categories següents: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorns de conducta. • Trastorns de l'estat d'ànim. • Trastorns d'ansietat. • Trastorns de la conducta alimentària. • Trastorns de l'eliminació. • Trastorns de tics. • Altres trastorns. • Psicosi i esquizofrènia. - Versió espanyola: Entrevista diagnòstica per a nens i adolescents (EDNA). Disponible a: http://www.ued.uab.es/menudica.htm. - Tres versions segons l'edat: EDNA-C (de 6 a 12 anys); EDNA-A (de 13 a 17 anys); i EDNA-P (per als pares dels menors de 6 a 17 anys).

Pel que fa als **qüestionaris**, podem trobar diferents instruments i autoinformes basats també en els sistemes de classificació. Es tracta, fonamentalment, de qüestionaris autoadministrats o heteroadministrats. Un dels més utilitzats a la pràctica clínica és el Patient Health Questionnaire (PHQ) (Pitzer, Kroenke i Williams, 1999), que és molt eficaç com a eina de *screening* (veurem amb una mica més de detall aquesta eina al cas clínic que us presentem).

No presentem totes les entrevistes ni tots els instruments que existeixen, ja que això seria impossible en uns materials com aquests. Però us animem a cercar informació en relació amb aquests instruments. La tasca del psicòleg clínic i de la salut implica sempre fer cerca i revisar noves eines en funció de les necessitats que vagi detectant en el seu dia a dia, i, evidentment, també ha d'estar al dia dels avenços de la disciplina.

A banda d'aquests dos tipus d'instruments que acabem de comentar, en tenim d'altres que no es basen en sistemes de classificació però que també són molt útils a l'hora d'avaluar determinades característiques de la persona. Entre aquests, podem destacar els qüestionaris que exploren simptomatologia ansiosa, característiques de personalitat, qualitat de vida general de la persona, adherència al tractament o funcions cognitives.

Aquests qüestionaris ens poden servir per fer un *screening* ràpid de la simptomatologia de la persona, alhora que fem una exploració inicial i complementària de la informació obtinguda amb l'entrevista. També ens poden ajudar com a esquema o guia per a indagar certs aspectes de la problemàtica que presenta la persona. Per acabar, ens poden ajudar a confirmar o refutar les primeres impressions diagnòstiques i les hipòtesis sorgides en l'entrevista inicial.

Entre les carències o dificultats que tenen tant les entrevistes clíniques com els qüestionaris que hem comentat, hem de ressaltar la falta de flexibilitat i la simplificació excessiva de la realitat de la persona, que poden provocar que no abastem o explorem tots els aspectes i factors relacionats amb el seu problema principal.

A continuació presentem un breu cas on mostrem la utilitat de l'administració d'alguns dels instruments que hem mencionat en aquest apartat. Els exemples d'entrevistes i altres instruments els hem d'entendre com el que són, exemples, no hem de creure, per tant, que són l'única opció o l'única manera d'avaluar la realitat d'aquesta persona.

4.1.1. L'Adrià: cas clínic

L'Adrià arriba a la consulta derivat per una col·lega que no el pot atendre per qüestions personals. L'Adrià té quaranta-sis anys. Va néixer a Tortosa però viu a Barcelona des que hi va anar a estudiar quan tenia dinou anys. Està de baixa laboral des de fa un any, quan va patir un accident amb la bici. L'Adrià és una persona a qui sempre li ha agradat fer esport a l'aire lliure: córrer i el ciclisme són dues de les seves grans passions.

Un matí va anar a la muntanya amb la bici i va caure per un terraplè, on va quedar atrapat més d'una hora fins que algú va passar per aquell camí. Tot i que estava conscient, va arribar mig desorientat a l'hospital. Es va fer

Vegeu també

Veurem exemples d'instruments d'aquesta mena als mòduls "L'avaluació en psicologia clínica" i "L'avaluació en psicologia de la salut".

mal a la cama i a l'esquena. El van haver d'operar del peu i ara ja està prou recuperat, ja camina sense crosses, però l'esquena li fa "molt de mal cada dia". Participa en un programa de rehabilitació i fisioteràpia i segueix un tractament farmacològic per a l'esquena, però no sempre pren els medicaments perquè, diu: "Total, l'esquena em fa mal igual i amb el tractament no puc prendre'm ni una copa de vi".

