
El procés d'avaluació en psicologia infantil i juvenil: història clínica, entrevista i informes

PID_00267742

Maria Salomé Bolló Gasol

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



Maria Salomé Bolló Gasol

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Neus Nuño Bermudez (2019)

Primera edició: octubre 2019
© Maria Salomé Bolló Gasol
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2019
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
1. La història clínica	7
1.1. Concepte i aspectes bàsics	7
1.2. L'anamnesi	8
1.2.1. Dades identificatives personals	9
1.2.2. Genograma familiar	9
1.2.3. Motiu de consulta	10
1.2.4. Professional o equip que deriva el pacient o la pacient	11
1.2.5. Història prenatal, perinatal i neonatal	11
1.2.6. Història del desenvolupament	13
1.2.7. Història mèdica, psicològica i de salut	14
1.2.8. Escolaritat, rendiment acadèmic i socialització	15
1.2.9. Història, estructura i dinàmica familiar	16
1.2.10. Història psicoemocional, conducta, temperament, socialització i hàbits	17
1.2.11. Antecedents familiars mèdics i psicopatològics	19
1.2.12. Conducta problema actual i el seu impacte	19
1.2.13. Altres	20
1.3. Resultats i interpretació de les proves i eines aplicades	21
1.4. Judici clínic i diagnòstic	21
1.5. Recomanacions i pronòstic	23
1.6. Devolució	23
1.7. Intervenció psicològica	23
1.8. Alta i tancament	24
1.9. Qüestions per reflexionar	25
2. L'entrevista clínica	27
2.1. Concepte i característiques	27
2.2. Etapes de l'entrevista clínica	27
2.3. El psicòleg o psicòloga infantojuvenil durant l'entrevista	28
2.4. Especificitats de l'entrevista en psicologia infantojuvenil	32
2.4.1. Entrevista amb els pares	32
2.4.2. Entrevista amb el nen o nena o l'adolescent	35
2.4.3. Entrevista de devolució	39
2.5. Qüestions per reflexionar	40
3. L'informe psicològic infantojuvenil	41
3.1. Definició i característiques	41
3.2. Recomanacions en la redacció d'un informe	42

3.3.	Informe diagnòstic	44
3.3.1.	Dades identificatives i de col·legiació del psicòleg o psicòloga	44
3.3.2.	Dades identificatives del pacient o la pacient	45
3.3.3.	Derivació i motiu de consulta	46
3.3.4.	Situació familiar i social	46
3.3.5.	Antecedents familiars	47
3.3.6.	Antecedents personals	47
3.3.7.	Entrevistes i observacions clíniques	48
3.3.8.	Proves aplicades i resultats	50
3.3.9.	Interpretació dels resultats	52
3.3.10.	Conclusió	54
3.3.11.	Recomanacions	54
3.3.12.	Data i signatura	56
3.4.	Informes de la intervenció psicològica	56
3.5.	Qüestions per a reflexionar	59
	Bibliografia	61

Introducció

El procés d'avaluació diagnòstica en psicologia infantojuvenil té com a objectius principals determinar si hi ha un problema o trastorn psicològic, definir-lo i indicar si requereix una intervenció psicològica per a solucionar-lo. Aquest procés també pot implicar la derivació a altres professionals (pediatre o pediatra, logopeda, psicopedagog o psicopedagoga...) per a fer una valoració i tractament. És el pas previ a la intervenció psicològica. Comença amb la primera visita, en la qual s'inicia la història clínica mitjançant l'entrevista, i finalitza amb el retorn de resultats i les recomanacions (Comeche i Vallejo, 2016).

El procés d'avaluació psicològica (Ezpeleta, 2001) inclou:

- entrevista clínica
- administració, correcció i interpretació de proves i eines psicològiques (tests, escales, qüestionaris, autoregistres...)
- observacions-percepcions del psicòleg o psicòloga del pacient o la pacient i la família durant l'entrevista i l'administració de proves
- formulació d'un diagnòstic
- comunicació de resultats i recomanacions
- elaboració d'informes

És a dir, a grans trets, el procés està format per les fases següents: la història clínica, l'administració de proves i eines psicològiques (l'avaluació pròpiament dita), i l'informe i devolució (Fejerman i Grañana, 2017).

En aquest mòdul treballarem específicament la història clínica, l'entrevista clínica i la manera de redactar informes. En l'apartat 1, *La Història clínica* trobareu l'estructura i el contingut que ha d'incloure una història clínica psicològica infantojuvenil. Hem de tenir present aquest contingut en les entrevistes per a saber què hem de preguntar i observar, i també en la selecció i administració de proves. En l'apartat 2, *L'entrevista clínica* parlarem dels aspectes qualitatius de les entrevistes en psicologia infantil i juvenil. En el darrer apartat, 3, *L'informe psicològic infantojuvenil*, exposarem com redactar informes diagnòstics i d'intervenció psicològica amb exemples.

1. La història clínica

1.1. Concepte i aspectes bàsics

Podem **definir** la història clínica (HC) com el recull de tota la informació que tenim sobre un pacient i que ens cal per a poder fer la nostra feina com a psicòlegs o psicòlogues infantojuvenils (prevenció, avaluació, diagnòstic i/o intervenció psicològica). Aquí s'inclouen tant les dades que nosaltres recollim del pacient o la pacient i/o la família (anamnesi, fulls de resposta emplenats, correccions de les proves aplicades, anotacions fetes durant les sessions, etc.) com les que ens faciliten altres professionals sanitaris (informes del pediatra o la pediatra, neuròleg o neuròloga, etc.) i no sanitaris (mestres, psicopedagogs o psicopedagogues, treballadors o treballadores socials, etc.), i també els documents relacionats amb normatives legals (protecció de dades personals...). La informació que recollim depèn del criteri professional, però els aspectes imprescindibles a incloure en tota HC els descrivim en aquest apartat.

La història clínica és la «relació ordenada de les dades d'una persona atesa relatives al procés d'assistència i al seu estat de salut, obtingudes per mitjà de l'entrevista, l'exploració i els exàmens complementaris» (TERMCAT, Centre de Terminologia, 2008).

És important destacar que la història clínica no és el mateix que l'**anamnesi**, i molts autors utilitzen tots dos termes com a sinònims. L'anamnesi és una «*part de la història clínica d'un malalt que recull els antecedents familiars, fisiològics, patològics, etc., d'ell mateix o d'altres persones, amb vista a la diagnosi*» (TERMCAT, Centre de Terminologia, 2008). I afegim que és bàsica per a dissenyar la intervenció psicoterapèutica. En l'apartat següent reprendrem el tema de l'anamnesi.

La història clínica ens permet tenir tota la informació recollida en un únic espai. La informació que inclou ha de ser clara, veraç, acurada, respectuosa, actualitzada i intel·ligible (per a nosaltres i altres professionals, ja que en l'entorn hospitalari es comparteix la història clínica). La història clínica ha de reflectir totes les dades del procés d'avaluació i intervenció psicològica; cal incloure-hi aspectes tant assistencials com informatius (consentiment informat...). És recomanable utilitzar una estructura o metodologia el més estandarditzada possible i organitzar la informació, ja que això facilita llegir i recollir dades (Conesa, Rovira i Casanellas, 2010). Recordeu que la informació registrada és confidencial i està sotmesa a secret professional. La informació administrativa (factures, agenda...) no forma part de la història clínica i és millor arxivar-la separatament. També és recomanable mantenir les notes personals arxivades fora de la història clínica seguint les mesures de seguretat corresponents (Co-

Important!

Tot el contingut de la història clínica és una informació sensible sotmesa al Reglament europeu de protecció de dades (GDPR) i, per tant, s'ha de tenir molta cura tant a l'hora d'emmagatzemar-la com quan la utilitzem. El reglament esmentat també ens obliga a informar per escrit el client o clienta i el pacient o la pacient dels seus drets en protecció de dades personals i a recollir-ne la signatura conforme han estat informats.

legio Oficial de Psicólogos de Madrid) i de confidencialitat. Recordeu que les anotacions personals no s'han de facilitar als clients si demanen una còpia de la seva HC, i per això és millor que les recollim fora de la història.

Un aspecte essencial a tenir en compte és **com expressem** la informació que recollim; penseu que el pacient té dret a demanar una còpia de la seva història. A més, sempre cal seguir el codi deontològic del nostre col·legi professional i les directrius, bàsiques en psicoteràpia, d'acceptació incondicional, autenticitat, empatia, compromís, respecte i objectivitat. Recordeu evitar fer apreciacions subjectives, judicis de valor o opinions personals, que, a més de no ser professionals, repercutiran en el nostre tracte envers el pacient i poden incomplir normatives legals. Fer-ho també us ajudarà en la posterior redacció dels informes.

Reflexió

Si dubteu sobre com anotar-ho, us podeu preguntar: Com em sentiria jo si llegís això sobre mi? Ho puc expressar d'una manera més neutra, professional i empàtica?

1.2. L'anamnesi

Fer una bona anamnesi és clau per a arribar a un diagnòstic correcte i a una bona definició i comprensió dels problemes psicològics del pacient o la pacient i la família. Inclou aspectes bàsics, previs a la intervenció psicoterapèutica.

Entre altres aspectes, l'anamnesi ens permet definir i delimitar clarament el problema (motiu de la consulta), i formular les hipòtesis inicials que determinaran els aspectes a avaluar (psicoemocionals, conductuals i/o cognitius) i les proves psicomètriques a utilitzar (Fejerman i Graña, 2017).

A grans trets, l'anamnesi consta de les informacions següents: antecedents personals, antecedents familiars, situació actual, factors de protecció i factors de risc (predisposants, precipitants i de manteniment de la conducta problema). Aquestes informacions les recollim mitjançant l'entrevista (als pares i al nen o nena o al noi o noia) i per altres fonts, com els informes d'altres professionals.

En la *taula 1* trobareu els principals apartats que ha d'incloure l'anamnesi i que desenvoluparem tot seguit. Recordeu que primer de tot ens cal anotar la data en què iniciem la història clínica.

Taula 1. Principals informacions que ha de recollir l'anamnesi en nens o nenes i adolescents

Aspectes a recollir en l'anamnesi psicològica infantojuvenil

- 1) Dades identificatives-personals
- 2) Genograma familiar
- 3) Motiu de consulta
- 4) Professional o equip que el deriva
- 5) Història prenatal, perinatal i neonatal
- 6) Història del desenvolupament:
 - Psicomotor
 - Comunicació i llenguatge
 - Alimentació
 - Son
 - Control d'efínters
 - Desenvolupament sexual
 - Desenvolupament d'hàbits d'autonomia
- 7) Història mèdica, psicològica i de salut
- 8) Escolaritat, rendiment acadèmic i socialització
- 9) Història, estructura i dinàmica familiar
- 10) Història psicoemocional, conducta, temperament, socialització i hàbits
- 11) Antecedents familiars mèdics i psicopatològics
- 12) Conducta problema actual i el seu impacte
- 13) Altres

1.2.1. Dades identificatives personals

En aquest apartat cal recollir les dades següents del pacient: nom i cognoms, data de naixement, edat (anys i mesos), sexe, adreça, població, codi postal, telèfon, llengua materna, dominància manual, curs escolar, nom de l'escola o institut, número de DNI o altre document, i l'estat civil i la professió, en el cas d'adolescents.

També cal recollir del pare, la mare, i el tutor legal (si n'hi ha) les dades següents com a mínim: noms i cognoms, número de DNI o altre document, adreça, CP i població (si són diferents de les del pacient), telèfons, edats, països d'origen, estat civil, estudis i professions de cadascun.

Moltes de les informacions indicades aquí (edat, data de naixement, estudis, professió, etc.) formen part del genograma. Podeu escollir no duplicar-les.

1.2.2. Genograma familiar

El genograma és una representació gràfica del mapa familiar i generalment el construïm a partir de la informació obtinguda en diferents entrevistes. El model teòric que considerem en elaborar-lo repercuteix en la seva complexitat; hi ha des del model cognitivoconductual més simple fins al model sistèmic més complex. Com més complexitat més informació recull.

Recordeu que...

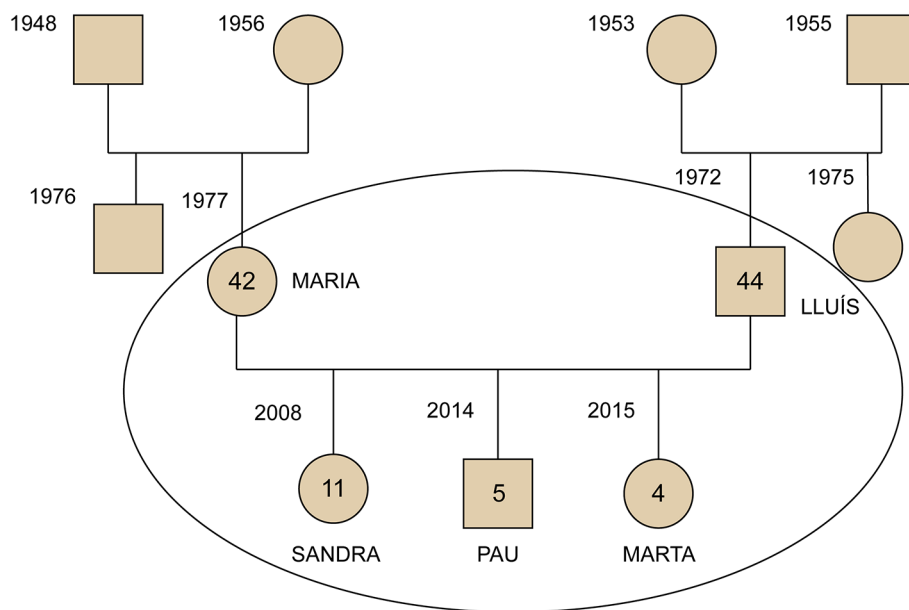
El nom de la història o de la seva carpeta no pot contenir cap dada que permeti identificar d'alguna manera el pacient (nom, sigles, DNI, etc.), segons la normativa del GDPR.

El tipus d'informació que podem incloure en un genograma és: l'estructura familiar, la informació sobre la família (informació demogràfica, informació funcional i fets crítics familiars) i la representació de les relacions familiars (aliances i exclusions).

La construcció del genograma la iniciem amb el dibuix de l'esquelet, i seguidament hi afegim la informació sobre la família (vegeu la *figura 1*). Finalment, hi incorporem les relacions entre membres del sistema familiar si treballem des del punt de vista sistèmic. A grans trets, indiquem tres generacions i marquem els nuclis de convivència. És a dir, registrem el pacient, els pares i germans, les famílies reconstruïdes, si n'hi ha (noves parelles dels pares, els seus fills...), i les famílies d'origen de cadascun dels pares del pacient.

Respecte als elements gràfics que utilitzem, recordem-ne els aspectes més bàsics: les persones les representem amb quadrats, en el cas dels homes, i amb rodones, en el de les dones; indiquem l'any de naixement (a l'esquerra de la forma) i el de defunció (a la dreta), si n'hi ha; les línies entre formes indiquen les relacions existents i el seu tipus, i les línies de forma irregular indiquen els nuclis de convivència (Alda de Ochoa, 1995).

Figura 1. Exemple de genograma



En alguns casos la informació recollida en el genograma la desenvoluparem més àmpliament en apartats posteriors de l'HC, com en l'apartat 1.2.9, *Història, estructura i dinàmica familiar*, o bé l'anotarem únicament en altres apartats i no en el genograma.

1.2.3. Motiu de consulta

És la primera aproximació per a delimitar la conducta problema. Aquí recollim breument els motius de consulta referits pels pares, el nen o nena (si el seu nivell de desenvolupament i maduresa cognitiva ho permeten) o l'adolescent,

i pels professionals que el deriven (informes, conversa telefònica, etc.). Posteriorment, completem la descripció de la conducta problema en l'apartat de situació actual de l'HC i en l'etapa d'administració de proves i eines (autoregistres...) (Ezpeleta, 2001; Fejerman i Grañana, 2017).

El motiu de consulta inclou els símptomes que preocupen, encara que no tinguin relació amb el diagnòstic final, i aquells que han motivat la derivació per part del professional o la professional i/o la consulta de la família. És rellevant saber qui va detectar que les conductes són un problema i quan. Recordem que és bàsic conèixer el punt de vista de cadascun dels progenitors sobre el problema (Fejerman i Grañana, 2017).

Durant l'entrevista, en parlar amb la mare i el pare del motiu de la consulta i de la situació actual, podem obtenir d'ells algunes informacions molt rellevants amb vista a la futura intervenció psicoterapèutica: si minimitzen o maximitzen el problema; la seva percepció de l'existència o no existència del problema, de la seva importància i de les repercussions en la família; com el viuen (el seu nivell d'estrès, si estan desbordats...); què esperen de la consulta; la seva motivació per canviar i el possible grau d'implicació en el tractament, i les resistències existents. També recollirem la perspectiva del pacient o la pacient sobre el problema (quin és), per què ha vingut a la consulta i què n'espera, el nivell de motivació per a canviar i les seves resistències inicials¹.

⁽¹⁾D'ara endavant, sempre que parlem de sol·licitar informació al pacient o la pacient, recordeu que cal tenir en compte l'etapa de desenvolupament per edat i la seva maduresa cognitiva.

1.2.4. Professional o equip que deriva el pacient o la pacient

Cal recollir la data de la derivació, el nom i cognoms del professional, la professió, el càrrec (p. ex., coordinador o coordinadora de l'equip psicopedagògic), el centre on treballa i les dades de contacte. Tot això es pot anotar al costat de la informació relativa a la derivació en l'apartat anterior o en un apartat a part.

1.2.5. Història prenatal, perinatal i neonatal

L'objectiu principal de les històries perinatal i prenatal i dels antecedents familiars és conèixer factors de risc predisposants de trastorns mentals i del neurodesenvolupament (vegeu la *taula 2*). Els millors informadors en la majoria dels casos són els pares.