Sempre ha estat una persona amb un caràcter molt positiu, però entre l'accident i la mort de la seva dona (uns tres anys abans), afirma: "Ja fa temps que no puc gaudir de res ni tinc ganes de res i les poques coses que voldria fer em costa la vida fer-les pel mal que tinc a l'esquena". Tota aquesta situació el posa nerviós: "A vegades exploto per qualsevol cosa i el cor em va a mil per hora".

L'avaluació de la persona comença amb la primera presa de contacte. Ja hem vist que són fonamentals aspectes com tenir cura de la nostra presentació, assegurar la confidencialitat i preparar-nos mínimament la primera entrevista. Tot això amb l'objectiu que la persona se senti acollida.

La primera consulta amb l'Adrià haurà d'incloure també una entrevista per a explorar informació sobre el motiu de consulta i la història del problema, els antecedents personals i familiars, els tractaments previs i actuals, etc. També serà útil demanar-li un registre en aquesta primera sessió per a establir la línia base d'aspectes com, per exemple, explorar l'autoeficàcia en seguir el tractament o l'adherència.

Si ens centrem en la problemàtica personal de l'Adrià, trobarem dos aspectes que hem d'explorar de manera més profunda: d'una banda, el dolor crònic, conseqüència de l'accident amb la bici i la seva vivència, i, de l'altra, l'estat d'ànim decaïgut que manifesta des de fa un temps. Com hem vist abans, l'entrevista inicial ens dona informació de la realitat i de l'entorn de la persona, però haurem d'administrar altres instruments per a confirmar les nostres hipòtesis. En aquest sentit i sense entrar a fer una explicació completa de la situació del dolor de l'Adrià, una explicació que té a veure amb aspectes que veurem amb més profunditat al mòdul "L'avaluació en psicologia de la salut", haurem d'avaluar aspectes com ara els següents:

- La persona es queixa que ja fa temps que no té ganes de fer res i que no gaudeix de les poques activitats que fa; apareix com a possible detonant la mort de la dona fa tres anys. Estat d'ànim: trastorn depressiu major.
- A vegades la situació el supera, pateix taquicàrdies: trastorns d'ansietat.
- L'Adrià comenta que les poques coses que voldria fer no les pot fer a causa del dolor d'esquena: qualitat de vida de la persona.

- També explica que com que li fa mal tant si es pren com si no es pren el tractament farmacològic, no sempre segueix les pautes: adherència al tractament.

Com explicarem al mòdul “L’avaluació en psicologia de la salut”, amb l’Adrià haurem d’explorar determinades variables psicològiques específiques del dolor crònic, com el catastrofisme o les estratègies d’afrontament del dolor de què disposa. Pel que fa a la hipòtesi sobre el seu estat d’ànim, podem administrar una entrevista clínica estructurada que ens doni més informació per confirmar si realment presenta un trastorn de depressió major. En aquest moment ens podria ser útil la SCID-I-NP, basada en el DSM-IV, específica per a població no psiquiàtrica i orientada als criteris dels trastorns de l’eix I de la versió d’aquest manual diagnòstic que hem mencionat. L’instrument consta d’un qüestionari que ha de respondre la mateixa persona i d’una entrevista estructurada que ha de fer el clínic. Si la persona no presenta simptomatologia dels blocs que anem preguntant, podem saltar al bloc següent, de manera que no cal fer-li totes les preguntes si no presenta simptomatologia associada a determinades problemàtiques.

De manera complementària podríem administrar també el qüestionari Patient Health Questionnaire (PHQ) (Spitzer, Kroenke i Williams, 1999), que inclou ítems sobre simptomatologia depressiva i ansiosa. Es tracta d’un instrument breu que també té versió espanyola validada (Diez-Quevedo i altres, 2001). La simptomatologia depressiva es recull en cinc ítems i la persona ha d’indicar la freqüència amb què li han aparegut en les últimes dues setmanes. Pel que fa als símptomes ansiosos, el qüestionari presenta vint-i-dos ítems de resposta dicotòmica (sí/no) i la persona ha d’assenyalar si ha presentat cada un dels símptomes. Inclou preguntes relacionades amb ansietat general però també amb atacs de pànic. El qüestionari està dissenyat de manera que podem saltar seccions si la persona no presenta la simptomatologia corresponent.

Un altre dels aspectes que és important explorar en una persona amb la problemàtica de l’Adrià és la qualitat de vida relacionada amb la salut, ja que es queixa que es veu limitat en alguns aspectes pel mal d’esquena. Podríem administrar, per exemple, l’SF-36, qüestionari de salut autoadministrat compost de trenta-sis ítems que valoren aspectes positius i negatius de la salut. Cobreix un total de vuit esferes de salut, incloent-hi aspectes relacionats amb la malaltia i amb el tractament:

- Funcionament físic: grau en què la patologia limita la persona en activitats com fer esport o caminar.
- Rol físic: fins a quin punt els problemes de salut física interfereixen a la feina.
- Dolor: grau de dolor i interferència en el seu funcionament diari.
- Salut general: la mateixa percepció que té la persona del seu estat i les creences sobre la seva malaltia o situació.
- Vitalitat: aspectes com el nivell de cansament i l’energia de la persona.

- Funcionament social: com afecta la malaltia a la vida social i familiar.
- Rol emocional: fins a quin punt els problemes emocionals interfereixen en les tasques que duu a terme.
- Salut mental: explora aspectes de l'estat d'ànim de la persona com ara inquietud, intranquil·litat o desànim.

Disposem de dues versions d'aquesta eina segons si volem avaluar la fase aguda (síntomes i sensacions durant la darrera setmana) o si ens interessa més explorar les quatre últimes setmanes. L'SF-36 és un qüestionari genèric de qualitat de vida vàlid per a persones amb qualsevol malaltia i que presenta també una versió curta de dotze ítems. Davant les peculiaritats de moltes de les patologies, s'han desenvolupat instruments de qualitat de vida específics per a la realitat de persones amb determinades malalties.

Finalment, també explorarem l'adherència al tractament de l'Adrià i aprofundirem en els motius i les barreres que té per a no aconseguir amb les pautes mèdiques. Per aconseguir aquesta informació tenim els tradicionals registres que complimenta la persona, així com diverses eines electròniques i aplicacions per als *smartphones* que poden ser molt útils. Però per a obtenir una informació immediata i autoinformada de la persona li podem demanar que contesti un instrument senzill sobre el compliment terapèutic, com ara el test de compliment autocomunicat (test de Haynes-Sackett) o el test de Morisky-Green. El primer consta de dues parts. En la primera part evitarem preguntar-li sobre la medicació; només li diem: "La majoria de pacients presenten dificultats en la presa de la medicació". En la segona part li preguntarem: "Vostè té dificultats?". Si ens contesta que no, per confirmar que realment pren els fàrmacs, li preguntarem: "Com ho fa?". Finalment, li comentarem una altra vegada: "Moltes persones tenen problemes per a seguir la medicació, per què no em diu com li va a vostè?". Pel que fa al test de Morisky-Green, consta de quatre preguntes senzilles de resposta dicotòmica (sí/no): alguna vegada s'oblida de prendre la medicació? Pren la medicació a l'hora indicada? Quan es troba bé, deixa de prendre la medicació? Si alguna vegada es troba malament, deixa de prendre la medicació?

L'administració dels exemples d'instruments que hem comentat per a l'Adrià la podríem fer en unes tres o quatre sessions. Recordem que allargar més l'avaluació pot desmotivar el pacient i fer que abandoni el procés terapèutic abans de començar el tractament. També és fonamental considerar el nombre d'instruments administrats. Hem de fer una selecció que cobreixi totes les àrees i tots els aspectes que volem avaluar, però sense ser repetitius (no hem d'administrar, per exemple, tres qüestionaris per a avaluar l'ansietat). D'altra banda, és molt important explicar a la persona la importància de l'avaluació i per què li fem unes proves i li administrem determinats instruments. Finalment, no podem oblidar la necessitat de dedicar una sessió a la devolució dels resultats obtinguts durant el procés d'avaluació, i això ho hem de fer en un llenguatge comprensible per a la persona.