Taula 2. Principals causes de trastorns del neurodesenvolupament i d'altres patologies neurològiques. Fejerman i Grañana, 2017

Síndrome genètica
Malformacions
Errors congènits de metabolisme
Malalties neurocutànies
Trastorns de la circulació i oxigenació cerebral
Trastorns cerebrovasculars
Malalties infeccioses
Trastorns inflamatoris i autoimmunes de l'SNC
Traumatisme cranial
Tòxics
Trastorns sistèmics

En la **història prenatal** ens centrem en les malalties de la mare, les complicacions de la gestació i els fets ocorreguts durant l'embaràs que poden repercutir en la salut del fetus. És important recollir les informacions següents: durada de la gestació i complicacions (repòs obligat...); si l'embaràs era desitjat; esdeveniments estressants o traumàtics; exposició a agents químics (tractaments farmacològics i agents contaminants) i infecciosos; hàbits de salut de la mare (dieta, consum de substàncies...); malalties de la mare (diabetis gestacional, fenilcetonúria...), i tractaments no farmacològics (psicoteràpia...).

La **història perinatal** inclou malalties i problemes mèdics i de salut presents en la mare o succeïts al nadó des de la setmana 28 fins a 25 dies després del part (Institut d'Estudis Catalans *et al.*, 2018), i la **història neonatal**, des del naixement fins a 3 mesos. Del moment del part n'anotem les característiques i les complicacions (natural o amb anestèsia, espontani o induït, per cesària, amb ajut de fòrceps, amb ajut d'incubadora...), el pes en nàixer i el test d'Apgar². Registrem la presència perinatal o neonatal de malalties infeccioses, hipòxia, icterícia, convulsions, traumatisme cranioencefàlic i depressió postpart de la mare, entre d'altres (Enseñat, Roig i García, 2015).

⁽²⁾El test d'Apgar valora el grau de sofriment o asfíxia al moment de nàixer, al cap d'un minut i al cap de cinc minuts, mitjançant una puntuació compresa entre 0 i 10, amb un punt de tall de 7 (Fejerman i Grañana, 2017).

1.2.6. Història del desenvolupament

En els apartats següents ens centrem en la història del desenvolupament, les fites evolutives i la seva adquisició, i també en els desenvolupaments sexual i d'autonomia.

Psicomotricitat

Recollim: edat de sosteniment cefàlic; edat de control de l'esquena (seure sense ajut); edat en què començà a gatejar; si gatejava de manera coordinada i independent abans de caminar; edat d'inici de la marxa autònoma, sense ajut, i el nivell d'habilitat i desenvolupament en psicomotricitat fina (botonar-se, tipus de lletra...).

També cal apuntar la presència de dificultats: maldestresa motora (en anar amb bicicleta, en jocs de pilota...), inquietud psicomotora, etc.

Comunicació i llenguatge

Anotem les edats següents: d'inici de la dentició; del primer somriure; de les primeres síl·labes; de les primeres paraules; de les primeres frases, i dificultats.

Alimentació

Registrem: alletament (tipus i durada); deslletament; hàbits destacables del nadó, nen o nena i actuals; intoleràncies alimentàries i dificultats.

Son

Apuntem: com és el dormir des del naixement (fàcil o difícil); regulació del son; presència de malsons o parasòmnia; hàbits del son (horari d'anar a dormir i de llevar-se, amb qui dorm, des de quan dorm sense els pares i l'existència d'hàbits o rituals), i dificultats.

Control esfínters

Escrivim: edat de control d'esfínter vesicals diürn i nocturn; edat de control anal diürn i nocturn, i dificultats.

Desenvolupament sexual

Anotem: edat d'aparició de les característiques sexuals secundàries; edat de la menarquia; vivència del procés; primeres relacions sexuals, i dificultats.

Desenvolupament d'hàbits d'autonomia

Ens interessa veure l'evolució de l'ajuda, supervisió, dependència i protecció parental. Anotem les conductes i hàbits següents:

Referències bibliogràfiques

La bibliografia consultada per a construir aquest apartat i els següents del punt 1.2 inclou:

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnòstica con niños y adolescentes*. Barcelona: Síntesis.

Comeche, M. I. i Vallejo, M. A. (2016) *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.

Ferré, J. (2004) *Cuestionario multifactorial de diagnóstico de los trastornos de la atención y/o hiperactividad y los trastornos de distrés infantil. TADHI*. Barcelona: Lebón.

Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología infantil*. Barcelona: Síntesis.

- Pel que fa a l'alimentar-se, a quina edat fa cadascuna de les activitats següents: menja sol amb la cullera, menja sol amb la forquilla, utilitza el ganivet per a tallar carn, utilitza el ganivet per a pelar fruita, i se serveix sol l'aigua al got.
- Pel que fa a vestir-se i desvestir-se, a quina edat fa cadascuna de les activitats següents: desvestir-se sol, col·laborar en vestir-se, vestir-se sol, escollir la roba i preparar-se-la.
- Pel que fa a la higiene, a quina edat fa cadascuna de les activitats següents: banyar-se, dutxar-se amb ajuda, dutxar-se sol, rentar-se les dents i pentinar-se.
- Pel que fa a dormir fora de casa, a quina edat comença a anar a casa de familiars, amics, de colònies...
- Pel que fa a les responsabilitats a casa, a quina edat fa cadascuna de les activitats següents: parar o desparar la taula, recollir els joguets, recollir l'habitació, ficar la roba bruta al cove, netejar-se les sabates, fer-se l'entrepà, anar a comprar el pa...

Bibliografia complementària

En el llibre d'Isabel Orjales titulat *Déficit de atenció con hiperactividad. Manual para padres y educadores*, de l'editorial CEPE, trobareu un recull de comportaments o conductes que poden tenir els nens o nenes de tres a vuit anys.

1.2.7. Història mèdica, psicològica i de salut

Inclou les malalties, intervencions quirúrgiques, visites a urgències i ingressos presentats fins al moment i que poden repercutir en el seu desenvolupament. També inclou altres problemes i aspectes de salut: talla i pes actuals; presència de còlics de nadó; tendència a emmalaltir amb freqüència; vacunes i les seves complicacions; problemes respiratoris; otitis de repetició; problemes de visió i auditiu; problemes de pell; al·lèrgies; presència de mals de panxa o de cap freqüents; ús de pròtesis; assetjament escolar; presència de tics o moviments estereotipats, etc.; tractaments farmacològics i no farmacològics (de fisioterapeuta, logopeda, optometrista...) que ha rebut i els seus resultats. És rellevant conèixer el motiu de la intervenció, quan i on es va fer (centre d'estimulació i atenció precoç, centre de salut mental infantojuvenil o centre privat), la seva durada, si el problema es va resoldre i el seu estat actual.

És especialment rellevant incloure els tractaments psicològics i/o psicopedagògics anteriors. D'aquests anatem el motiu de la intervenció, quan es va fer, les dades identificatives del professional, el model psicoterapèutic aplicat (cognitivoconductual, sistèmic, humanista, psicodinàmic o integrador), els aspectes psicològics treballats (p. ex., habilitats socials), les tècniques utilitzades i els resultats obtinguts, sempre que sigui possible.

Heu de saber que...

En l'etapa d'avaluació és recomanable utilitzar tests com el CBCL (Achenbach i Edelbrock, *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*, 1993), a més a més de l'entrevista, ja que de vegades els pares han normalitzat tant uns símptomes del fill o filla que no els refereixen espontàniament en parlar dels problemes de salut: p. ex., malalties de pell, dolors freqüents... A més, els tests serveixen de cribatge de simptomatologia i conducta actual. Pel mateix motiu, també es recomana aplicar tests o escales als mestres, com el TRF (Achenbach i Rescorla, 2001).

També hi afegim els aspectes rellevants dels informes mèdics i d'altres professionals, i dels resultats de les proves complementàries, com analítiques sanguínies, TAC cranial, etc.

1.2.8. Escolaritat, rendiment acadèmic i socialització

Ens interessa conèixer els desenvolupaments acadèmic i social, la seva adaptabilitat (a l'inici de curs o d'etapa, per canvis de mestres...), la seva conducta emocional, la seva motivació i actitud per a aprendre a l'escola o institut, i els problemes que han ocorregut. Preguntem tant als pares com al nen o nena o a l'adolescent, i al mestre o la mestra.

Indaguem sobre les etapes de llar d'infants (edat d'inici, si hi ha anat), infantil, primària, secundària i batxillerat; tant passades com l'actual.

De cada **etapa escolar** (infantil, primària, secundària i batxillerat), inclosa l'actual, anotem:

- La seva conducta i comportament: si juga amb altres nens o nenes; si juga amb nens o nenes de la seva edat; si tolera estar sol o sola; si està aïllat o aïllada o sol o sola; si es mostra participatiu o participativa a l'aula; si està en alerta constant o espantat o espantada; si li costa comunicar-se; si el seu comportament és diferent a l'escola respecte del de casa; si presenta reaccions agressives; si té rebequeries; si té amics o amigues; si discuteix freqüentment amb els companys o companyes i amics o amigues; si treballa bé en grup, el seu comportament en altres entorns (excursions i sortides)...
- La seva actitud i temperament: si necessita aprovació; si és dependent del mestre o mestra; si mostra tendència a mentir (als 5 anys ja sap que no és correcte mentir); si és perfeccionista; la seva actitud davant l'autoritat (obedient, desafiant...); si es mostra indecís o indecisa, trist o trista, amb baixa autoestima, empàtic o empàtica i/o assertiu o assertiva; si mostra una tolerància a la frustració alta o baixa; si presenta pors, si refereix mals de panxa o d'altres dolors sovint...
- Els canvis d'escola o d'institut.
- Els canvis de comportament o d'actitud a l'inici del curs o després (també si es donen a casa).
- Les experiències que han provocat canvis de comportament o emocionals: quan van començar i si hi va haver algun canvi previ; si ha patit assetjament escolar, com el va gestionar i com el va viure; dificultats amb algun

mestre o mestra o company o companya, i si ha simulat malalties per a no anar a escola.

- Si ha rebut amonestacions o expulsions.
- El seu rendiment acadèmic, si ha necessitat o necessita reforç escolar i si ha requerit o requereix mesures educatives especials.

Per a recollir els aspectes actuals detectats al centre, a part d'entrevistar els pares i el pacient o la pacient, és imprescindible entrevistar el tutor o tutora i administrar-li proves psicomètriques sobre la conducta problema actual. També recomanem valorar el nivell d'estrès que té el professorat (en els casos en què la conducta problema apareix al centre; p. ex., trastorn de conducta), l'estil d'afrontament i l'estil educatiu, en la mesura del possible, amb vista a la intervenció.

Del nen o nena i l'adolescent també ens interessen: els punts forts i febles; si li agrada anar a l'escola o institut; la motivació per a aprendre; les assignatures que li agraden més, el suport social de què disposa, etc.

1.2.9. Història, estructura i dinàmica familiar

En aquest apartat recollim la història de vida del nen o nena o pacient i la dels seus pares, i també l'estructura i dinàmica de la seva família. Com veureu, aquestes informacions estan entrelaçades.

De la família anotem: els aspectes socioeconòmics (si té problemes econòmics, familiars a l'atur...), els problemes socioculturals existents (si pertany a alguna ètnia o cultura i les seves repercussions), i les creences, cultura i valors tant de la mare com del pare.

De la història familiar dels progenitors, i com a parella, registrem: una breu història de vida dels dos progenitors (experiències clau; estil educatiu de les famílies d'origen i la seva cultura, creences i valors...); una breu història de la seva relació de parella; els problemes i crisis de parella³, i la situació actual de la parella.

⁽³⁾Dependent del model psicoterapèutic que seguim, recollirem més o menys informació sobre la història familiar.

De la història familiar relacionada amb el pacient o la pacient, apuntem: si ha estat adoptat o adoptada i la història del procés d'adopció; cuidadors que ha tingut i que en tenen cura (familiars, cangurs...); el naixement de germans i el seu comportament; la relació amb els germans (gelosia...); el tipus de relació amb la família no nuclear (suport per part dels avis, oncles...), i els canvis d'escola, de domicili o de ciutat, i com els ha viscut. Són rellevants especialment les situacions relacionades amb els progenitors⁴ (passades i presents) provocadores d'una sensació de soledat o d'abandonament: els viatges freqüents

⁽⁴⁾En el mòdul, els termes *progenitors*, *pare* i *mare* els podem substituir per *cuidadors*, *cuidador*, *cuidadora* en aquells casos en què els progenitors no tenen cura del menor (hi ha un tutor legal, etc.) i no ens referim als antecedents mèdics familiars o a dades similars.

per motius de treball; el poc temps compartit; la separació dels progenitors; la nova parella o família dels pares; les malalties greus; els ingressos hospitalaris dels pares; l'ingrés a la presó; les situacions de maltractament...

De la dinàmica familiar ens cal conèixer: el desenvolupament del vincle amb cadascun dels pares; les aliances i exclusions existents dins de la família; les activitats i hàbits lúdics familiars; el temps compartit en família i el temps compartit entre el nen o nena o l'adolescent i cadascun dels pares; l'estil educatiu i de resolució de problemes del pare i la mare, i de totes les persones implicades en la cura del nen o nena o l'adolescent; l'actitud de la mare i el pare envers el nen o nena o l'adolescent (punts en comú i en desacord...) i envers la resta de germans (si en té); l'existència de similituds o diferències de temperament entre progenitors i pacient, i el patró de vinculació actual dels pares amb el pacient.

Finalment, de cadascun dels progenitors recollim: la seva perspectiva sobre la tasca de ser pares (punts forts i febles); els suports respectius dins i fora de la família (avis, amics...); els estils d'afrontament d'estrès, i les seves expectatives sobre el pacient o la pacient a curt i a llarg terminis.

Nota

Alguns dels aspectes indicats els hem recollit prèviament en el genograma. Ara es tracta de complementar-los o afegir informació si en falta.

1.2.10. Història psicoemocional, conducta, temperament, socialització i hàbits

En aquest apartat ens centrem en el desenvolupament psicoemocional i de temperament, i en la de la conducta, interessos i hàbits actuals.

La informació la recollirem tant dels progenitors com del pacient o la pacient, tot depenent del tipus d'informació demanada, de l'etapa evolutiva a la qual pertany la informació requerida, i de l'edat i maduresa cognitiva del pacient. Això ens permetrà fer-nos una idea de la percepció del pare i la mare sobre el pacient o la pacient, i la del mateix pacient.

Quant al **desenvolupament psicoemocional i de temperament** del nen o nena o l'adolescent des de l'etapa de nadó fins a l'actualitat, recollim, quan es dona: l'existència de plors incontrolables del nadó per causa desconeguda; si el nadó es mostra espantadís o espantadissa davant de sorolls forts; les experiències de rebuig o perill viscudes (conscients o no); les experiències significatives amb posteriors repercussions emocionals en el comportament, el son o d'altres; l'evitació de la proximitat física; el rebuig del contacte ocular o físic (carícies...); les pors (a la foscor...); la dificultat per a estar quiet; la necessitat constant d'atenció; el desenvolupament moral; les emocions que expressa habitualment i les que expressa menys (alegria, por, tendència a la tristor o a l'enuig, etc.).

Quant al seu temperament també demanem: l'autoregulació emocional i el control d'impulsos; si es mostra obedient, desafiant, provocador o provocadora, hostil, agressiu o agressiva; si presenta rebequeries, tossuderia, perseverança o passivitat; l'adaptabilitat i tolerància a la frustració; la capacitat d'empatia; si presenta tímidesa, preocupacions excessives o altres mostres d'ansietat (mossegar-se les ungles...); si té un sentiment de culpabilitat; si presenta inclinació a mentir; el grau de dependència dels pares...

Nota

Recordem que ens interessa detectar els canvis emocionals o de conducta que hi ha hagut. Hem de conèixer com es comportava i com es comporta ara.

Quant a la **socialització fora de l'escola** registrem: si té amics (quantitat i qualitat); si prefereix jugar sol o amb altres; si queda fora de l'escola amb altres nens o nenes o adolescents, i la periodicitat; els estils de jocs; el tipus de relació amb els germans o germanes; com es relaciona amb les persones adultes; el comportament que presenta amb altres nens o nenes que coneix (submís, manaire...); el comportament i emocions que presenta amb altres nens o nenes o adolescents no coneguts en espais lúdics, campaments, etc.; les habilitats socials presents i les millorables...

També anotem els seus **interessos** actuals: les activitats extraescolars que porta a terme; què sol fer en el temps lliure i quan és a casa; les habilitats i talents, i el que no se li dona bé. També podem anotar els interessos passats si són rellevants.

Finalment, preguntarem sobre els **hàbits i rutines actuals**:

- Despertar-se: si utilitza el despertador o el criden o la criden, si es lleva corrent o amb tranquil·litat...
- Vestir-se: si ho fa sol o sola o amb ajuda, qui el supervisa o la supervisa, si la roba està preparada o l'agafa ell o ella...
- Anar a dormir: amb qui dorm, si té una hora establerta, si li indiquen que ha d'anar a dormir i qui ho fa...
- Desvestir-se: si ho fa amb ajuda o sense, si deixa la roba al cove...
- Higiene: si la fa sol o amb ajuda i si l'hi han de recordar (netejar-se les dents, dutxar-se i rentar-se el cap).
- Responsabilitats a casa: quines són, el grau de compliment, si hi ha canvis en els hàbits i rutines durant la setmana respecte als dies de festa...
- Hàbits d'estudi: si utilitza l'agenda; on fa els deures (a l'escola, a casa, a la biblioteca...), i si és a casa on els fa; si està sol o acompanyat i amb qui (p. ex., al menjador de casa quan el pare llegeix...); l'horari que segueix; si fa els deures abans o després de les activitats que li agraden (jugar a videojocs...); si els fa amb ajuda i qui l'ajuda (noi o noia de reforç, pares...); la freqüència del reforç si n'hi ha; en què li cal ajuda o supervisió; si li revisen els deures en acabar i qui ho fa; què li costa més; on, com i amb qui estudia; si estudia a darrera hora; la seva conducta i emocions en estudiar, quan apareixen i amb qui les mostra; les conseqüències de les notes... Els hàbits d'estudi els podeu incorporar a l'apartat 1.2.8, *Escolaritat, rendiment acadèmic i socialització* en lloc d'aquest.

1.2.11. Antecedents familiars mèdics i psicopatològics

Anotem les malalties, especialment psicopatologies presents en els pares, problemes de salut, operacions quirúrgiques i ingressos hospitalaris, de la mare i el pare, i dels familiars més propers (germans o germanes, oncles o ties, avis o àvies...), i també les malalties mentals i signes de patologies del neurodesenvolupament existents en la família (hiperactivitat, problemes de llenguatge, baix rendiment escolar, etc.).

No ens oblidem d'escriure tant les situacions mèdiques greus (intervencions quirúrgiques o tractaments en malalties oncològiques, etc.) com els ingressos hospitalaris dels pares que han motivat que els menors siguin a càrrec de familiars o sense un dels progenitors. Aquests fets els podem desenvolupar en l'apartat 1.2.9, *Història, estructura i dinàmica familiar*.

1.2.12. Conducta problema actual i el seu impacte

Aquest apartat l'enfoquem a conèixer la conducta problema, la seva història i el seu impacte en la vida quotidiana del nen o nena i dels pares; determinar la consciència del problema per part de tots ells, i els intents de solució fets i els resultats.

Iniciem la recollida d'aquesta informació amb l'entrevista clínica i la finalitzem en l'etapa d'avaluació mitjançant l'administració de proves com autoregístres. En aquest apartat preguntem tant al nen o nena o l'adolescent com als pares, i a l'escola si cal.

Definim i **delimitem les conductes problema**. Indiquem: la freqüència, la durada, la intensitat, els factors precipitants i les circumstàncies en les quals succeeixen (quan, on, amb qui i després de què succeeixen), i les seves conseqüències (què succeeix; problemes que li ocasiona...).

A més de definir la conducta problema, ens cal conèixer el seu **impacte** en el funcionament quotidià del pacient o la pacient, les repercussions en la vida del nen o nena o l'adolescent i la família. Preguntem per les actituds i conductes dels pares, d'ell mateix i de la gent del seu voltant (germans, mestres, amics...) envers el problema (què fan, què senten...), etc. És imprescindible preguntar, tant al pacient o la pacient com a cadascun dels progenitors (i a la resta de membres de la família), pel malestar subjectiu provocat per la simptomatologia actual (conducta problema) i pel seu grau d'estrès i el seu estil d'afrontament (Ezpeleta, 2001). Per exemple, preguntem al nen o nena o l'adolescent si la conducta repercuteix en el seu rendiment acadèmic; com

creu que afecta als seus pares (si es preocupen, discuteixen...); si li ha impedit fer alguna cosa; com se sent davant la conducta problema i davant les seves repercussions...

Elaborem la **història del problema actual**. Demanem:

- Les possibles causes del problema: quan va començar i si abans va succeir algun fet concret. Indiquem les causes que refereixen cadascun dels implicats (el pacient o la pacient, la mare i el pare, i el tutor o tutora si el problema es dona a l'escola).
- El seu curs i evolució: quan va començar, si ha existit sempre des de llavors, si s'agreuja o desapareix en algun moment, les coses que l'influencien...

Respecte a les solucions intentades, recollim els **tractaments psicoterapèutics anteriors** o altres intervencions (reflectits en l'apartat 1.2.7, *Història mèdica, psicològica i de salut*). Aquí ens interessa recollir tant el que es va fer (tècniques i pautes) com l'opinió dels pares i del pacient o la pacient sobre el tractament; si es van seguir les pautes o per què no, si creuen que van ser efectives, les dificultats que van tenir per a seguir-les, què els va resultar més fàcil, per què van deixar el tractament en cas d'abandonament, etc. També cal anotar les solucions intentades pròpies, sense recórrer a l'ajuda de professionals (p. ex., les que han llegit en un llibre, els han comentat amics...), i els seus resultats o conseqüències.

En cas que no hagin consultat pel problema abans, cal anotar tant els motius o la justificació donats (minimització del problema, no reconèixer que els cal ajuda, motius econòmics...) com l'actitud observada (defensiva, de recel...). Recordem que, en preguntar per les informacions d'aquest apartat en l'entrevista, obtenim una informació bàsica sobre la possible adherència terapèutica, el nivell de compromís, el grau de motivació, la resistència al canvi i altres possibles dificultats. Aquestes qüestions les hem de tenir en compte en la planificació i disseny de les sessions d'intervenció, i també en el procés d'avaluació.

1.2.13. Altres

En aquest apartat anotem aquells aspectes de l'anamnesi que considerem rellevants i no hem descrit abans o bé que volem desenvolupar més àmpliament. Aquí incloem les observacions del pacient o la pacient i dels pares fetes durant l'entrevista sobre l'aparença general, la conducta, la capacitat de comprensió, els llenguatges (verbal i no verbal), l'humor, la capacitat d'expressar emocions, les habilitats socials i l'actitud dels progenitors. Val a dir que, encara que parlem d'entrevista, el contingut de l'anamnesi és força ampli i sol requerir més d'una sessió per a recollir-lo.

Recorda que...

Aquest apartat és un dels més importants de l'HC. S'ha de fer complet i amb molta cura, i tenint en compte que segons el nostre enfocament ens centrarem en uns aspectes o altres. Si seguim el model cognitivoconductual, tota la informació recollida aquí ens permet fer l'anàlisi funcional de la conducta problema. Aquesta anàlisi ens mostra el procés pel qual ha sorgit l'esmentada conducta i també el procediment que la manté actualment, i inclou els aspectes bàsics a conèixer per a planificar la intervenció des d'aquest model.

Un cop hem completat l'anamnesi seguim amb la resta d'apartats que conformen la història clínica.

1.3. Resultats i interpretació de les proves i eines aplicades

Gràcies a l'anamnesi, tenim suficient informació per a establir a qui i què cal avaluar, i poder seleccionar les proves i eines (autoregistres...) més adequades al cas.

Un cop feta l'avaluació, és important elaborar un registre de les proves i eines aplicades. En aquest resum anotem a qui hem aplicat la prova, la data d'aplicació i els resultats (puntuacions directes i puntuacions transformades, com típiques, percentils...)⁵, i indiquem si els resultats estan alterats (p. ex., amb un asterisc). També apuntem els aspectes qualitius de l'avaluació i la seva interpretació. El registre de les puntuacions obtingudes en taules facilita la recollida i consulta de la informació, i agilitza la realització d'informes, ja que es poden replicar.

⁵És recomanable anotar tant les puntuacions directes com les obtingudes amb barems (típiques, escalars, percentils...), ja que això ens facilita comparar amb altres avaluacions i valorar aspectes qualitius. Per exemple, si posteriorment apliquem una nova versió del test (amb alguns ítems diferents) podem valorar qualitativament el rendiment en els ítems comuns i en aquelles puntuacions directes que no tenen barems.

Sobre si és necessari guardar o no els fulls de resposta aplicats dins la història clínica, depèn del nostre judici clínic. Recomanem conservar aquells que ens donen informació qualitativa o que contenen moltes puntuacions per les quals no hi ha barems actualment. Per exemple, podem conservar el dibuix de la còpia de la figura complexa de Rey (Rey, 1997) si ens interessa qualitativament la figura dibuixada i/o volem fer seguiment de l'evolució, però no ens cal conservar el full de resposta de l'aritmètica de l'escala de Wechsler per a infants V, WISC-V (Wechsler, 2015) si els ítems fallats eren previsibles per l'edat del pacient. El que sí que hem de guardar són els resultats i els aspectes qualitius de les proves i eines aplicades.

Recordem que la reavaluació forma part del procés d'intervenció psicològica i ens permet comprovar i validar les hipòtesis de treball. Per tant, a més del subapartat de l'avaluació psicològica basal (inicial) caldrà incloure'n d'altres per a registrar les dades i interpretacions de les avaluacions de seguiment.

1.4. Judici clínic i diagnòstic

Com ja sabeu, el procés d'elaboració d'un diagnòstic va dirigit a falsejar les hipòtesis planejades, no a verificar-les. És a dir, en lloc de buscar les dades i la informació que corroboren la nostra idea inicial, hem de buscar tota aquella informació que la rebutja, seguint el mètode científic.

Tenint en compte tota la informació recollida anteriorment, emetem les possibles hipòtesis de treball i el diagnòstic, sobre les dificultats o problemes presents en el nen o nena, a més d'anotar el diagnòstic diferencial justificat. El **judici clínic** és un aspecte clau en el procés i està basat en la formació i experiència prèvia del terapeuta o la terapeuta, a part de la informació recollida en la història clínica. No dubteu a recollir més informació si veieu que cal arribats a aquest punt, ni a emetre, tal com permet el DSM-5 (APA, 2014), un diagnòstic «provisional» o diagnosticar «un altre trastorn especificat» o «un altre trastorn no especificat»⁶ sempre que calgui.

⁽⁶⁾El DSM-5 ens permet indicar un nivell d'incertesa diagnòstica amb l'especificador «provisional» quan no tenim prou informació per a considerar definitiu un diagnòstic i tenim una base fonamentada per a pensar que al final es compliran tots els criteris diagnòstics, a més de poder emetre diagnòstics especificats o no especificats quan no es compleixen tots els criteris (APA, 2014).

Abans d'emetre el diagnòstic, anotem les possibles hipòtesis elaborades sobre el cas i la seva fonamentació. L'elaboració d'hipòtesis de treball és un procés continuat durant el procés d'avaluació diagnòstica i la posterior intervenció psicoterapèutica. S'inicia quan ens exposen el motiu de consulta i comencem a determinar les possibles proves a administrar, i no finalitza fins a l'alta del pacient. Les hipòtesis de treball solen anar canviant al llarg del procés d'intervenció psicoterapèutica, ja que s'avaluen contínuament. Les hipòtesis es modifiquen en funció de si s'aconsegueixen o no els objectius, juntament amb altres informacions recollides durant el tractament i les revaluacions. És a dir, ens orienten tant en el diagnòstic com en la intervenció. En aquesta secció recollim les hipòtesis prèvies a la intervenció que ens orienten en el diagnòstic, i en l'apartat 1.7, *Intervenció psicològica*, les generades a partir de l'inici de la psicoteràpia.

És important enumerar clarament tots els diagnòstics del DSM-5 (APA, 2014) o del CIM-11 (World Health Organization, 2019), amb els seus codis, subtipus i especificadors (gravetat, curs...), a més dels problemes o dificultats detectats.

En aquest punt és important recordar que **no sempre que un pacient o una pacient acudeix a la consulta emetrem un diagnòstic**. A vegades poden arribar amb el diagnòstic fet i amb la demanda de psicoteràpia; en altres casos acudeixen per solucionar petits problemes (p. ex., timidesa), i fem tasques de prevenció, promoció de la salut i psicoeducatives. Llavors recollim les hipòtesis sobre el problema i el nostre judici clínic sobre les dificultats presents, i no el diagnòstic categorial (DSM o ICD/CIE). De vegades, fins i tot, ens podem trobar que no hi ha un diagnòstic com a tal (addiccions a noves tecnologies...) en el DSM i recorrem a utilitzar el terme amb més evidència científica o més reconegut en el nostre camp.

Nota

Recordeu que les hipòtesis sobre el problema i els aspectes a millorar depenen del model psicoterapèutic en el qual ens basem.

1.5. Recomanacions i pronòstic

En aquest espai anotem les recomanacions que comunicarem a la família sobre psicoeducació, psicoteràpia, derivacions a altres professionals, reforç escolar, pautes per a l'escola, etc.

Juntament amb les recomanacions, cal indicar la possible evolució dels problemes detectats, la seva relació amb les recomanacions i el seu seguiment, a més del grau de milloria previsible, basat en evidències científiques recents i no únicament en la nostra experiència clínica.

1.6. Devolució

En aquest punt anotem els aspectes tractats amb els pares i nen o nena o adolescent en la devolució del procés d'avaluació. En l'apartat 2.4.3, *Entrevista de devolució* es descriu com es fa l'entrevista de devolució. Engloba les explicacions donades pel professional, els dubtes sorgits, les preocupacions, les expectatives i els acords presos, i també la conducta i actitud observades dels pares i del pacient o la pacient.

1.7. Intervenció psicològica

A partir de tota la informació obtinguda en els apartats anteriors s'han elaborat les hipòtesis de treball o diagnòstiques que ens orienten en el disseny i planificació de la intervenció psicoterapèutica.

Dels molts aspectes a tenir en compte en el disseny i planificació de la intervenció, i que consten en la història clínica, destaquem: les patologies mèdiques presents en el nen o nena o l'adolescent i la família; l'anàlisi funcional de la conducta problema obtinguda durant l'anamnesi (1.2.12, *Conducta problema actual i el seu impacte*), que ens mostra el procediment pel qual ha sorgit l'esmentada conducta i per la qual es manté (seguint el model cognitivo-conductual); el deteriorament funcional; la dinàmica familiar; la interpretació dels resultats de les proves i eines aplicades; el malestar subjectiu del nen o nena o l'adolescent i els pares; l'actitud i motivació pel canvi i les resistències observades en els progenitors i el pacient, el suport social de què disposen, etc.

Aquí anotem:

- **Pla d'intervenció.** Objectius (generals i específics) establerts a partir de les hipòtesis de treball, i seqüència en què es treballaran; format de les sessions (individual, grupal, pares i pacient junts o separats...), periodicitat de les sessions i durada; tècniques a aplicar, metodologia i contingut a treballar en cadascuna de les sessions, i amb qui. Cal incloure l'escola, els progenitors i el nen o nena o l'adolescent en la intervenció.

Facilitar la informació

Encara que no forma part de la història clínica, és molt recomanable facilitar la informació per escrit de les tarifes de la intervenció psicològica recomanada, el temps de les sessions, si es cobren les visites en cas d'anul·lació, i la seva freqüència i a qui va dirigida (sessions amb pares, amb el pacient o la pacient, contacte amb l'escola, etc.).

Hem de tenir present que el grau de motivació pel canvi i la participació de cadascuna de les persones implicades són diferents, i que a vegades, per molt que vulguem i ho intentem, no podrem treballar amb totes (p. ex., progenitors separats amb diferents posicions i enfrontats, pares poc implicats...). És imprescindible valorar el grau de suport dels implicats en la intervenció abans de posar-la en pràctica, i el grau de participació cognitiva i psicoemocional que poden assolir. Per exemple, si els pares presenten una ansietat elevada i una baixa tolerància a les conductes desafiantes del fill, és difícil que puguin sostenir una situació en la qual els demanem que posin límits i normes a conductes del noi o noia, que li provocaran inicialment una reacció d'augment de l'esmentada conducta problema, i per tant els repercutirà en un major estrès. Possiblement, després de dotar els pares de tècniques i estratègies de maneig d'estrès podrem plantejar aquest tipus d'intervenció. Recordem que és millor no plantejar una intervenció conductual, si no estem segurs que la podran portar a la pràctica, que deixar-la a mitges. Cal escollir el moment propici o desestimar una tècnica per un cas determinat. **La flexibilitat i adaptabilitat són bàsiques en el treball de psicoteràpia infantojuvenil.**

Nota

Podeu consultar el llibre de Comeche i Vallejo (2016) que trobareu en la bibliografia per a veure intervencions cogniti-voconductuals.

- **Registre de les sessions.** La data i els participants; els objectius establerts, el grau d'assoliment i les dificultats per a aconseguir-los; les tècniques i metodologia utilitzades a cada sessió; els aspectes rellevants del seu desenvolupament i observacions; les actituds i emocions expressades per cadascun dels participants, els seus dubtes i dificultats; les tasques per a casa, etc., és a dir, tot allò que sigui rellevant en el procés psicoterapèutic i pensant amb vista a la propera sessió.
- **Hipòtesis de treball noves o redefinides.** Els canvis en les hipòtesis basals, que redefinim o substituïm per les hipòtesis noves. Això ho fem a partir de la informació obtinguda en la reavaluació de seguiment i en les observacions i informacions obtingudes al llarg de les sessions de psicoteràpia.
- **Altres.** Aquells aspectes que considerem necessaris explicar amb més detalls o que no hem explicat abans, observacions, etc.

Recordeu l'observació següent:

Encara que és recomanable fer les anotacions durant la sessió, de vegades no ens serà possible per motius del desenvolupament de la sessió, les actituds o comentaris dels participants o les participants, el moment de la sessió, etc.. En aquests casos és important recollir la informació al més aviat possible en acabar la sessió.

Nota

Recordeu els aspectes ètics, deontològics i legals, a aplicar en psicoteràpia amb menors. No es pot fer una intervenció sense el permís d'ambdós progenitors o de les persones que tenen la pàtria potestat del menor o la menor.

1.8. Alta i tancament

Hi ha diferents motius d'alta possibles:

- S'ha fet el diagnòstic i s'han comunicat els resultats al professional o la professional que l'ha derivat i/o als clients⁷. El pacient és derivat única-

⁽⁷⁾Un aspecte diferencial de la psicologia infantojuvenil és la distinció entre pacient i clients. Els pares solen ser els clients i el menor o la menor el pacient.

ment amb finalitats diagnòstiques, per exemple, a serveis assistencials que no fan intervenció.

- Els objectius s'han assolit, hi ha milloria o remissió de la simptomatologia que va motivar la consulta.
- Es fa la derivació a un altre professional per avaluar un possible tractament: a un psicòleg o psicòloga especialitats en el motiu de la consulta, a un psiquiatre o psiquiatra per valorar un tractament farmacològic, per canvi de localitat de domicili, etc.
- Els clients desestimen fer el tractament.
- Abandonament o altres.

En tots aquests casos cal recollir la data, els fets que han motivat l'alta (si els coneixem) i qui ens els ha comunicat. Recordeu que per normativa legal les històries s'han de conservar un temps, cinc anys⁸ com a mínim.

⁽⁸⁾Recordeu d'estar actualitzats de les novetats i canvis sobre aspectes de normativa i legals.

Per a concloure la història clínica, podeu incloure un nou apartat anomenat «Altres», si ho creieu necessari.

1.9. Qüestions per reflexionar

Tal com heu pogut veure, la recollida d'informació de la història clínica és força llarga. Tot seguit us plantejem algunes situacions que podeu viure en el vostre dia a dia com a psicòlegs o psicòlogues perquè hi reflexioneu.

- Uns pares estan impacients per solucionar un problema i no poden esperar. El malestar de la família és força elevat i els pares estan molt «estressats». Encara no tenim tota la informació de la història clínica. Volem fomentar l'aliança terapèutica i la motivació. En cas que iniciem la intervenció, quins problemes poden aparèixer? I quins avantatges presenta aquesta situació? Començaríeu la intervenció o no?
- Els pares i una noia de 16 anys acudeixen a consulta. La noia té un trastorn alimentari i és derivada per un metge especialista en psiquiatria. Comencem la intervenció sense tenir tota la informació de l'anamnesi. Quina informació creus que no es pot obviar abans de començar la psicoteràpia i quina creus que sí? O creus que no se'n pot obviar cap? Creus que es pot simplificar la informació que cal demanar? Com?
- Ens arriba una família derivada per un centre d'una altra localitat amb la demanda de psicoteràpia. El nen de 13 anys va ser diagnosticat de TDAH hiperactiu-impulsiu fa dos mesos. La demanda dels pares és «millorar el seu comportament a l'escola i a casa». Refereixen molta preocupació per les constants amonestacions de l'institut. Nosaltres disposem de l'informe

psicodiagnòstic complet, emès per l'altre centre. Recolliríeu tota la informació de l'HC que hem indicat abans d'iniciar la intervenció? Com actuaríeu en aquest cas respecte a la recollida d'informació?