4.2. Propietats psicomètriques

Una característica fonamental quan decidim administrar un instrument o qüestionari a una persona és considerar-ne les propietats psicomètriques. Si ens posem puristes, qualsevol instrument de mesura administrat a qualsevol persona hauria de ser fiable, vàlid, factible, fàcil d'interpretar i sensible al canvi. Sense oblidar que hauria d'estar traduït i validat per a la nostra cultura. D'entre aquestes característiques, tradicionalment s'han destacat la fiabilitat i la validesa, i és per això que les comentem amb més detall a continuació.

La **fiabilitat** fa referència a l'estabilitat o precisió de la mesura dels instruments. Està relacionada amb les puntuacions obtingudes per les mateixes persones a les quals apliquem la mateixa prova en moments diferents, o amb combinacions diferents d'ítems equivalents o amb altres condicions d'avaluació diferents. La fiabilitat ens dona informació sobre fins a quin punt les diferències individuals en els resultats d'un instrument són atribuïbles a errors fortuïts, és a dir, ens facilita informació sobre la variància d'error (fiabilitat + variància d'error = 1). Podem establir diferents tipus de fiabilitat:

- **Fiabilitat test-retest:** és la repetició de l'instrument en dos moments diferents. El coeficient de correlació és la correlació de les puntuacions obtingudes per la mateixa persona en aquests dos moments.
- **Fiabilitat de formes alternatives o paral·leles:** la mateixa persona és avaluada amb dues formes diferents del mateix instrument. Ara la correlació entre la puntuació de les dues formes és el coeficient de correlació de la prova. Les dues formes de l'instrument han de tenir el mateix nombre d'ítems referits al mateix contingut i amb una dificultat similar.
- **Consistència interna:** fa referència a l'homogeneïtat dels ítems, estimant el coeficient de fiabilitat a partir de les covariàncies entre tots els ítems del test. Amb la fiabilitat de les dues meitats s'obtenen dues mesures de la prova per a cada persona en dividir-la en dues meitats. Cal esmentar també la fiabilitat Kuder-Richardson i el coeficient alfa, que és un mètode que utilitza una sola administració d'una única forma de la prova. Es basa en la consistència de les respostes de tots els ítems (consistència interítems).
- **Fiabilitat interobservadors o interjutges:** aquest tipus de fiabilitat apareix quan en l'administració d'una prova participa més d'un professional. Es calcula la correlació de les puntuacions obtingudes per cada un dels administradors de la prova. És molt útil en proves d'observació.

Segons Streniner i Norman (2005), l'instrument que utilitzem hauria de tenir coeficients de fiabilitat iguals o superiors a 0,7 si el volem utilitzar per a fer recerca clínica, i iguals o superiors a 0,9 si el volem utilitzar per a la pràctica clínica.

Pel que fa a la **validesa**, és una propietat psicomètrica que ens aporta informació de fins a quin punt un instrument mesura el que se suposa que ha de mesurar. Un podria pensar que el nom que ha rebut l'instrument es pot considerar com a representatiu del que mesura. Però el nom no representa sempre el contingut. Quan valoreu un instrument, considereu que el nom és una etiqueta sense més; el constructe de la prova (el que vol avaluar) només es pot analitzar de manera empírica.

També és important considerar que la validesa d'un instrument és una qüestió de grau, no de presència o absència, no és de tot o res. Podem establir diferents tipus de validesa:

- **Validesa de contingut:** grau en què els ítems representen de manera significativa el contingut del domini o constructe que es vol estudiar. Es mesura a partir de coeficients de correlació entre cada ítem i la puntuació total (Messick, 1989).
- **Validesa de criteri:** estableix la relació entre les puntuacions de la prova i les mesures independents de la mateixa característica que s'ha d'avaluar. El coeficient de correlació entre l'instrument i el criteri independent ha de ser superior o igual a 0,3-0,5. No obstant això, la magnitud de la relació depèn sempre de les hipòtesis d'estudi (Streniner i Norman, 2005).
- **Validesa de constructe:** grau en què les puntuacions de l'instrument s'expliquen segons els constructes d'una teoria determinada. Dins d'aquesta validesa, podem parlar de validesa convergent (ens dona informació de la correlació existent entre dues mesures diferents d'un mateix constructe, és a dir, dos instruments) i de validesa discriminant (estudia com és la correlació d'una mesura amb una altra que avalua, suposadament, un constructe diferent). El coeficient de correlació per la validesa convergent hauria de ser igual o superior a 0,3-0,5. Pel que fa a la validesa discriminant ha de ser inferior a 0,3 (Streniner i Norman, 2005).

A banda d'aquestes dos grans propietats psicomètriques que hem comentat, també hauríem de conèixer algunes característiques més de la prova o de l'instrument que volem administrar a la persona.

- **Factibilitat:** dona informació sobre com n'és de senzill el procés d'administració i interpretació de la prova i dels seus resultats.
- **Interpretabilitat:** grau de significat que tenen les puntuacions d'una mesura.
- **Sensibilitat al canvi:** fa referència a si la prova té la capacitat de detectar canvis en la variable o el constructe estudiats, canvis que siguin clínica-

ment significatius en la persona. La mida de l'efecte hauria de ser igual o superior a 0,5 (Streniner i Norman, 2005).

4.3. Criteris per a seleccionar instruments d'avaluació

Un dels aspectes que considerem que és necessari destacar és el dels criteris per a seleccionar uns determinats instruments en el moment de la contrastació de les nostres hipòtesis. Quins aspectes hem de tenir en consideració abans de seleccionar i administrar un instrument a una persona? Com acabem de veure a l'apartat anterior, un factor essencial és el de les propietats psicomètriques de la prova. Sempre hem d'estudiar, principalment, quines són la fiabilitat i la validesa de l'instrument, i si està validat per a la nostra cultura i idioma. Hem de tenir molt present que un instrument construït, per exemple, als Estats Units no serà vàlid pel sol fet de traduir-lo de l'anglès, sinó que cal tenir en compte si els resultats poden ser equivalents a la mostra de població originària.

A més de les característiques psicomètriques, hem de considerar altres aspectes més subjectius relacionats amb el professional i amb el context on tindrà lloc l'avaluació. Cal plantejar-se primer quin és l'instrument que ens facilitarà més informació, concreta i objectiva, de la problemàtica que presenta la persona. Hem de valorar si necessitem més d'un instrument o si n'hi ha un que ens dona informació suficient per a avaluar el problema. Pensem sempre que una avaluació excessivament extensa pot fatigar la persona i fer que abandoni el procés. A més, la fatiga pot aparèixer també en el professional, i això pot provocar que se'ns escapin aspectes importants de la realitat de la persona o que deixem d'avaluar-ne d'altres.

A més cal tenir en compte que l'entrenament del psicòleg en l'administració de determinades proves també és important en el moment de decidir quins instruments aplicar. Com hem comentat abans, això és molt important en proves com les entrevistes clíniques basades en sistemes de classificació. A més, l'entrenament previ també és necessari per a conèixer el temps que suposa l'administració, per exemple, d'un qüestionari, una informació que ens servirà per a organitzar les sessions d'avaluació i la seva durada. Així podrem avisar la persona si pensem que una sessió serà més llarga del que és habitual, i no hurem d'acabar la sessió abans de finalitzar l'administració de l'instrument, fet que en alguns instruments afectaria de manera negativa la fiabilitat dels resultats. Això passa, per exemple, amb alguns instruments de personalitat o proves d'intel·ligència que no es poden dividir segons el nostre interès, sinó només basant-se en el fet que els autors ens recomanen.

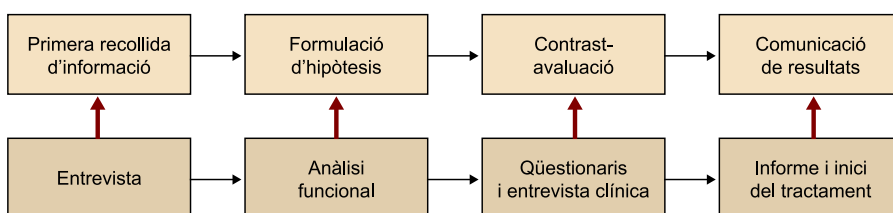
En relació amb l'entrenament, trobem l'experiència prèvia del psicòleg amb altres persones i/o situacions en l'administració dels instruments d'avaluació. L'experiència anterior amb persones amb característiques similars ens serà útil per decidir si un instrument pot ser adequat o si serà millor facilitar-ne un altre que es pugui adaptar millor a la realitat de la persona.