- Els pares i la seva filla de 7 anys acudeixen a la consulta. Aporten un informe psicològic de dues ratlles on s'indica que actualment la filla fa tractament de grup per a millorar habilitats socials i de gestió de les emocions, a més de mentalització. En l'informe no s'especifica el diagnòstic ni els resultats de proves d'avaluació. No aconseguíu contactar amb el seu psicòleg i els pares no saben donar més informació. Els pares acudeixen a la consulta pel baix rendiment escolar de la nena. Què preguntaríeu als pares per ampliar la informació donada inicialment? On i com anotaríeu la informació de què disposeu en l'HC?
- Una mare soltera acudeix a consulta per primer cop. No ha anat mai al psicòleg o psicòloga. Té una filla de 4 anys que és molt tímida i això li preocupa. Ha vingut a la sessió sense la nena. El discurs de la mare és molt dispers i salta constantment d'un tema a un altre. Comença a explicar el que li demaneu però passa a una altre assumpte relacionat, i no acaba mai de respondre. No podeu recollir la resposta al que li heu preguntat i teniu la visita següent que espera a la sala d'espera (aquesta visita ja té un retard de 15 minuts). Com anotaríeu aquesta situació en l'HC i a on? Com procediríeu en aquest cas? Seguiríeu estrictament l'orde de l'HC? Seríeu més flexibles?

2. L'entrevista clínica

2.1. Concepte i característiques

L'entrevista clínica comporta una interacció i comunicació entre pacients i psicòleg o psicòloga, i la intencionalitat i motivació del professional o la professional per a ajudar-los, seguint una metodologia establerta per a aconseguir uns objectius determinats. És una situació de relació d'ajuda asimètrica que està fortament influenciada pel model teòric que seguim.

Segons el seu objectiu principal, parlem d'entrevista psicodiagnòstica o d'entrevista d'intervenció psicològica. En l'entrevista psicodiagnòstica l'objectiu és recopilar la màxima informació que considerem imprescindible per a arribar a un diagnòstic. En canvi, l'entrevista psicoterapèutica és centrada a resoldre problemes psicològics. Segons la finalitat de l'entrevista, n'adaptem el contingut i format, encara que les recomanacions generals en ambdues són les mateixes.

L'entrevista clínica pot ser més o menys estructurada, ja que l'entrevistador o entrevistadora pot determinar el contingut i el curs de la comunicació en major o menor grau, i també canviar-los al llarg del temps. El grau d'estructura està molt lligat al grau de directivitat de l'entrevistador o entrevistadora i a la finalitat de l'entrevista. Com més estructura hi ha més directiu és l'estil. Generalment, en l'entrevista psicodiagnòstica la recollida d'informació és estructurada (p. ex., en l'anamnesi), i, per contra, quan l'objectiu és psicoterapèutic, l'entrevista sol ser menys directiva, sempre tenint con compte les directrius del model teòric que seguim (Roji, 1994).

D'ara en endavant ens centrarem en l'entrevista psicodiagnòstica i en els aspectes generals de l'entrevista clínica, sense entrar en les especificitats de l'entrevista psicoterapèutica, que depèn del model seguit (cognitivoconductual, sistèmic, integrador, etc.).

2.2. Etapes de l'entrevista clínica

En una entrevista clínica podem definir tres fases de manera genèrica: fase inicial, fase intermèdia o cos de l'entrevista, i fase final o de tancament. Cadascuna té els seus propis objectius i nivell d'estructuració, que s'han d'adaptar al nostre model teòric. Cada fase té les característiques següents:

- En la **fase inicial** creem un ambient còmode (fem atenció a l'espai físic) i de col·laboració (col·laborem amb el pacient per solucionar un problema comú), mostrem empatia (amb el to de veu, comentaris verbals...), utilitzem tècniques no exclusivament directives i expressions no verbals d'acolliment (encaixada de mans càlida, somriure de benvinguda mirant als ulls...). Volem transmetre confiança, confidencialitat i seguretat. Pretenem fomentar un *rapport* positiu. La seva durada és d'uns deu minuts.
- En la **fase intermèdia** ens centrem en l'objectiu de l'entrevista (diagnòstic o intervenció), que pot incloure: identificar el motiu de consulta, recollir informació, elaborar les hipòtesis diagnòstiques, fer una proposta de solució o fer la intervenció psicoterapèutica. Dura uns 25 minuts.
- En la **fase final** indiquem al pacient o la pacient que s'està acabant el temps (uns 10 minuts abans de l'acabament), i tot seguit destaquem els objectius aconseguits en la sessió o resumim la informació recollida o el contingut treballat. Això ens permet aclarir els dubtes o malentesos sorgits i, a més, ens dona l'oportunitat d'afegir nova informació rellevant. Moltes vegades, la informació que el pacient o la pacient afegeix és la que més li costa de transmetre, que sent que vulnera la seva imatge, però a vegades simplement vol allargar la sessió. Finalment, recordem les tasques per a casa i les recomanacions, establim la data de la propera visita i fem l'adéu formal i proper. És important acabar la sessió en un «moment positiu» i sense deixar assumptes inacabats (Roji, 1994).

2.3. El psicòleg o psicòloga infantojuvenil durant l'entrevista

En tota entrevista clínica el psicòleg o psicòloga ha de recordar aplicar diferents característiques i actituds. En la taula 3 en teniu algunes.

Taula 3. Habilitats i actituds del terapeuta o la terapeuta durant la psicoteràpia (Ortigosa, Méndez i Riquelme, 2014)

Característiques del terapeuta o la terapeuta	Actituds del terapeuta o la terapeuta
Interès sincer Proximitat Autoconeixement Autoregulació Coneixements i competències en psicologia infantojuvenil Respecte Flexibilitat Experiència vital Autoacceptació (seguretat en ell mateix o ella mateixa) Humor (per a crear proximitat i alleugerir tensions)	Empatia (capacitat de comprendre les persones des del seu marc de referència i no des del propi) Acceptació incondicional Autenticitat (ser un mateix durant l'entrevista; ser congruent) Compromís (implicació)

D'altra banda, també hem de disposar d'unes habilitats a l'hora de fer una bona entrevista clínica. Aquestes habilitats es poden aprendre i les podem agrupar:

- **Habilitats de procés.** Habilitats de comunicació i interacció durant l'entrevista.
- **Habilitats de contingut.** Saber què hem de preguntar. Impliquen coneixements de psicopatologia infantojuvenil, psicoteràpia... En el cas de l'entrevista diagnòstica, els continguts els teniu recollits en l'apartat anterior sobre la història clínica.
- **Habilitats cognitives.** Capacitat per a generar hipòtesis i preguntes, formular-les i reformular-les simultàniament a la realització de l'entrevista (Ezpeleta, 2001).

Tot seguit destaquem algunes de les **habilitats de procés** bàsiques.

L'**autoobservació** en tot moment durant la sessió ajudarà el psicòleg o psicòloga a ser objectius, a estar alerta davant de situacions amb un elevat risc d'emetre judicis de valor o a mostrar actituds contràries a l'acceptació incondicional. És el primer pas per a **autoregular-nos** durant la sessió. Penseu que l'autoobservació ens permet observar els nostres sentiments davant del que ens explica el pacient, del seu comportament, sentiments o actituds, i també a estar oberts a noves interpretacions que poden sorgir durant l'entrevista i que poden refutar informacions o hipòtesis inicials.

El psicòleg o psicòloga fomenta la percepció d'empatia del pacient mitjançant un **estil comunicatiu i d'interacció obert, flexible, expressiu verbalment i atent**. En les sessions com més parla el terapeuta o la terapeuta menys parla el pacient o la pacient, i a la inversa; aquest efecte l'utilitzem segons les circumstàncies i el moment del procés (d'avaluació o d'intervenció). Per exemple, en la primera sessió sol parlar més el terapeuta o la terapeuta (pretén motivar i reforçar l'expressió verbal del pacient o la pacient), i a mesura que s'aconsegueix l'aliança terapèutica s'inverteixen els temps. Hem de tenir present sempre que depèn de cada model teòric la major o menor participació del psicoterapeuta o la psicoterapeuta, la seva directivitat i el tipus de preguntes que emet (Roji, 1994). En la taula 4 teniu alguns exemples de tècniques verbals i no verbals que podeu utilitzar durant les entrevistes.

Taula 4. Exemples de tècniques d'intervenció en l'entrevista verbals i no verbals (Roji, 1994; Nahoul i González, 2016)

A. Tècniques verbals	
Tècniques no directives	Tècniques directives

Clarificació	Sondeig
Paràfrasi	Interpretació
Reflex	Afirmació de la capacitat
Resum	Confrontació
Autorevelació	Enquadrament
Immediatesa	Interpretació

B. Tècniques no verbals

Dibuix

Joc

Actuació (imitació)

Sincronia del mirall

Llenguatge corporal de l'entrevistador o entrevistadora: inclinació lleugera cap endavant, cap al pacient o la pacient; contacte visual no persistent; postura relaxada i atenta; moviments i gestos suaus, pocs moviments i posició discreta de peus i cames.

Una habilitat bàsica a treballar és **aprendre a escoltar** (captar el missatge apropiadament, processar la informació i transmetre que l'estem captant). L'**escolta activa** implica estar atent tant al llenguatge verbal com al no verbal, a no «desconnectar» del pacient o la pacient; ens ajuda a saber quan hem d'intervenir i quan no, a saber què preguntar i quan. Hem de recordar que en aquells moments *el més important per a nosaltres és el pacient o la pacient*, i és el primer pas per a mostrar l'acceptació incondicional i establir una bona aliança terapèutica. La postura, to de veu, distància interpersonal confortable (que és diferent per a cadascú) i expressions verbals reforçants són alguns dels aspectes que modulem per fomentar l'acceptació. L'ús de tècniques no directives i d'altres recursos (lleugers moviments de cap, expressions verbals que inciten a continuar parlant, etc.) ens ajudaran a mostrar l'interès envers el pacient i també a mantenir la seva atenció i motivació durant l'entrevista⁹. Recordeu que el significat i l'acceptació del llenguatge no verbal varia d'una cultura a una altra, i també entre persones.

Saber preguntar és tant important com saber escoltar, i hi està interrelacionat. **Saber preguntar** vol dir tenir clar el motiu pel qual demanem la informació i per què ho fem en aquell moment, i saber formular les preguntes adequadament per als nostres propòsits. També es relaciona amb les hipòtesis que construïm i reformulem durant tot el procés (Roji, 1994). En la taula 5 podeu trobar algunes recomanacions per a formular preguntes, tot i que s'han d'adaptar al model teòric que seguïu.

⁽⁹⁾Les orientacions que teniu en aquest apartat són generals: sempre les heu d'adaptar als models teòrics seguint-ne les directrius.

Taula 5. Recomanacions per a construir preguntes per a nens o nenes, o adolescents, i adults (Ezpeleta, 2001;Roji, 1994)

Algunes recomanacions per a construir preguntes

- Dirigir sempre les preguntes personalment al pacient, és a dir, dient el seu nom o el pronom *tu* o *vostè*.
- Utilitzar frases clares i simples (subjecte-verb-predicat).
- Evitar frases llargues, subordinades i l'ús de passives.
- Evitar preguntes negatives.
- Utilitzar noms en lloc de pronoms (*aquell, allò, ella*) per a evitar ambigüitats.
- Escollir els termes adequats i lliures de connotacions.
- Utilitzar un enunciat de pregunta que no dirigeixi la resposta. Per exemple: «El teu pare et renya molt?»
- Utilitzar un llenguatge comprensible i adequat a l'edat i escolaritat del pacient o la pacient i al seu nivell cultural.
- Preguntar un concepte per pregunta.
- Fer la pregunta principal primer i les complementàries després.
- Recordar que el pacient o la pacient ha de conèixer la resposta.
- Defugir les preguntes que impliquin categoritzar els altres.
- No utilitzar enunciats de preguntes ni molt generals ni molt específics. Volem evitar respostes genèriques o irrelevantes (massa específiques).
- Utilitzar preguntes en les quals exposem tota la informació que cal per a poder-les respondre per a evitar que el pacient hagi d'inferir informacions o ajudar-se del context.
- Evitar l'ús de frases fetes que poden dificultar la comprensió de la pregunta.
- Preveure la resposta emocional del pacient o la pacient davant la pregunta, i valorar si cal aplicar-la o no.
- Tenir diferents formulacions de la mateixa pregunta per poder-les aplicar en cas de manca de comprensió, reacció emocional adversa o altres inconvenients.
- Evitar interrompre el pacient o la pacient.
- Preguntar els aspectes més generals primer i els més particulars després quan cal entrar en detalls sobre una qüestió.
- Evitar preguntes de format sí/no, ja que hi ha nens o nenes que tenen la tendència a estar d'acord sempre amb els adults.
- Evitar referències cronològiques imprecises (p. ex., *algun dia*).
- No utilitzar parla infantil amb nens o nenes.
- No endevinar el que ens vol dir l'entrevistat o entrevistada, sinó demanar-li que repeteixi o preguntar-lo per aclarir.
- Explicar què volem dir en cas de paraules amb interpretacions diferents, especialment amb nens o nenes.
- Pronunciar bé, de manera clara.
- No utilitzar terminologia complicada o tècnica, especialment amb nens o nenes.

Alguns dels **errors del psicòleg o psicòloga** que cal evitar durant les comunicacions verbals emeses en les entrevistes i psicoteràpia (Roji, 1994) són:

- Incongruències en els missatges o entre el llenguatge verbal i el no verbal.
- Llenguatge no verbal que inclou: creuar els braços sobre el pit; col·locar el cos cap enrere; fer contacte visual ocasional; col·locar les cames creuades en direcció contrària del client o la client; envair l'espai personal del pacient o la pacient; elevar el to de veu, mirar constantment el rellotge, etc.
- No respecte pels silencis del pacient o la pacient, o interrupcions.
- Falta de coneixement o ignorància de les expectatives del pacient o la pacient, i dels clients o les clients.
- «Interrogatoris», sermons i converses trivials.
- Utilització de preguntes que comencen amb *per què*.
- Ús freqüent de llenguatge tècnic.
- Bombardeig a l'entrevistat amb diverses preguntes seguides.
- Autorevelacions extenses o que no tenen relació amb el tema que treballam.

- Preguntes ambigües quan volem obtenir una informació concreta.

2.4. Especificitats de l'entrevista en psicologia infantojuvenil

Abans de centrar-nos en alguns aspectes específics de l'entrevista, recordem alguns aspectes indispensables a tenir presents en psicologia infantil i juvenil (Comeche i Vallejo, 2016):

- *Client* (pares) no és sinònim de *pacient* (fill o filla).
- Treballem amb diferents actors (pares, nen o nena, escola...) i en diferents ambients.
- Tenim diferents informants amb diferents sistemes de valors i creences.
- Treballem amb diferents coterapeutes no professionals (pares, mestres...).
- El nen o nena o l'adolescent no sempre acudeix per voluntat pròpia.
- El nen o nena o l'adolescent té dret a la informació, la intimitat, la confidencialitat i la participació en les decisions.
- S'ha de tenir en compte el desenvolupament evolutiu del nen o nena o l'adolescent.
- El psicòleg o psicòloga infantojuvenil no ha d'assumir papers o una autoritat (amic o amiga, pare o mare, mestre o mestra...) que no li pertoquen com a professional.
- És molt important diferenciar i establir límits entre la responsabilitat del psicoterapeuta o la psicoterapeuta i la de la resta de participants.

2.4.1. Entrevista amb els pares

La **primera entrevista** que fem hauria d'incloure sempre els pares i, depenent del model teòric utilitzat i del nostre criteri, el nen o nena o l'adolescent. El motiu principal per a incloure els progenitors és que actualment hem de tenir signat el consentiment per part d'ambdós pares abans de parlar amb un menor o una menor d'edat. Per tant, començarem la sessió tractant els aspectes formals previs a l'entrevista i informant sobre el context terapèutic: signarem el document de la llei de protecció de dades; signarem el consentiment informat; explicarem el nostre model terapèutic, les característiques del treball, en què podem ajudar i en què no, i informarem sobre tarifes, horaris, freqüència i durada de les sessions (us recomanem facilitar sempre les tarifes per escrit i ser molt clars).

Respecte al fet de si el nen o nena o l'adolescent ha de participar en la primera sessió, alguns motius per a fer-la únicament amb els pares (Comeche i Vallejo, 2016) són:

- Es pot parlar de certs temes (relació entre els pares, perspectiva del problema i de la seva causa que té cadascun...) sense la presència del nen o nena o l'adolescent.

- Els pares solen estar més angoixats pel problema que el pacient o la pacient i, per tant, recomanem fer la primera sessió amb ells.

Després de la sessió amb els pares, cal entrevistar el nen o nena o l'adolescent amb els pares, i finalment el nen o nena o l'adolescent en solitari. No obstant això, aquest ordre el podem canviar si ho considerem convenient o si així ho requereix el nostre model teòric. Si canviem l'ordre, hem de recordar que els pares han de signar el consentiment informat abans de la interacció amb el menor o la menor. Pel que fa a la primera sessió amb un adolescent o una adolescent, fer primer l'entrevista només amb els pares pot provocar el seu recel, la seva desconfiança i el seu tancament: imagineu una noia de 17 anys amb un possible trastorn negativista desafiant que acudeix a consulta obligada pels pares. Una possible solució és convidar els pares i la noia a entrar, fer les presentacions, exposar els aspectes bàsics del consentiment informat i signar-lo. A continuació, podem demanar als pares que esperin a la sala d'espera mentre fem l'entrevista amb la noia. Amb ella pactarem les entrevistes posteriors que farem amb els pares.