Finalment, cal tenir en compte els temps d'administració, una variable molt important a l'hora de prendre la decisió de quin instrument administrem. També és molt important saber quin és el millor moment per administrar l'instrument. Aspectes com iniciar i acabar l'administració dins de la mateixa sessió o si hem de deixar en algun moment un descans a la persona ens facilitaràn una distribució més eficaç dels instruments i de les proves en el temps, de manera que podrem indicar a la persona el nombre de sessions previstes pel procés d'avaluació.

4.4. Comunicació de resultats

La comunicació dels resultats a la persona és la culminació del procés d'avaluació que va començar amb el primer contacte amb la persona. A partir d'ara iniciem un nou procés que suposarà la posada en marxa del programa de tractament que considerem més adequat segons l'avaluació que hem fet.

Com hem vist al llarg d'aquest mòdul, l'avaluació no és la mera administració de tests, qüestionaris i altres proves. L'avaluació és un procés que suposa, d'una banda, la presa de decisions, i, de l'altra, la formulació i contrastació d'hipòtesis, amb l'objectiu d'arribar a la solució de la problemàtica de la persona. Si seguim Fernández-Ballesteros (2013), en el procés es poden diferenciar quatre etapes:



No comentarem cada una de les fases, ja que aquest procés ha estat treballat en altres assignatures del grau.

Un cop tenim els resultats de l'avaluació, hem de comunicar-los a la persona i fer-li una proposta, si és necessària, del pla de tractament i seguiment. La comunicació dels resultats la podem fer de manera oral i/o escrita. És recomanable que la devolució dels resultats oralment s'acompanyi d'un informe escrit encara que la persona no ens el demani.

Per a fer la devolució oral dels resultats és recomanable reservar una sessió, la última del procés d'avaluació, en la qual puguem dedicar el temps necessari perquè a la persona li quedi clar què li volem transmetre i tingui temps de fer totes les preguntes que necessiti. Per això l'entrevista de devolució requereix una planificació i estructura determinades. A continuació mostrem un possible exemple de l'estructura i els aspectes que hauria d'incloure una entrevista de devolució de resultats:

- Recordar el motiu de consulta.
- Explicar les hipòtesis i comentar l'anàlisi funcional.
- Comentar els resultats dels instruments recordant la justificació de la seva administració.
- Aclarir dubtes que puguin sorgir durant l'entrevista.

Un factor fonamental en aquest moment de devolució de resultats és fer una explicació clara i comprensible per a la persona. L'ús d'un llenguatge adaptat a la persona a qui ens dirigim és fonamental. Hem de demanar *feedback* en tot moment i confirmar que la persona entén tot allò que li estem explicant. Per aquest motiu, hem d'ajustar les nostres explicacions i el vocabulari a la capacitat de comprensió de la persona que rep la informació. Òbviament, recuperem aquí aspectes que hem comentat al principi del mòdul quan hem parlat dels estils de comunicació durant l'entrevista i de les habilitats de comunicació i d'escolta que són essencials en el desenvolupament eficaç de la nostra pràctica clínica.

5. Les deu idees fonamentals

1) L'entrevista és un procés de comunicació interactiu que pot facilitar l'aliança terapèutica, permet mostrar empatia i autenticitat i generar un ambient de confiança. En aquest procés, l'habilitat d'escolta és un factor determinant per a un desenvolupament correcte.

2) Segons l'objectiu i el moment del procés terapèutic, optarem per una entrevista estructurada, semiestructurada o no estructurada, alternant en aquest procés les preguntes obertes amb les tancades segons la informació que vulguem obtenir.

3) Abans de la sessió hem de planificar el temps, preparar l'entrevista, les preguntes, els documents necessaris de confidencialitat i consentiment informat i els instruments d'avaluació que previsiblement necessitarem.

4) Una avaluació completa de la persona pot abastir entre dues i quatre sessions segons les característiques personals de la persona i el seu problema principal. La durada d'una primera entrevista oscil·la entre els seixanta i els noranta minuts. És recomanable començar amb preguntes obertes.