Penseu que en la primera entrevista, els pares o el pacient o la pacient no ens coneixen i, fins i tot, pot ser el primer cop que vagin al psicòleg o psicòloga. A més, els pares es poden sentir «culpables», impotents o fracassats pel problema del seu fill o filla. Per això, és extremadament important tenir una actitud respectuosa, oberta, cordial i d'acceptació incondicional, a més de ser molt clars en els objectius de la teràpia, en què els podem ajudar i en què no. Això els ajudarà a formar-se expectatives realistes i a entendre en què consisteix el procés psicoterapèutic i les seves «regles del joc», i també a començar a establir l'aliança terapèutica. Per a això, també és bàsic que els aclarim tots els dubtes que puguin tenir.

L'**observació** dels pares durant les entrevistes ens ajudarà tant en el procés de generar hipòtesis del problema com en la intervenció. Cal observar els progenitors junts i per separat, tant amb el fill o filla com sense (Comeche i Vallejo, 2016; Ezpeleta, 2001). En l'apartat següent (2.4.2, *Entrevista amb el nen o nena o l'adolescent*) trobareu què hem d'observar en el nen o nena o l'adolescent que es pugui aplicar en general als pares, mestres o altres persones que entrevistem (adaptant-ho mínimament). Com sempre, ho recollirem en la història clínica.

El contingut a preguntar en l'entrevista diagnòstica amb els pares el teniu descrit en l'apartat 1.2, *L'anamnesi*. D'aquestes entrevistes és clau extreure el grau de motivació, col·laboració i implicació que cadascun dels progenitors poden assumir, sobretot amb vista a la futura intervenció psicològica. Aspectes com l'estil educatiu, l'arquetip, el temperament i trets de caràcter, la història de vida, el llenguatge verbal i no verbal, l'actitud, els comentaris, i altres informacions obtingudes ens orientaran. També ens interessa conèixer els seus recursos i reforçar els seus punts forts. És a dir, ens cal saber fins on poden arribar, què poden sostenir i en què podem comptar amb ells com a coterapeutes. Per exemple, en una intervenció cognitivoconductual feta amb la noia anterior

de 17 anys, que presentava un trastorn negativista desafiament, demanarem als pares que estableixin límits, entre altres aspectes. Per tant, ens cal saber prèviament si poden o volen sostenir l'augment de les conductes disruptives de la filla que sorgiran com a resposta.

Conèixer els **estils educatius** o pautes de criança, a més d'aportar-nos informació dels pares, ens aporta informació relacionada directament amb el nen o nena o l'adolescent. Pensem en el paper dels estils educatius com a factors de risc d'alguns trastorns mentals (depressió, trastorns del comportament...) i la seva repercussió en l'autoestima, el desenvolupament de vincles emocionals, la competència social i el rendiment acadèmic del nen o nena o l'adolescent (Cormeche i Vallejo, 2016). Els estils educatius de MacCoby i Martin (1983) es classifiquen en quatre subtipus, depenent del nivell de control (grau d'exigència o pressió que exerceixen els progenitors sobre els fills per aconseguir els objectius educatius requerits) o nivell d'afecte dels pares (percepció i receptivitat a les demandes dels fills). Els subtipus són:

- Autoritari: molt exigent i no receptiu.
- Democràtic: exigent i receptiu alhora.
- Permissiu o indulgent: molt receptiu i poc exigent.
- Indiferent: poc exigent i poc receptiu.

Taula 6. Arquetips de pares de Fodor, Moleres i Morán, 2004 (Fodor i Morán, 2012)

Arquetips de pares (Fodor *et al.*, 2004)

Pares madurs

Pares: són tolerants, no són permissius, tenen autoritat i no són autoritaris.

Fills: són responsables, autònoms; se senten estimats, respectats i tinguts en compte.

Pares autoritaris

Pares: són rígids, poc flexibles i usen l'autoritarisme.

Fills: reprimeixen l'agressivitat o són rebels, no saben donar i rebre afecte.

Pares sobreprotectors

Pares: no deixen escollir al nen o nena (ho fan per ell).

Fills: tenen baixa tolerància a la frustració, són impacients, tirànics amb els pares, insegurs i submisos amb la resta, i tenen baixa autoestima.

Pares directius

Pares: dirigeixen totes les activitats del fill o filla, són invasius, perfeccionistes i tenen una exigència elevada.

Fills: són submisos, ansiosos, no creatius i consideren el respecte a l'altre com a sinònim d'imposició de normes.

Pares permissius

Pares: són absents, permissius i no saben imposar la seva autoritat.

Fills: són insegurs, mandrosos, no saben interioritzar normes morals, són ansiosos i tenen una manca de motivació.

Pares ansiosos

Pares: dramatitzen les situacions, són manipuladors, eviten responsabilitats i veuen el món com a amenaçador.

Fills: són porucs, es bloquegen davant de problemes vitals, senten angoixa, somatitzen, no assumeixen responsabilitats i són conflictius en les relacions amb els altres.

En el procés d'avaluació o intervenció, i per tant en les entrevistes, és molt freqüent que apareguin **dificultats amb els pares** (Comeche i Vallejo, 2016; Ortigosa, Méndez i Riquelme, 2014), per exemple:

- Posar en dubte l'existència del problema.
- Ser impacients.
- Intentar preservar la seva imatge no facilitant tota la informació.
- Tenir expectatives equivocades i no basades en la informació donada.
- No portar a terme les pautes acordades.
- No confiar en l'eficàcia de la intervenció o en el terapeuta o la terapeuta.
- Presentar queixes sobre aspectes econòmics, horaris...

Alguns d'aquests problemes els podem **prevenir, anticipar i/o reconduir** gràcies a les habilitats següents:

- Conèixer els estils educatius dels progenitors.
- Saber quins són els arquetips dels pares (vegeu la taula 6).
- Estar atents a les seves actituds i al llenguatge no verbal.
- Donar-los informació clara, detallada i no ambigua.
- Utilitzar l'empatia.
- Tenir molta paciència.
- Ser respectuosos.
- Ser honestos.

Finalment, i si ens cal, recomanem tenir la suficient humilitat per a derivar-los quan no aconseguim resoldre la dificultat o acordar l'alta, ja que no sempre depèn de nosaltres solucionar-ho (guanys secundaris dels pares quan, per exemple, sol·liciten un ajut públic que requereix una avaluació psicològica prèvia) o simplement no en sabem més.

2.4.2. Entrevista amb el nen o nena o l'adolescent

En l'**entrevista inicial** amb el nen o nena o l'adolescent ens cal tenir present o esbrinar la seva edat cronològica, el nivell de desenvolupament i el quocient intel·lectual (QI) orientatiu, per a determinar, entre d'altres:

- la seva capacitat a l'hora de comprendre i respondre preguntes;
- la seva capacitat cognitiva en funcions executives (raonaments del tipus causa-conseqüència, resolució de problemes...);
- la seva capacitat d'introspecció o *insight*: capacitat per a percebre i entendre que hi ha un problema, avaluar-ne les possibles causes i arribar a una possible solució.

Aquestes dades ens guiaran en la planificació i realització de l'entrevista¹⁰, en les tècniques a utilitzar i en l'adaptació del nostre llenguatge perquè sigui comprensible per al nen o nena (Comeche i Vallejo, 2016). En l'apartat 1.2, *L'anamnesi* teniu indicat el contingut que cal recollir en l'entrevista diagnòstica amb el nen o nena o l'adolescent.

⁽¹⁰⁾Encara que parlem d'entrevista en singular, al llarg del mòdul incloem en aquest terme les diferents entrevistes que fem per obtenir les dades de l'anamnesi, etc.

En la primera entrevista és molt important començar per presentar-nos i preguntar i/o explicar al nen o nena o l'adolescent qui som, què fa un terapeuta o una terapeuta, el propòsit de l'entrevista, en què el podem ajudar i com treballarem. En cas de nens o nenes petits ens podem ajudar amb contes. També establím les regles de la sessió o el **contracte terapèutic** (vegeu la taula 7).

Taula 7. Aspectes a exposar en el contracte terapèutic dirigit a nens o nenes o adolescents

Aspectes a exposar en el contracte terapèutic dirigit a nens o nenes o adolescents

- Mantenim confidencialitat: «el que aquí es parla no s'explica fora d'aquí a menys que sigui una cosa greu, perillosa, i en aquest cas ho haurem de comentar als pares».
- No es pot mentir: «si no vols parlar d'una cosa, ho pots dir».
- No et jutjaré: «no m'enfadaré pel que m'expliquis».
- Ens tractem amb respecte.
- Establim o recordem l'horari, freqüència i durada de les sessions; parlem del preu, de la necessitat d'avisar quan no es pugui assistir a les sessions, i de les conseqüències de no assistir o anul·lar visites (si es cobra la visita, les repercussions en el tractament...), com també de la durada estimada del tractament.

Respecte a la presència o no dels **pares en les entrevistes**, és recomanable que hi siguin com a mínim en la primera entrevista amb el nen o nena o l'adolescent, però això depèn de l'edat del menor o la menor i també del cas (p. ex., en casos de maltractaments o abusos). En nens o nenes menors de 4 anys, les entrevistes i les sessions d'avaluació se solen fer amb un dels pares presents al començament o durant tota la sessió. És recomanable fer una separació progressiva entre el fill o filla i els pares si és possible. En cas de nens o nenes més grans, i sobretot en adolescents, és important fer entrevistes sense els pares. Així donem l'oportunitat al nen o nena o l'adolescent d'explicar-nos coses confidencials o privades, i d'assumir un paper diferent del que mostra davant dels pares, a part d'evitar interferències paternes involuntàries que poden obstaculitzar l'avaluació o la intervenció. Novament, el nostre model terapèutic (p. ex., teràpia sistèmica) determinarà la major o menor presència dels pares en les sessions.

També és bàsic **adaptar-nos** sempre a les necessitats del nen o nena: per exemple, fer l'avaluació asseguts a terra; en la sessió fer activitats curtes i anar canviant-les en nens o nenes actius o amb baixa atenció; utilitzar jocs o dibuixos. Penseu també en la importància de l'espai físic (lloc endreçat, silencis, sense distractors ni coses que es trenquin fàcilment...), de la vostra flexibilitat i de tenir a l'abast diferents materials per a treballar amb nens o nenes de diferents edats. A més de tenir en compte els aspectes evolutius a l'hora de fer les pre-

güntes (vegeu la taula 8) i recordar que cal evitar preguntes que facilitin la tendència dels nens o nenes a dir-nos el que ells creuen que esperem d'ells (Comeche i Vallejo, 2016).

Taula 8. Aspectes evolutius genèrics a tenir en compte (Comeche i Vallejo, 2016; Montoya-Castilla, 2018)

Llenguatge

Els llenguatges comprensiu i expressiu a 4,5 anys estan desenvolupats.

Pregüntes

Les preguntes *què, qui i on* són més fàcils que *quan, com i per què*.

Cap a 17 mesos

No entenen sempre les preguntes.

Poden entendre que algunes preguntes es responen amb sí o no.

A 20-22 mesos

Poden respondre a preguntes tancades afirmatives.

Cap a 30 mesos

Poden respondre a preguntes tancades negatives.

En edat preescolar

Són millors les preguntes específiques o tancades, per a facilitar-ne el record.

Abans de 7 anys

Els costa respondre preguntes sobre fets, objectes o persones que no estan presents. Cal ajudar-se de joguets, objectes o dibuixos que ensenyin concretament el que demanem.

A partir de 8 anys

Responen les preguntes *quan, com i per què*.

Poden contestar les preguntes obertes amb respostes àmplies.

Temporalitat

Fins a 5 anys no entenen el concepte de temps, l'associen a les rutines («hora d'aixecar-se» en lloc de «matí»); a 6-8 anys coneixen els dies de la setmana, els mesos i les hores, i poden determinar el temps que dura una activitat; a 9-11 anys entenen les dates, les edats i els anys; cap a 14 anys entenen la idea de futur.

Memòria

Els nens o nenes recorden millor els esdeveniments viscuts i que comprenen.

A partir de 10 anys el seu record és equivalent al dels adults.

Concepte d'un mateix

Fins a 3 anys el jo es basa en la identificació visual i la descripció física; a 4-6 anys inclouen les conductes i activitats que fan; a 7-11 anys poden identificar els seus atributs psicològics i distingir les seves característiques físiques i mentals; a 12-16 anys la seva autodescripció inclou constructes psicològics, creences i valors.

Cognició social

Fins a 8 anys les descripcions dels altres són autoreferencials i generals; a partir de 7/8 anys comencen a reflexionar sobre el que els altres pensen d'ells; a l'adolescència s'integren els diferents trets d'una persona, fins i tot els contradictoris.

Comprensió de les emocions

A 3-5 anys identifiquen la felicitat, la tristesa i l'enuig. A 8 anys expressen la por i l'enuig verbalment d'una manera hàbil; entenen les emocions a partir de la seva experiència i aprenen que les emocions es poden controlar i que poden explicar-les. A 11 anys comprenen que hi pot haver sentiments positius i negatius envers una mateixa persona simultàniament i que es poden expressar emocions en contradicció.

Tal com hem dit, l'**observació** del nen o nena o l'adolescent i dels progenitors és un aspecte fonamental de la primera entrevista, que recollim en l'anamnesi i que també hem de tenir present al llarg de les diferents entrevistes. L'observació s'inicia tan bon punt veiem els pares i el pacient o la pacient entrar per la porta o a la sala d'espera. Els aspectes a observar els podem agrupar (Boggs i Eyberg, 1990; Enseñat, Roig i García, 2015) en els següents:

- **Aparença general.** Aspecte físic (apropiat per a l'edat, estrany, amb signes de maltractament o negligència), en relació amb la salut i nutrició (aspecte cansat...), amb la higiene i vestit...
- **Conducta motora.** Coordinació de la marxa i equilibri, hiperactivitat, alentiment, inquietud o intranquil·litat, estereotípies, compulsions o rituals, autolesions, tics...
- **Parla, llenguatge i comunicació.** Observem:
 - Forma: fluïdesa, volum, articulació i prosòdia, construccions gramaticals, sintaxi i comprensió.
 - Contingut: riquesa o pobresa, vocabulari, termes i expressions que utilitza, llenguatge abstracte, semàntica, capacitat per a transmetre el que pensa, etc.
 - Interacció verbal: diàleg (l'inicia fàcilment, parla espontàniament, etc.), respostes (ràpides, dins de context, etc.) i discurs (organitzat, coherent, etc.); funcionament dels torns de paraula, adequació del llenguatge no verbal amb el verbal, flexibilitat per a canviar de tema; contacte ocular, expressió facial i corporal (tensió, postura...), gestos, característiques del *rapport*, capacitat per a comunicar-se...
- **Funcionament intel·lectual i capacitats cognitives.** Es tracta d'observar el funcionament cognitiu del nen o nena o l'adolescent durant l'entrevista. Ens ajuda a detectar senyals d'avís de possibles trastorns, i a saber com ens hem de dirigir-hi i actuar amb ell. Principalment, ens centrem en el QI (baix, mitjà o alt), la capacitat atencional, d'organització, l'aprenentatge i la memòria. Penseu que ens interessa observar a grans trets el rendiment cognitiu del nen o nena per detectar possibles dificultats o punts forts que posteriorment corroborarem amb l'aplicació de les proves psicomètriques en l'avaluació. El rendiment en aquestes proves és el que ens indicarà el seu funcionament cognitiu.
- **Pensament, percepció, afecte i emocions.** Al·lucinacions, deliris, canvis d'humor, afecte incongruent o retraïment; autoestima, empatia, assertivitat, suspicàcia, les emocions que expressa predominantment i les que no manifesta; si manifesta por, vergonya, ràbia, preocupacions, ansietat en separar-se dels pares...
- **Actitud i conducta durant l'entrevista.** Estrès o ansietat en l'entrevista; grau de col·laboració i de motivació; actitud desconfiada, prudent o oberta, crítica envers els pares o mestres, engany, explicació de coses en confiança; consciència alterada; comportament impulsiu o reflexiu; forma de relacionar-se amb els pares i amb el psicoterapeuta; ús del sentit de l'humor, conducta i actitud adequada a la situació; necessitat d'aprovació, oposici-

onisme, submissió, agressivitat verbal i/o física, baixa tolerància a la frustració...

Ens cal també observar l'actitud i conducta que mostra quan està a soles amb nosaltres en la sessió i la que presenta quan està acompanyat dels pares, i si mostra una actitud o comportament diferent depenent del progenitor present.

- **Comprensió i consciència del problema.** Nivell de capacitat que presenta per a entendre el problema, tot el que implica i les seves conseqüències, i el grau de motivació pel canvi que observem.

2.4.3. Entrevista de devolució

L'entrevista de devolució es fa al final del procés d'avaluació. En aquest moment expliquem als pares i al pacient o la pacient els resultats indicant els punts forts i les dificultats presents en el nen o nena o l'adolescent; el diagnòstic o judici clínic; facilitem les recomanacions (intervencions psicològiques o no recomanades, derivacions a altres professionals, etc.), i entreguem i expliquem l'informe psicològic. La devolució es fa als pares i al nen o nena o l'adolescent adaptant-la perquè sigui comprensible. En el cas dels adolescents, cal informar-los prèviament de la informació que facilitarem als pares. En l'apartat de l'HC 1.6, *Devolució* teniu indicats els aspectes a anotar.

És imprescindible integrar els progenitors i el pacient en la devolució. Que la comunicació sigui bidireccional i no un «monòleg professional» ens ajuda perquè entenguin el que diem i a fomentar la seva col·laboració. Durant la devolució és recomanable fer preguntes als pares i al nen o nena o l'adolescent per a verificar el grau de comprensió de la informació facilitada i afegir el que calgui. També els podem demanar la seva opinió sobre els punts forts i febles que hem detectat, sobre la personalitat del nen o nena, etc. (Fejerman i Graña, 2017). Això ens ajudarà a tenir més informació amb vista a la intervenció i sobretot a treballar l'aliança terapèutica.

La devolució és recomanable fer-la amb els pares i posteriorment amb ells i el nen o nena o l'adolescent, o bé fer-la separatament en el cas d'adolescents. Sempre cal valorar cada cas i el que «encaixa» millor amb l'estil de la família. També és imprescindible acordar amb el pares (consentiment informat) les devolucions que farem a altres professionals (psicopedagog o psicopedagoga, logopeda, monitor o monitora del casal...) que treballen amb el nen o nena o que ens han fet la derivació. Cal seleccionar la informació que facilitarem a cadascun i el llenguatge que utilitzarem; per motiu de confidencialitat, donarem la informació imprescindible perquè puguin dur a terme la feina.