5) En cada nova sessió, hem de fer un breu resum del que vam parlar en la sessió anterior i continuar amb el tema que s'hi treballava. Quan comença la sessió també és important donar a la persona un temps per a comentar coses que consideri importants dels darrers dies.

6) Determinades actituds o pensaments del psicòleg poden dificultar el desenvolupament correcte de l'avaluació. Hem de controlar factors com l'error lògic, l'efecte halo o l'error de primera impressió, entre altres.

7) L'exploració que busquem amb l'entrevista en psicologia clínica de la salut es focalitza en qüestions relacionades amb la vivència que la persona fa de la seva malaltia i no tant en el diagnòstic de la problemàtica que presenta.

8) Els sistemes de classificació (DSM i CIM) són molt útils per a fer el diagnòstic de la problemàtica de la persona, però sempre és convenient acompanyar aquests instruments amb altres eines que complementen i ens donen més informació per a confirmar el diagnòstic. Les entrevistes clíniques i els qüestionaris basats en aquests sistemes poden ser especialment útils.

9) Una avaluació extensa pot esgotar la persona i fer que abandoni la teràpia. Hem de fer una selecció eficaç i eficient dels instruments a partir de criteris psicomètrics, la informació concreta que ens facilita cada eina, el temps que necessita l'instrument per a ser administrat, el moment en què ens trobem del procés i l'experiència pròpia amb l'instrument i amb persones similars.

10) En finalitzar l'avaluació sempre hem de donar un *feedback* a la persona. La comunicació dels resultats de totes les proves administrades la farem amb un llenguatge adaptat a cada persona, assegurant-nos que comprèn tot allò que li expliquem.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Casullo, E. i Márquez, M. O. (2003). *The interview*. *Encyclopedia of Psychological Assessment*. London: Sage.

Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., i Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679-686.

Echeburúa, E., Salaberría, K., i Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.

Esbec, E. i Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 177-186.

Fernández Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.

Gutiérrez Miras, M. G., Peña Martínez, L., Santiuste de Pablos, M., García Ruipérez, D., Ochoarena Ramírez, M. M., San Eustaquio Tudanca, F., i Cánovas Martínez, M. (s/d). Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV. *Atlas VPM*.

López-Santín, J. M., Molins F, i Litvan, L. (2013). Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 497-510.

Mellor, B. i Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), 217-228.

Messick, S. (1989). Validity. A: R. L. Linn (dir.). *Educational measurement* (3a. ed.). New York: MacMillan.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Prochaska, J., Diclemente, C., i Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 1.102-1.114.

Salmerón, P., Gíñez, C., i Nieto, R. (2016). *La promoción de la salud: claves para su práctica*. Barcelona: UOC.

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., i Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1.737-1.744.

Streiner D. L. i Norman G. R. (2005). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (3a. ed.). Oxford: Oxford University Press.

Vázquez, C. (1990). Sistemas de clasificación en psicopatología. A: F. Fuentenebro de Diego i C. Vázquez. *Manual de psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill.

Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 365-374.

Williams, J. B. W. (1996). Clasificación psiquiátrica. A: R. E. Hales, S. C. Yudofski i J. A. Talbott (ed.). *Tratado de psiquiatría* (2a. ed.). Barcelona: Ancora.

Referències consultades

Borrell, F. (2004). *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Semfyc Ediciones.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., i Williams, J. B. W. (1999). *SCID-I: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV* (original de 1997). Barcelona: Masson.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., i Williams, J. B. W. (1999). *SCID-II: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV* (original de 1997). Barcelona: Masson.

Gradillas, V. i Gradillas, V. (2006). *La entrevista clínica*. Barcelona: Ars Médica.

Hernández-Guzmán, L., Palacio, A. del, i Freyre, M. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.

Llavona, L. M. (2008). Entrevista. En: F.J. Labrador (coord.). *Técnicas de modificación de conducta* (pàg. 103-120). Madrid: Pirámide.

Martínez, A., Fernández, R. F., Medina F., Raposo, I., Viñas, S., i Chouza, M. (2002). Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. *Fisioterapia*, 24(2), 90-96.

Nogués, X., Sorlí, M. L., i Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141.

Rodríguez Chamorroa, M. A., García-Jiménez, E., Amarilesc, P., Rodríguez Chamorrody, A., i Fause, M. J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413-417.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., i Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-50.