En els casos en què la devolució implica l'alta del pacient «i pares», no hem de concloure la relació psicoterapèutica de manera brusca ni sense avís previ. El nen o nena o l'adolescent ho ha de saber amb temps i conèixer-ne el motiu. Recordeu que encara que estiguem en el procés d'avaluació ja estem creant un vincle emocional amb el pacient.

2.5. Qüestions per reflexionar

Tal com heu vist, l'entrevista és l'eina bàsica del psicòleg o psicòloga infanto-juvenil. Tot seguit us plantejarem alguns exemples de situacions que tenen lloc en diferents entrevistes psicològiques perquè hi reflexioneu:

- La Sílvia té 16 anys i és derivada des de l'hospital de dia amb un diagnòstic de trastorn de comportament. És el primer cop que acudeixen a la nostra consulta tant els pares com ella. Amb qui començaries l'entrevista? Amb tots junts, únicament amb els pares o només amb ella?
- Estàs fent una entrevista a un nen de 5 anys per primer cop. Els pares són a la sala d'espera i tu has fet entrar sol el nen al teu despatx. El nen no parla, està assegut al sofà i no et mira als ulls. Què faries? Li faries preguntes? Com anotaries aquesta situació en la història clínica?
- Seguim amb el cas anterior. És la segona entrevista que fas amb el nen i està còmode i participatiu. Com duries a terme les preguntes? En pots escriure algunes?
- En Marc, de 4 anys, està assegut al costat de la seva mare. És el primer cop que acudeix al psicòleg o psicòloga. El pare no ha pogut assistir a la sessió. El dia abans hem fet la primera entrevista amb els pares, sense en Marc. Cada cop que fem alguna pregunta al nen contesta la mare. Recordem a la mare que les preguntes són per al nen. Continua contestant ella. Què faries en aquest cas? Creus que l'ordre que hem seguit en les entrevistes (primer amb els pares i segon amb la mare i el nen) i els participants de cadascuna són adequats? Ho faries diferent?
- La Magda, de 16 anys, acudeix per primer cop a consulta a petició pròpia per un problema psicoemocional. Acudeix a la sessió amb els pares. Fem la primera entrevista amb la noia i la següent només amb els pares. El psicòleg o psicòloga segueix el model cognitivoconductual. Creus que l'ordre d'entrevistes és l'adequat? Què hem de tenir present si seguim aquest ordre? Seguiries un ordre diferent?

3. L'informe psicològic infantojuvenil

3.1. Definició i característiques

L'informe psicològic és un document que pretén comunicar, i deixar per escrit, informació del procés d'avaluació o de la intervenció psicològica. No hi ha un model universal consensuat. El psicòleg o psicòloga escull la informació que ha d'incloure. Per a fer-ho, considera principalment la finalitat de l'informe, a qui va dirigit, la confidencialitat i la privacitat del pacient i la família.

L'informe ha de ser neutre, lliure d'implicacions emocionals, interessos i pressions externes. Ha de contenir la informació pertinent i rellevant que volem transmetre al destinatari o destinatària. Per tant, no elaborem el mateix informe per a un psiquiatre o psiquiatra que per un mestre o mestra. La informació que cadascun d'ells necessita no és la mateixa. Recordeu que, a més, no ha de violar la confidencialitat ni privacitat del pacient o la pacient i progenitors. És a dir, hem d'incloure-hi les dades imprescindibles i necessàries per al receptor o receptora. L'informe també ha de ser objectiu i comprensible. Com més senzill, clar i organitzat millor.

Reflexió

Fem un informe d'un nen de 8 anys a qui hem diagnosticat un TDAH inatent. L'informe va dirigit al seu mestre i pretén donar-li pautes per a ajudar a centrar l'atenció dins l'aula. En l'informe inclouríeu el càncer de pit de la mare? Fa 15 anys li van donar l'alta. Actualment té molt bona salut.

No hi ha un **format** únic d'informe. Es poden considerar informes:

- L'informe automàtic fet pel programa informàtic del WISC-V (Wechsler, 2015).
- Un informe resum del procés d'avaluació diagnòstica.
- Una nota enviada a un altre professional de la salut que recomana una valoració per un determinat motiu.
- Un informe de l'estat actual de la psicoteràpia.
- Una carta per al mestre o mestra on li demanem la col·laboració i li expliquem el que cal fer. Per exemple: «Estem treballant l'ús de l'agenda amb la tècnica d'autoinstruccions».
- Informes per a sol·licitar beques d'ensenyament en casos de dislèxia, altes capacitats, etc. Consisteixen a omplir els camps indicats del full de sol·licitud.
- Informes per a companyies asseguradores, mútues...

Respecte al grau de formalitat, depèn novament de l'objectiu i del receptor o receptora. En informes diagnòstics utilitzarem una estructura i un llenguatge clarament formals. En notes a altres professionals podem ser més informals. En qualsevol cas, hem de ser respectuosos, utilitzar un llenguatge apropiat i mantenir la confidencialitat.

En general, no entregarem mai un informe a tercers: sempre l'entregarem als progenitors o als tutors legals. No obstant això, pot haver-hi ocasions en què les companyies asseguradores o mútues ens hagin derivat el pacient o la pacient i els fem arribar l'informe directament a ells. En aquests casos comptarem prèviament amb el consentiment signat pels progenitors o tutors legals. També ens cal el seu consentiment escrit per a fer coordinacions amb l'escola i altres professionals.

Sempre que entreguem un informe als progenitors, cal explicar-lo, assegurar-nos que l'han comprès i que estan d'acord amb la informació que inclou. Per exemple, redactem un informe diagnòstic i l'expliquem als pares. El pare ens diu que no vol que consti que ha patit un càncer de pròstata. Actualment està en seguiment. Nosaltres volem que hi consti donada la repercussió que ha tingut en el fill o filla. Pactem amb el pare el contingut. En lloc d'escriure «procés oncològic en familiar de primer grau», finalment acordem escriure «malaltia greu de familiar de primer grau, actualment en remissió i seguiment».

3.2. Recomanacions en la redacció d'un informe

Tal com ja hem dit, l'informe ha de ser clar, senzill, estructurat i facilitar la informació exclusivament necessària per al receptor o receptora.

Algunes recomanacions pràctiques de redacció són les següents:

- Cal evitar referir-nos al pacient o la pacient amb el nom del trastorn, per exemple, «pacient ansiosa». Per a referir-nos-hi, direm: «nena amb trastorn d'ansietat». També és millor anomenar-la pel seu nom que amb el terme *pacient* (Enseñat, Roig i García, 2015).
- És preferible no utilitzar molta terminologia psicològica. No obstant això, quan volem descriure conductes que poden ser mal interpretades per persones profanes, és recomanable fer-ho. Per exemple, escriure «estil educatiu autoritari» és millor que indicar «poc receptiu a les necessitats del fill i molt exigent».
- És recomanable no utilitzar sigles. Si anomenem els termes molts cops, el primer cop podem escriure el nom complet i indicar la sigla entre parèntesis. Posteriorment, ja podem utilitzar únicament la sigla.

- Seguint les recomanacions per a informes forenses, quan ens referim al que diuen altres cal utilitzar termes com *afirmen, refereixen, exposen...*
 - Quan escrivim comentaris literals d'altres, s'ha de deixar molt clar que no són nostres. Cal utilitzar dos punts i cometes. Per exemple, «El pare afirma: “És molt desendregat. Hem de dir-li molts cops que faci les coses i no escolta”».
 - Són millors informes breus que molt extensos sempre que es pugui.
 - És important recolzar el que afirmem amb evidències científiques, i per això és important escriure les puntuacions obtingudes en els tests aplicats. També cal que fem servir les darreres versions dels tests i els barems més recents, a més de fer servir proves fiables i vàlides des del punt de vista psicomètric.
 - Cal evitar frases que donen lloc a ambigüitats o que inclouen moltes idees.
 - Cal cuidar els aspectes de format, gramàtica i ortografia.
 - Cal no donar mai opinions personals del tipus «crec/penso» ni del tipus «en la meva gran experiència», «en la meva opinió». Les nostres afirmacions no s'han de basar mai en opinions ni únicament en l'experiència, sinó en el judici clínic (coneixements més competències professionals més informació del cas més evidències científiques). Per exemple, podem recomanar el tractament cognitivoconductual seguint la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* (Grupo de Trabajo de la GPC de TDAH, 2010), elaborada pel Ministeri de Sanitat i la Fundació Sant Joan de Déu.
 - En la conclusió, en escriure el diagnòstic cal utilitzar termes com «compatible amb» abans d'indicar el trastorn, de manera similar als informes forenses. Per exemple, en la conclusió de l'informe, en lloc d'afirmar «Diagnòstic 314.01 (F90.1) Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat de predomini hiperactiu-impulsiu, de gravetat lleu», és més recomanable escriure «La simptomatologia que presenta en Lluís i els resultats de les proves aplicades són compatibles amb un 314.01 (F90.1) Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat de predomini hiperactiu-impulsiu, de gravetat lleu».
- Encara que nosaltres no fem un informe forense, a vegades els informes arriben als tribunals (per separacions i custòdies dels fills...). Per tant, cal ser sempre molt prudent a l'hora de deixar informació per escrit. A més, al peu de l'informe podeu indicar que «*aquest informe té validesa assistencial, no jurídica*». Així en deixem clara la finalitat. Els informes forenses, a part de recollir molta informació que nosaltres no hem aplegat o valorat, van

Reflexió

Un test de l'any 1993 reflecteix la nostra cultura, educació i societat actual? Aplicaríeu l'escala de Wechsler per a infants revisada WISC-R (Wechsler, 1993) i els seus barems actualment?

Nota

La regulació de la psicologia en l'àmbit sanitari està publicada en el BOE 240 del 5/10/2011 d'acord amb l'article 6.4 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre.

orientats a altres finalitats com determinar qui ha de tenir la custòdia, si hi ha maltractaments, seqüeles, etc.

- Com que no som metges, no podem recomanar cap tractament farmacològic. Però sí que podem indicar, en les recomanacions: «Derivació a psiquiatria per a valorar la possibilitat d'introduir un tractament farmacològic per a aquesta simptomatologia».
- En cas de ser psicòleg o psicòloga general sanitari o sanitària i no especialista en clínica, recordeu ser molt prudents a l'hora d'utilitzar el terme *diagnòstic* en un informe. Els psicòlegs o psicòlogues sanitaris poden fer promoció i milloria de la salut, avaluació i intervenció, però la regulació no especifica que puguin emetre diagnòstics. Per això, el penúltim apartat de l'informe l'hem anomenat «Conclusió» i no «Judici diagnòstic» (3.3.10, *Conclusió*).

3.3. Informe diagnòstic

Tot seguit, us proposem l'estructura d'un informe orientat a comunicar els resultats del procés d'avaluació (vegeu la taula 9). Tal com podeu veure, el contingut segueix l'estructura de la història clínica. Si hem recollit tota la informació de manera estructurada amb un llenguatge acurat i apropiat, ens serà senzill elaborar l'informe.

Taula 9. Contingut bàsic de l'informe diagnòstic

Contingut bàsic d'un informe resum del procés d'avaluació

- Dades identificatives i de col·legiació del psicòleg o psicòloga
- Dades identificatives del pacient o la pacient
- Derivació i motiu de consulta
- Situació familiar i social
- Antecedents familiars
- Antecedents personals
- Entrevistes i observacions
- Proves aplicades i resultats
- Interpretació dels resultats
- Judici clínic - conclusió
- Recomanacions
- Data i signatura

3.3.1. Dades identificatives i de col·legiació del psicòleg o psicòloga

En l'informe hem d'incloure:

- el nostre nom i cognoms
- el número de col·legiació
- les nostres dades de contacte

Les dades de contacte poden ser en l'encapçalament del document. El nom del col·legi professional pot constar al final del document, juntament amb el número de col·legiació i la signatura (vegeu la taula 10 i la taula 15).

3.3.2. Dades identificatives del pacient o la pacient

Comencem la redacció de l'informe informant de les dades següents:

- nom i cognom del pacient o la pacient
- edat
- sexe
- llengua materna
- dominància manual
- curs escolar
- estat civil i professió

També s'hi pot incloure el número del seu document d'identificació i el número de la història. L'objectiu és identificar clarament que l'informe parla d'aquesta persona i no d'una altra. Recordeu que és un document sobre la salut d'una persona i que té repercussions legals. Si ho creiem rellevant, també podem incloure-hi la seva nacionalitat.

Respecte a l'edat, és important especificar els anys i els mesos en el moment de l'avaluació o bé incloure la data de naixement. L'estat civil i la professió els podeu obviar en cas de nens o nenes petits o si ho considereu oportú.

En la taula 10 teniu diferents exemples de com incloure les dades d'identificació del psicòleg o psicòloga i del pacient o la pacient, i el motiu de consulta.

Taula 10. Exemples d'algunes parts de diferents informes psicològics

<p>Maria Inventat Inventat Telèfon: 997664321 ma@uoc.edu Elsabre del Politecn, 156 08018 Barcelona</p> <p style="text-align: center;">INFORME PSICOLÒGIC</p> <p>La Srta. XXXX de 8 anys i 3 mesos, dona, catalanoparlant, dretana, cursa 3r de primària, soltera i de professió estudiant, acudeix a consulta a petició dels pares. Els pares refereixen problemes atencional i baix rendiment escolar. Es realitza avaluació psicològica el 21/02/19.</p> <p>(Resta apartats informe)</p> <p style="text-align: right;">Barcelona, 16 d'abril de 2019</p> <p>Maria Inventat Inventat No Col. COPC: 1234567 Psicòloga infantojuvenil</p>	<p style="text-align: right;">Telèfon: 997664321 ma@uoc.edu</p> <p style="text-align: center;">INFORME PSICOLÒGIC</p> <p>DADES IDENTIFICATIVES DEL PACIENT:</p> <p>Nom i cognoms: Data de naixement: Edat: Llengua materna: Nivell educatiu: Dominància manual:</p> <p>MOTIU DE CONSULTA:</p> <p>Els pares d'en XX acudeixen al Centre de Psicologia de la UOC el 21/02/19, degut a dificultats per regular la conducta en l'àmbit escolar, problemes atencional i baix rendiment acadèmic. Els deriva el seu pediàtra de referència.</p> <p>(Resta apartats informe)</p> <p style="text-align: right;">Barcelona, 16 de maig de 2019</p> <p>Maria Inventat Inventat No Col. COPC: 1234567 Psicòloga infantojuvenil</p>
---	--

3.3.3. Derivació i motiu de consulta

És un dels aspectes més rellevants de l'informe, juntament amb la conclusió i les recomanacions. Hem de deixar clar per què han vingut, quin motiu expliquen els pares i el nen o nena o l'adolescent. A més, en cas de derivació cal indicar qui l'ha feta. Si no hi ha derivació, especificarem qui ha proposat fer la consulta (el nen o nena o l'adolescent, el pare o la mare, el germà o germana...).

La descripció ha de ser objectiva i resumida. És la introducció de la resta de l'informe. És el perquè de la seva existència. N'hi ha diferents exemples en la taula 10, la taula 11 i la taula 12.

3.3.4. Situació familiar i social

La informació necessària per a construir aquest apartat és en els apartats de l'HC 1.2.2, *Genograma familiar* i 1.2.9, *Història, estructura i dinàmica familiar*.

El contingut d'aquest apartat comprèn:

- genograma familiar
- situació familiar (pares casats, separats...)
- persona amb qui viu
- relació entre membres de la família
- nivell social i cultural

Taula 11. Alguns apartats de l'informe psicològic dirigit a un psiquiatre o psiquiatra

MOTIU DE CONSULTA:

Els pares acudeixen derivats per l'equip d'avaluació psicopedagògic de l'escola. En el seu informe consten problemes atencionals, hiperactivitat motriu i baix rendiment acadèmic. Els pares refereixen haver observat dificultats per mantenir l'atenció, hiperactivitat motriu i baixa autoestima. Es realitza avaluació psicològica el 31/11/2013.

SITUACIÓ FAMILIAR:

XXX és filla única i viu amb la seva mare. Als 6 anys i 2 mesos els seus pares es van separar, tenen custòdia compartida. XX veu pràcticament a diari als dos pares. Conten amb suport familiar. Els avis materns i l'avi patern participen en la cura diària. No destaquen problemes socioeconòmics ni de relació entre els progenitors.

ANTECEDENTS FAMILIARS:

Pare diagnosticat de TDAH combinat als 9 anys.

ANTECEDENTS PERSONALS:

Embaràs, part i història del desenvolupament dins la normalitat.

Diagnosticada als 6,5 anys de Trastorn d'ansietat de separació, al Centre salut mental infantil i juvenil de Badalona. On van realitzar tractament psicològic psicodinàmic individual i grupal fins als 7 anys. Van donar l'alta per remissió de la simptomatologia (segons consta a l'informe del psiquiatra Dr. Uoc del 12/11/12).

Des de que va començar l'escolarització obligatòria (als 3 anys), els mestres els han parlat de dificultats per mantenir l'atenció i hiperactivitat motriu. No refereixen problemes de socialització ni amb els companys d'escola. Aquest curs ha aparegut el baix rendiment escolar. Fa uns dos mesos que realitza classes de reforç a casa.

El judici clínic en l'informe

Recordeu que el contingut dels apartats de l'informe és orientatiu. El nostre judici clínic ens indicarà què cal afegir-hi. Per a fer-ho, ens basarem en la informació que tenim del cas en la història clínica, el destinatari o destinatària i l'objectiu de l'informe, a més dels coneixements i competències adquirits en psicologia infantojuvenil.

Reflexió

Una nena de 8 anys mostra una simptomatologia ansiosa des de fa uns 3 mesos. Fa 4 mesos a la seva mare li van detectar un tumor maligne al pit. Des de fa 3 mesos la mare rep tractament amb quimioteràpia.

Fem un informe per al seu pediatra, que ens l'ha derivada. Hi indicariu aquest antecedent familiar? Considereu que en aquest cas és rellevant per al receptor o receptora?

També fem un informe per a la seva tutora de l'escola. Li facilitariu aquesta informació? Seria la mateixa informació que en l'altre informe?

3.3.5. Antecedents familiars

Aquest apartat no l'inclourem sempre en l'informe. Únicament anotem els antecedents familiars si són rellevants per al receptor o receptora de l'informe (vegeu la taula 11). Cal fer-ho sempre mantenint la confidencialitat. Per exemple, en la taula 12, en lloc d'escriure «cosí germà diagnosticat de TDAH», ens hem referit a «un familiar de quart grau».

3.3.6. Antecedents personals

En aquest apartat incorporem resumidament les dades rellevants de l'HC:

- història prenatal, perinatal i neonatal (apartat 1.2.5)
- història del desenvolupament (apartat 1.2.6)
- història mèdica, psicològica i de salut (apartat 1.2.7)
- escolaritat, rendiment acadèmic i socialització (apartat 1.2.8)
- història psicoemocional, conducta, temperament, socialització i hàbits (apartat 1.2.10)

En les informacions rellevants destaquem:

- Els factors de risc existents. També els de protecció si ens orienten cap a la intervenció psicoterapèutica.
- Les malalties o problemes de salut, inclosos els psicològics.
- Els símptomes relacionats amb el motiu de consulta i el diagnòstic.
- Els elements que ens fan descartar altres possibles diagnòstics (diagnòstic diferencial).
- Els aspectes que poden influir en la situació actual o en la futura intervenció.

Cal anotar alguna dada que no està present en el cas? La nostra recomanació és que l'anoteu quan vulgueu destacar que hi és. Per exemple, en l'informe de la taula 11 hem anotat: «No refereixen problemes de socialització ni amb els companys d'escola». En el mateix informe, en canvi, no hem anotat: «No s'observa violació de les normes». En el primer cas ho hem anotat perquè ens ajuda en el diagnòstic diferencial i a planificar el tractament. En el segon cas no ho hem considerat rellevant. Si un símptoma o una dada no consta en un informe, hem de pensar que no es dona.

En les malalties o problemes previs rellevants és important anotar si la informació la refereixen els pares o prové d'un informe. En el primer cas podem anotar que no es disposa d'informe. En el segon cas anotem la data i el nom del metge o professional que l'ha fet, el tractament portat a terme i els resultats (vegeu la taula 10 i la taula 11).

3.3.7. Entrevistes i observacions clíniques

Anotem:

- La informació rellevant obtinguda en les entrevistes, no referida anteriorment. Ens centrem en la conducta problema actual i el seu impacte (vegeu l'apartat 1.2.12 de l'HC), en els símptomes presents i absents que ens orienten per al diagnòstic.
- Les observacions clíniques del pacient o la pacient i dels pares en les entrevistes mantingudes. Això també es podria redactar en un apartat independent.

Taula 12. Exemple d'alguns apartats d'un informe diagnòstic d'una nena amb baix rendiment escolar.

MOTIU DE CONSULTA

Els pares acudeixen a la visita a petició pròpia per baix rendiment escolar. Aquest semestre la filla ha suspès quatre assignatures i ells volen que es valori un possible TDAH.

SITUACIÓ FAMILIAR I SOCIAL

La filla viu amb els seus pares. És la petita de dos germanes. Des de fa un any la seva germana estudia a la universitat en una altra localitat. Refereixen bona relació entre els membres de la família. Els pares tenen un nivell socioeconòmic alt i un nivell educatiu mitjà.

ANTECEDENTS FAMILIARS

Hi ha un familiar de quart grau diagnosticat de TDAH inatent fa dos mesos.

ANTECEDENTS PERSONALS

L'embaràs i el part van ser sense complicacions.

Les fites evolutives han estat dins la normalitat.

Presenta bona adaptació escolar i social.

Els pares no refereixen cap problema de salut.

La psicopedagoga de 5è de primària va descartar un TDAH (no es disposa d'informe).

Rep reforç escolar a casa cada dia laborable des de 5è de primària.

De dilluns a divendres fa activitats extraescolars esportives.

ENTREVISTA AMB LA X

La X explica que ha vingut a consulta per les seves notes baixes. Ens comenta que no li agrada estudiar i que no la motiva. Afirmar que treballarà en el negoci de la família i que no li cal estudiar molt. La seva actitud és col·laboradora i oberta.

No refereix tenir problemes de relacions o d'altres a l'escola o a casa. Té un grup estable d'amigues des de fa anys. No refereix ni s'observa simptomatologia ansiosa o depressiva. Tampoc no s'observa distractibilitat ni hiperactivitat motora.

Afirmar que en el «repàs» fa els deures i la mestra l'ajuda a estudiar per als exàmens. Li fa esquemes i resums. La X sempre estudia o fa els deures al menjador de casa.

ENTREVISTA AMB ELS PARES

Els pares refereixen que el seu rendiment acadèmic fins a 5è de primària va ser «normal» (amb notes mitjanes). A partir de llavors va baixar les qualificacions a «aprovat» en

algunes matèries i va començar a rebre classes de reforç a casa. Actualment els preocupa molt el baix rendiment acadèmic, a més de la seva baixa motivació per a l'estudi.

En l'àmbit familiar la mare refereix conflictes a l'hora de posar-se a estudiar. Durant l'entrevista el pare comenta que l'exigència de l'escola és massa elevada. Es mostren ansiosos per solucionar ràpidament el problema. S'observa un estil educatiu permissiu en ambdós progenitors. El pare està absent del domicili sovint per motius de feina.

ENTREVISTA AMB LA TUTORA DE L'ESCOLA

En l'entrevista, la tutora X destaca problemes de distractibilitat i baixa motivació per a l'esforç. Refereix que per a la nena és més important la socialització que l'estudi. No refereix problemes de conducta ni amb la resta de companys de classe.

PROVES APLICADES I RESULTATS

Als pares s'aplica el CBLC (Achenbach i Edelbrock, 1983).

A la tutora de l'escola s'aplica: l'Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, EDAH (Farré i Narbona, 2013) i el T2 del sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004).

A la nena s'administra: l'S2 del BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004), el cuestionario Big Five de personalidad para niños y adolescentes, BFQ-NA (Barbaranelli et al., 1998); l'Autoconcepto Forma-5, AF5 (Musitu i García, 1999); l'escala de inteligencia de Wechsler para niños V, WISC-V (Wechsler, 2015), i el test Atención, d2 (Brickenkamp, 2004).

PUNTUACIONES OBTINGUES EN EL WISC-V (Wechsler, 2015)					
SUBTESTS	PD	PE	ÍNDICES	ΣPE	P C (95% IC)
Cubos	34	10	Comprensión verbal (ICV)	21	103 (94-111)
Cs	34	10	Visoespacial (IVE)	20	100 (92-108)
Cp	48	10	Razonamiento fluido (IRF)	20	100 (93-107)
Semejanzas	34	11	Memoria de trabajo (IMT)	22	107 (98-114)
Matrices	20	10	Velocidad procesamiento (IVP)	22	105 (95-113)
Dígitos	29	11	CI Total	73	103 (97-109)
DD	10	12	ÍNDICES SECUNDARIOS	ΣPE	PC (95% IC)
DI	10	10	Razonamiento cuantitativo (IRC)	20	100 (93-107)
DC	9	10	Memoria trabajo auditiva (IMTA)	22	106 (98-113)
Span DD	6	Tasa base 49,5	No verbal (INV)	63	103 (97-109)
Span DI	5	Tasa base 45,3	Capacidad general (ICG)	53	104 (97-111)
Span DC	5	Tasa base 82,1	Competencia cognitiva (ICC)	44	108 (100-115)
Claves	61	11			
Vocabulario	33	10			
Balanzas	22	10			
Puzles visuales	17	10			
Span de dibujos	32	11			
SpaneSD	4	Tasa base 87,4			
SpanrSD	5	Tasa base 100			
Búsqueda de símbolos	31	11			
Información	20	10			
Letras y números	19	11			
Span LN	5	Tasa base 43,2			
Cancelación	84	11			
CA aleatoria	39	11			
CA estructurada	45	11			
Comprensión	26	10			
Aritmética	22	10			

d2 (Brickenkamp, 2004)		
Variables	PD	Percentil
TR	338	65
TA	131	65
O	3	75
C	0	85
TOT	335	70
CON	131	65
VAR	18	70
TR+	36	85
TR-	18	70

Nota. En els exemples d'informes, amb la X indiquem on ha d'anar el nom de la nena, tutora o pares.

PC indica puntuació composta; IC indica interval de confiança. La resta d'abreviatures de les puntuacions de totes les taules són descrites en la taula 13.

(Continuaria amb els resultats de la resta de proves referides.)

Observacions clíniques

Durant l'aplicació dels WISC-V, en els subtests dels cubs s'observa l'estratègia d'assaig-error en els ítems més complexes (3x3), i una tendència a no perseverar en la tasca quan no troba ràpidament la solució correcta. No s'observen dificultats per a mantenir l'atenció sostinguda ni distractibilitat en fer les proves. Tampoc no s'observa baixa tolerància a la frustració. Necessita motivació freqüent en fer els subtests.

Durant l'aplicació dels subtests d'atenció d2 manté l'atenció en la tasca (atenció sostinguda) sense observar-se distractibilitat, fatigabilitat o esforç.

(Afegirem les observacions restants fetes en la resta de proves aplicades.)

INTERPRETACIÓ DE RESULTATS

- **WISC-V**
El QI obtingut en el WISC-V és 103 i és ubicat en la franja mitjana. Tots els índexs se situen en la franja mitjana: comprensió verbal 103, visuoespacial 100, raonament fluid 100, memòria de treball 107, velocitat de processament 105, raonament quantitatiu 100, memòria de treball auditiva 106, no verbal 103, capacitat general 104, competència cognitiva 108. En l'anàlisi no s'observen diferències significatives entre índexs ni variabilitat entre proves. Tampoc no es detecten punts forts o febles en els índexs o en els subtests. El rendiment cognitiu és força homogeni. Les puntuacions escalars dels subtests estan dins de l'interval de normalitat, concretament en la mitjana o una desviació típica per sobre.
- **d2**
Les puntuacions obtingudes en la prova se situen dins l'interval de normalitat i per sobre de la mitjana, entre els percentils 65 i 85. Mostren un bon rendiment en la precisió i velocitat del processament, la quantitat i qualitat del treball portat a terme, el control inhibitori i una manca de variabilitat en la manera de treballar del subjecte. Els resultats indiquen un bon rendiment en atenció selectiva i sostinguda.

(Continuaria amb els resultats i la interpretació de la resta de proves aplicades.)

3.3.8. Proves aplicades i resultats

Per a redactar aquest apartat, consultem l'apartat 1.3, *Resultats i interpretació de les proves i eines aplicades* de l'HC.

És important anotar:

- **Les proves que s'han aplicat.** Cal indicar el nom complet del test, l'abreviatura, l'autor i l'any d'edició. El nom complet de la prova

l'indicarem el primer cop que ens referim al test. Posteriorment podem utilitzar la sigla. El nom de l'instrument i de les seves variables és millor no traduir-lo i mantenir-lo en l'idioma de la prova aplicada (vegeu la taula 12). També podem especificar en quantes sessions s'han aplicat les proves, i les dates d'aplicació.

- **Els resultats de les proves.** Les puntuacions obtingudes han d'estar en puntuacions brutes i puntuacions transformades (típiques, T, percentils, etc.). En la taula 13 teniu una explicació breu d'aquestes puntuacions, juntament amb recomanacions sobre la interpretació de les puntuacions del WISC-V.
- **Els aspectes qualitius de les proves.** Per exemple, durant l'aplicació dels cubs del WISC-V s'observa baixa tolerància a la frustració i tendència a perseverar en les respostes incorrectes.
- **La conducta i actitud observades en la persona durant la realització de les proves.** Per exemple, si es mostra col·laborador, negativista, ansiós, amb hiperactivitat motora (es mou constantment al seient), amb distractibilitat fàcil, etc.

En cas d'informes diagnòstics, és bàsic especificar totes les puntuacions obtingudes en les proves per les raons següents:

- Donen informació a altres professionals.
- Establim i facilitem les puntuacions basals en cas de fer seguiment.
- Facilitem la informació als pares. En funció del trastorn diagnosticat, es faran seguiments al llarg dels anys (trastorns del neurodesenvolupament, etc.), seguiments que no sempre farà el mateix psicòleg o psicòloga. D'altra banda, només tenim l'obligació legal de guardar uns anys les històries. Per tant, cal que els pares tinguin una còpia de l'informe amb els resultats complets.

Taula 13. Recordatori de conceptes estadístics

Recordatori de conceptes estadístics i de les puntuacions WISC-V (Wechsler, 2015)

Puntuació bruta o directa (PD). Puntuació obtinguda en la prova aplicada seguint les seves normes de correcció i puntuació.

Puntuació típica o estandarditzada (z). Puntuació directa que hem transformat a una escala amb mitjana de 0 i desviació típica de 1. Ens indica en quantes desviacions típiques de la mitjana se situa la puntuació. Les puntuacions poden ser positives (per sobre de la mitjana) o negatives (per sota la mitjana).

Puntuació típica derivada (T). Puntuació directa que hem transformat a una escala amb mitjana de 50 i desviació típica de 10. Ens indica en quantes desviacions típiques per sota de la mitjana se situa la puntuació. Rarament hi haurà valors negatius.

Puntuació percentil o centil (P). Puntuació directa que s'ha transformat normalment a una escala amb valors entre 1 i 99. Ens indica el percentatge de subjectes que han obtingut valors inferiors a una puntuació. Per exemple, un percentil 16 ens indica que el nen o nena ha obtingut una puntuació igual a superior al 16% dels nens o nenes de la població de referència (igual o inferior al 84% de la resta de nens o nenes de referència).

Puntuacions WISC-V (Wechsler, 2015).

Puntuacions escalars (PE). Puntuació bruta que hem transformat a una escala amb una mitjana de 10 i una desviació típica de 3.

Puntuacions compostes (índexs). Puntuació bruta que hem transformat a una escala amb una mitjana de 100 i una desviació típica de 15.

Taxa base. Freqüència observada en la població de referència d'una diferència entre puntuacions.

Criteri d'alteració. Encara que depèn dels autors, generalment es consideren alterades les puntuacions obtingudes situades dues desviacions típiques per sota de la mitjana.

3.3.9. Interpretació dels resultats

Aquest apartat inclou la interpretació dels resultats obtinguts en les proves (apartat 1.3, *Resultats i interpretació de les proves i eines aplicades* de l'HC). Hi ha diferents maneres de presentar la interpretació:

- Interpretar els resultats obtinguts en cada instrument (vegeu la taula 12).
- Interpretar els resultats per àrees: capacitat cognitiva general, psicoemocional, conductual, etc. (vegeu la taula 14).
- Incloure en un mateix apartat els resultats i la interpretació de les proves. En aquest cas recomanem fer la interpretació tot seguit de la taula de resultats de la prova interpretada (vegeu la taula 14). Recordeu que no hi ha un format únic d'informe. A vegades fins i tot podem indicar les puntuacions de les proves al final de l'informe, en un annex. Això facilita la lectura quan l'informe no va dirigit a professionals de la psicologia, psiquiatria o psicopedagogia.

Taula 14. Exemple dels apartats de proves aplicades i interpretació d'un informe de la mateixa nena amb baix rendiment escolar de la taula 12.

PROVES PSICOLÒGIQUES APLICADES I INTERPRETACIÓ DE RESULTATS

1. Personalitat i autoconcepte

BFQ-NA (Barbaranelli et al., 2006)		
SUBESCALAS	PD	T
Conciencia	69	49
Apertura	23	43
Extraversión	46	58
Amabilidad	39	53
Inest. emocional	23	46

En el Cuestionario Big Five de personalitat para niños y adolescentes, BFQ-NA (Barbaranelli, Caprara i Rabasca, 2006) la X obté una puntuació en *extraversió* situada en la franja alta, puntuacions en *consciència*, *amabilitat* i *inestabilitat emocional* situades en la franja mitjana, i puntuacions en *apertura* en la franja baixa. Els aspectes més destacables són: manca d'obertura a la novetat; poc interès per la cultura, coneixement i matèries escolars; pocs interessos; convencionalitat; poca creativitat, i sociabilitat, optimisme i tendència a parlar.

AF-5 (García i Musitu, 2014)		
SUBESCALAS	PD	Percentil
Académico	7,5	60
Social	8,15	70
Emocional	5,8	70
Familiar	9,15	70
Físico	7,73	80

En el qüestionari Autoconcepto Forma-5, AF-5 (García i Musitu, 2014) obté puntuacions per sobre la mitjana en totes les escales. S'observa un autoconcepte social, emocional i familiar igual o per sobre del 70% de la població de la seva edat, i del 80% en el cas del físic. L'autoconcepte més baix és l'acadèmic, igual o superior al 60 % de la població de la seva edat.

(Continuarà amb la resta de proves aplicades i interpretació de resultats.)

CONCLUSIÓ

La X acudeix a consulta arran del seu baix rendiment escolar i per descartar un possible TDAH. Els resultats de les proves aplicades a X ens mostren un perfil cognitiu amb un rendiment atencional i cognitiu dins de la normalitat (Reynolds i Kamphaus, 2004) (Farré i Narbona J., 2003). El quocient intel·lectual obtingut en el WISC-5 se situa dins l'interval de normalitat en la franja mitjana-baixa. En les puntuacions obtingudes en el WISC-V no s'observen trets observats freqüentment en nens o nenes amb TDAH inatent, per exemple: baix rendiment en IMT i IVP respecte als altres índexs; rendiment baix en el subtest de Claus; força errors en tasques de recerca de símbols, claus o cancel·lació, o ICC menor que l'ICG. En l'aplicació del d2 els resultats se situen dins de la normalitat en totes les variables i amb un bon rendiment. Aquesta informació coincideix amb l'obtinguda en les diferents entrevistes i observacions portades a terme, i amb els antecedents personals, i també amb els qüestionaris aplicats als pares, la nena i l'escola (CBCL, EDAH i BASC S2 i T2), on tampoc no es detecta simptomatologia d'inatenció ni hiperactivitat. Així mateix, no es detecta simptomatologia de trastorns psicoafectius o d'altres. En les entrevistes i proves de personalitat i autoconcepte no s'observen problemes d'autoestima, destaca un baix interès i motivació per a l'aprenentatge.

En resum, no s'objectiva trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. Els resultats obtinguts en l'avaluació psicopatològica se situen dins l'interval de normalitat.

Es recomana als pares fer una intervenció psicològica breu d'escola de pares per a treballar la disciplina positiva i l'estil educatiu democràtic, i millorar la gestió dels problemes quotidians.



Signat: Maria Inventat Inventat
Nº Col. 0001 COPC
Psicòloga infantojuvenil
Centre Psicologia UOC

Barcelona, 6/6/2019

3.3.10. Conclusió

Després de la interpretació de resultats integrem tota la informació obtinguda en l'anamnesi, les entrevistes i l'aplicació de proves. Així arribem al diagnòstic diferencial i al diagnòstic o judici clínic (vegeu la taula 14).

En aquest apartat incloem un resum del que trobem en l'HC en els apartats 1.4, *Judici clínic i diagnòstic* i 1.5, *Recomanacions i pronòstic*. Concretament, incloem:

- **Resum amb integració de la informació exposada en l'informe i justificació del diagnòstic.** Seleccionem la informació de la història clínica que considerem rellevant d'anotar. En aquest apartat no parlem de puntuacions. És important indicar les coincidències i discrepàncies entre les informacions obtingudes, i interpretar-les. Ha de quedar clar què ens porta a afirmar l'existència del trastorn o problema, o a declarar que no hi ha cap trastorn. Aquesta integració de la informació també es podria fer en un apartat previ a la conclusió, un nou apartat ubicat entre l'apartat 3.3.9, *Interpretació dels resultats* i l'apartat 3.3.10, *Conclusió*.
- **Diagnòstic o judici clínic.** Emetre el diagnòstic seguint la codificació del DSM-5 (APA, 2014) o del CIM-11 (Organització Mundial de la Salut, 2019) facilita la comunicació entre professionals. Recordeu el que hem comentat en l'apartat 1.4, *Judici clínic i diagnòstic* de l'HC. En alguns casos, com que el problema serà de caire més psicològic o bé no hi haurà un trastorn codificat, podem recórrer a les terminologies amb més evidència científica i freqüents del nostre àmbit.
- **Pronòstic.**

3.3.11. Recomanacions

L'objectiu d'aquest apartat és donar unes indicacions sobre els propers passos, a més de pautes que poden guiar els pares i altres professionals implicats en el nen o nena o l'adolescent (mestres, etc.). (vegeu la taula 15).

En aquest apartat podem incloure, entre d'altres:

- Derivacions que recomanem a altres professionals (psiquiatre o psiquiatra, logopeda, psicopedagog o psicopedagoga, neuropsicòleg o neuropsicòloga, etc.).

- Recomanació d'una nova avaluació psicològica (seguiment) i quan.
- Intervenció psicoterapèutica i descripció breu.
- Breus pautes psicoeducatives sobre el problema diagnosticat, dirigides als pares.
- Pautes i recomanacions per a l'escola.

Si hi ha poques recomanacions, les podem incloure dins l'apartat 3.2.10, *Conclusió* en lloc de fer-ho en un apartat independent.

Taula 15. Recomanacions en un cas d'una nena diagnosticada de TDAH inatent

RECOMANACIONS

Per a la X:

- Fer una intervenció psicològica cognitivoconductual per a treballar psicoeducació sobre TDAH, auto percepció, motivació, autoregulació i habilitats metacognitives (resolució de problemes, autoinstruccions...) al nostre centre.
- Continuar el seguiment amb el seu psiquiatre o psiquiatra de referència.
- Fer una reavaluació psicològica en finalitzar la intervenció amb els pares i la nena o al cap de 9 mesos.

Pels als pares:

- Fer psicoeducació sobre TDAH i estils educatius, aprenentatge de tècniques i estratègies de maneig de contingències, control d'estímuls i tècniques d'autogestió d'estrès, al nostre centre.

Per a l'escola i les classes de reforç:

- En les activitats que impliquen fer diverses tasques simultàniament o seqüencialment, es recomana ensenyar la nena a dividir les tasques en els passos necessaris per a fer-les, i repetir-los mentalment al mateix temps que fa l'activitat (autoinstruccions).
- Donar-li més temps per a fer tasques que impliquen un processament mental ràpid.
- Quant als exercicis nous, és important treballar-los amb preguntes guiades i donar-li més temps.
- Donada la seva tendència a fer atribucions internes dels errors, és important reforçar positivament les tasques que fa correctament. Sempre que parlem dels errors, cal donar-li informació constructiva i elogiar les coses que fa bé.
- Evitar tasques llargues i monòtones. Recordar-li la consigna freqüentment i reforçar-la positivament per l'esforç fet. Proposar tasques curtes i variades. Li podem demanar que expliqui els passos que està fent.
- Per a minimitzar la tendència a la dispersió, mantenir el contacte ocular, col·locar-se a prop de l'estudiant, ubicar-lo o ubicar-la lluny de portes i finestres.
- Donar consignes clares. Utilitzar llenguatge clar.
- Destacar allò essencial del missatge canviant to de veu, gesticulant...
- Explicar els procediments pas a pas, demanar que els repeteixi.
- Presentar-li les activitats individualment, no totes de cop, i ben estructurades.
- Facilitar-li instruccions simples, breus, concretes i clares.
- Evitar enunciats amb frases llargues, subordinades i/o que impliquin fer inferències.

- Recordar la dificultat que presenta en planificar i resoldre problemes, en generar solucions alternatives a un mateix problema. Es recomana donar-li més temps i fer-li preguntes perquè aprengui a resoldre'l (tècnica de resolució de problemes).
- Quant als exàmens, és important donar-li més temps i recordar-li que ha de repassar l'examen uns 10 minuts abans d'entregar-lo.
- Són més adequats els exàmens amb preguntes curtes que de desenvolupament. Com que li costa organitzar els conceptes per escrit, pot saber el contingut però tenir dificultats per a expressar-lo.
- En els exàmens evitar preguntes que hagi de deduir. Com que presenta dificultat per a fer inferències, és millor fer preguntes concretes o guiar-la successivament amb preguntes (és important treballar-ho a l'aula).
- És millor fer diversos exàmens i curts, que un de sol i llarg.



Signat: Maria Inventat Inventat
Nº Col. 0001 COPC
Psicòloga infantojuvenil
Centre Psicologia UOC

Barcelona, 6/6/2019

3.3.12. Data i signatura

Els informes són documents legals, i per tant han d'anar sempre signats i datats. La signatura del professional amb el número de col·legiat o col·legiada, el nom del col·legi professional, el càrrec i l'empresa van al final del document i abans de l'annex (vegeu la taula 15). No obstant això, us recomanem també signar cadascuna de les pàgines del document, com si es tractés d'un informe forense. No cal que en aquests fulls anoteu també el número de col·legiat i el vostre càrrec. En la signatura podeu obviar el nom de l'empresa si està també en l'encapçalament del document.

3.4. Informes de la intervenció psicològica

Els informes sobre la intervenció psicològica els podem fer durant la intervenció o en l'alta. Tenen molts aspectes comuns amb l'informe diagnòstic, encara que aquí ens centrem en la intervenció. No busquem emetre ni justificar un diagnòstic.

En l'informe d'alta del pacient fem un breu resum de la seva evolució (vegeu la taula 16). Cal detallar resumidament:

- Diagnòstic segons DSM-5 o CIM-11, simptomatologia i problemes presents objectes de la intervenció.
- Objectius i grau en què s'han aconseguit.
- Model psicoterapèutic utilitzat (cognitivoconductual, sistèmic, humanista, psicodinàmic o integrador).
- Tècniques utilitzades, nombre i freqüència de les sessions.
- Persona a qui s'ha fet la intervenció (pare i nen o nena o adolescent, pare i fill...).
- Observacions: actitud i conducta dels participants durant la intervenció.

- Resultats i interpretació de les proves aplicades en el seguiment i comparació amb les basals.
- Estat de la simptomatologia del trastorn o del problema a l'alta.
- Recomanacions de seguiment.

A més de la informació exposada en l'informe diagnòstic, cal detallar les dades identificatives del psicòleg o psicòloga i pacient, l'apartat de conclusió i el de recomanacions, i també la data i la nostra signatura amb el número de col·legiació.

El pacient ja disposa de l'informe amb l'avaluació inicial, i per tant no cal repetir dades que no siguin imprescindibles. En l'informe de la intervenció podem indicar que es pot consultar l'informe de diagnòstic per a una descripció més àmplia (vegeu la taula 16).

Taula 16. Exemple d'informe psicològic d'alta

INFORME PSICOLÒGIC D'ALTA

DADES D'IDENTIFICACIÓ

Nom i cognoms: X X X

Data de naixement: 1/1/2009

Edat: 11 anys i 3 mesos

Llengua materna: catalanoparlant

Nivell educatiu: 5è de primària

Dominància manual: dretà

MOTIU DE LA INTERVENCIÓ

Amb data 11/1/2019 en X va ser diagnosticat al nostre centre amb un 314.01 (F90.2) Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), presentació combinada amb gravetat moderada (vegeu l'informe d'avaluació psicològica del 11/1/2019). Els símptomes que provoquen més alteració a casa i a l'escola són: impulsivitat, irritabilitat, autoestima baixa, baixa tolerància a la frustració i baix rendiment escolar. Els pares refereixen no tenir recursos per a gestionar ni afrontar la situació.

Iniciem intervenció psicològica cognitivoconductual al nostre centre el 16/1/2019.

OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ TREBALLATS

Objectius dirigits als pares:

- Millorar el coneixement i comprensió sobre el TDAH
- Eliminar estratègies educatives ineficaces i substituir-les per altres més adequades.
- Incrementar la sensació d'autoeficàcia
- Adquirir estratègies per a fer front al propi estrès i a les emocions.

Objectius dirigits al nen:

- Millorar el coneixement i comprensió sobre el TDAH
- Autoregular-se
- Controlar la irritabilitat
- Millorar les relacions familiars
- Millorar les habilitats socials
- Millorar el rendiment acadèmic
- Millorar l'autoeficàcia i l'autoestima

Objectius dirigits a la tutora de l'escola:

- Millorar el coneixement i comprensió sobre el TDAH
- Fomentar l'ús de l'agenda
- Incorporar el llistat de recomanacions
- Incentivar la incorporació de la tècnica d'autoinstruccions a les activitats escolars i la de resolució de problemes treballades en les nostres sessions.
- Fer adaptació curricular

METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓ PSICOLÒGICA

Tècniques aplicades als pares: psicoeducació sobre TDAH i estils educatius. Establiment de límits, reforçament positiu i extinció, temps fora, cost de resposta, contractes conductuals, estratègies de comunicació, tècniques de relaxació i de gestió de temps. Psicoeducació sobre autoinstruccions i tècnica de resolució de problemes.

Tècniques aplicades a X: psicoeducació, autoinstruccions, autoobservació, autoreforçament i entrenament en autocontrol, tècnica de la tortuga, entrenament en resolució de problemes, contractes conductuals amb els pares i entrenament en habilitats socials.

Tècniques aplicades a l'escola: psicoeducació sobre TDAH, autoinstruccions, tècnica de resolució de problemes.

Amb el nen hem fet 25 sessions individuals de 40 minuts, amb una freqüència de dues per setmana. Posteriorment, hem fet seguiment al cap d'un mes i de tres mesos.

Amb els pares hem fet 10 sessions setmanals grupals i 2 de seguiment al cap d'un mes i de tres mesos. Amb l'escola hem fet coordinacions telefòniques o per via de correu electrònic, 1 cop cada 15 dies al primer mes i mensualment després.

ENTREVISTES I OBSERVACIONS

Tant els pares com X han mostrat una bona adherència terapèutica i han assistit a les sessions regularment. S'ha observat una actitud col·laboradora i una adequada motivació per a canviar, i han participat com a coterapeutes en diferents tècniques a practicar a casa. Les coordinacions amb l'escola han sigut freqüents i han permès treballar les tècniques d'autoinstruccions i de resolució de problemes, fora de les sessions psicoterapèutiques, i així se n'ha afavorit la generalització.

En les darreres entrevistes mantingudes amb els pares aquests afirmen que la irritabilitat d'en X s'ha reduït. També s'han reduït la seva impulsivitat i les mostres de baixa tolerància a la frustració.

Segons refereix la seva tutora, ha millorat en rendiment escolar i en la conducta impulsiva a l'escola.

PROVES APLICADES EN EL SEGUIMENT, RESULTATS I INTERPRETACIÓ

Proves aplicades

(Indicarem les proves aplicades en el seguiment.)

Resultats de les proves aplicades

(Indicarem els resultats de les proves obtingudes en el seguiment. Seguirem les recomanacions prèvies de l'informe diagnòstic.)

Interpretació de resultats

La prova d2 (Brickenkamp, 2004) i els subtests Claves de números, Cancelación i Búsqueda de símbolos del WISC-V (Wechsler, 2015) aplicats a X mostren diferències significatives amb les puntuacions basals, encara que el rendiment atencional se situa en la franja baixa de l'interval de normalitat.

Els qüestionaris BASC (Reynolds i Kamphaus, 2004) aplicats als pares no mostren puntuacions significatives en problemes de conducta i habilitat en l'estudi, a diferència de les puntuacions basals. En el BASC aplicat a la tutora es normalitzen puntuacions anteriorment en risc: retraïment, habilitats socials, habilitats per a estudiar i interioritzar problemes. En l'autoinforme del BASC, X mostra milloria en les puntuacions de seguiment respecte a les basals, en autoconfiança i autoestima. Actualment no són significatives.

CONCLUSIÓ

Després de fer la intervenció psicològica, en X s'observa milloria en autocontrol, autoregulació, tolerància a la frustració, irritabilitat i autoestima, tant a casa com a l'escola. Els pares refereixen haver adquirit estratègies per a gestionar les situacions problemàtiques, prevenir-les i per a gestionar l'ansietat. Les conductes que van motivar la intervenció únicament succeeixen esporàdicament i associades a situacions estressants. En la majoria dels casos es reconduïxen fàcilment.

Es recomana continuar aplicant les tècniques apreses i reduir les situacions estressants, i també un seguiment telefònic al cap de 6 mesos.

Donem l'alta el dia de la data.



Signat: Maria Inventat Inventat
Nº Col. 0001 COPC
Psicòloga infantojuvenil

Barcelona, 1/9/2019

3.5. Qüestions per a reflexionar

Com heu vist, l'informe és una eina bàsica de comunicació entre professionals principalment. Tot seguit trobareu parts d'informes psicològics que hem dirigit a diferents destinataris. Es tracta que valoreu si el llenguatge és el més indicat per a aquell receptor i si el llenguatge, el contingut i/o la redacció són els adequats.

- En un informe dirigit a un psiquiatra trobem: «En les diferents entrevistes mantingudes amb el nen, observem que sempre dona la culpa als altres del que li passa».
- En un informe dirigit a un mestre hi diu: «El nen mostra una tendència a fer atribucions internes, estables i globals dels fets externs».
- En un informe dirigit a un psicopedagog llegim: «El nen no para quiet durant les sessions: és el «cul d'en Jaumet» i ho toca tot».
- En un informe dirigit als pares s'afirma: «Les alteracions de conducta del nen es deuen a una manca de disciplina per part dels pares i a la sobreprotecció de la mare».
- En un informe dirigit al pediatra hi diu: «S'observa una baixa tolerància a la frustració i també dificultats en autoregulació i control d'impulsos que dificulten les relacions socials amb altres nens».

Bibliografia

- Achenbach, T., i Edelbrock, C. (1993) *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., i Rescorla, L. (2001). *Teacher's Report Form*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Alda de Ochoa, I. (1995). Genogrames en terapia familiar. En I. Alda de Ochoa, *Enfoques en terapia familiar sistèmica* (pp. 35- 41). Barcelona: Herder.
- Associació Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnòstic y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Buenos Aires: Panamericana.
- Barbaranelli, C., Caprara, G., i Rabasca, A. (2006). *BFQ-NA. Cuestionario "Big Five" de personalidad para niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Boggs, S., i Eyberg, S. (1990). Interview techniques and establishing rapport. En A. M. La Greca, *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (p. 85-108). Boston: Allyn i Bacon.
- Brickenkamp, R. (2004). *d2, Test de atención*. Madrid: TEA Ediciones.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Guía de protección de datos personales en psicología: implicaciones y buenas prácticas*. Recuperat el 5 de maig de 2019, de <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-de-proteccion-de-datos-personales-en-psicologia-implicaciones-y-buenas-practicas>.
- Comeche, M., i Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Conesa, A., Rovira, M., i Casanellas, J. (2010). Història clínica, tecnologies de la informació i drets del pacient. *Quaderns de la bona praxi* (8). Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- Enseñat, A., Roig, T., i García, A. (2015). *Neuropsicología pediàtrica*. Barcelona: Síntesis.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnòstica con niños y adolescentes*. Barcelona: Síntesis.
- Farré, A., i Narbona J. (2003). *EDAH Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fejerman, N., i Grañana, N. (2017). *Neuropsicología infantil*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fodor, E. i Morán, M. (2012). Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño. En L. Llavona i F. Méndez, *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (p. 97-114). Madrid: Pirámide.
- García, F., i Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma-5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Grupo de trabajo de la GPC de TDAH. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Institut d'Estudis Catalans, Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, TERMCAT Centre de Terminologia, Enciclopèdia Catalana SAU i Generalitat de Catalunya Departament de Salut (2018). *Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT) Versió de treball*. Recuperat el 29 d'abril de 2019, de www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/183.
- Montoya-Castilla, I. (2018). La evaluación psicológica en la psicología clínica infanto-juvenil. En R. González i I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 43-98). Madrid: Pirámide.
- Nahoul, V. i González, J. (2016). *Técnicas de entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Buenos Aires: Brujas.
- Organització Mundial de la Salut (World Health Organization). (2019). *International classification of diseases*. Recuperat el 7 de maig de 2019, de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Ortigosa, J., Méndez, F., i Riquelme, A. (2014). *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Rey, A. (1997). *Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas* Madrid: TEA Ediciones.

Reynolds, C. i Kamphaus, R. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, BASC*. Madrid: TEA Ediciones.

Roji, M. (1994). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

TERMCAT, Centre de Terminologia. (2008). *Diccionari d'infermeria*. [en línia]. Recuperat el 24 d'abril de 2019, de www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/34.

TERMCAT, Centre de Terminologia. (2008). *Diccionari de Psiquiatria*. [en línia]. Recuperat el 24 d'abril de 2019, de www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/21.

Wechsler, D. (2015). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños V, WISC-V*. Madrid: Pearson.