

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

Montserrat Martínez García (coordinadora)
Anna Huguet Roselló (coordinadora)
Rubén Nieto Luna (coordinador)

P09/10533/00433



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. L'entrevista clínica	7
1.1. Definició i objectius de l'entrevista	7
1.2. Tipus d'entrevista segons el grau d'estructuració	8
1.3. Els continguts de l'entrevista	9
1.4. El desenvolupament de l'entrevista	10
1.4.1. Fase previa a l'entrevista	10
1.4.2. Fase inicial de l'entrevista	11
1.4.3. El cos de l'entrevista	12
1.4.4. Final de l'entrevista	13
1.5. Recollida de la informació durant l'entrevista	13
1.6. Habilitats per a l'entrevista	14
1.7. Errors més freqüents	17
1.7.1. Biaixos promoguts per l'entrevistador	17
1.7.2. Biaixos promoguts per l'entrevistat	18
1.8. Virtuts i problemes de l'entrevista clínica	19
2. Sistemes de classificació i instruments diagnòstics generals	21
2.1. Els sistemes de classificació: una breu introducció	21
2.2. Tipus de sistemes de classificació	22
2.3. Els sistemes de classificació actuals més utilitzats: el DSM-IV-TR i CIM-10	23
2.3.1. DSM-IV-TR- Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals	23
2.3.2. CIM-10- Classificació internacional de les malalties	27
2.4. Entrevistes estructurades basades en els sistemes de classificació	31
2.5. Qüestionaris basats en els sistemes de classificació	35
2.6. Instruments diagnòstics que no es basen en els sistemes de classificació	36
3. Selecció d'instruments d'avaluació	40
Bibliografia	43

Introducció

En aquest mòdul presentem l'entrevista clínica, els sistemes de classificació i alguns instruments generals que ens poden ser d'utilitat per a conèixer els problemes dels pacients.

En primer lloc, mostrem les característiques de l'entrevista clínica des d'un punt de vista molt aplicat. Un bon coneixement d'aquest instrument és bàsic per a la pràctica clínica, ja que és l'instrument vertebrador de l'avaluació que ens permet obtenir la major part de la informació (tant verbal com no verbal). Un bon ús d'aquest instrument ens facilitarà l'avaluació i també el procés d'intervenció.

En un segon apartat fem una breu explicació dels sistemes de classificació (DSM i CIM) que més s'utilitzen en l'actualitat. Es repassarà la utilitat dels sistemes de classificació, les seves característiques i quins avantatges i inconvenients podem trobar quan els utilitzem. A més, veurem alguns exemples d'entrevistes estructurades que s'han creat a partir dels sistemes de classificació.

Adicionalment, donem a conèixer alguns qüestionaris que poden ajudar a fer una primera aproximació a la problemàtica del pacient, o a confirmar les dades obtingudes amb l'entrevista. En concret, descriurem qüestionaris que s'han elaborat seguint els sistemes de classificació (DSM i CIM) i altres instruments que s'han elaborat sense seguir els criteris diagnòstics dels sistemes ja esmentats, però que també poden ser molt útils. Heu de considerar però, que tant les entrevistes com els qüestionaris només es presenten a mode d'introducció. Per a utilitzar la majoria d'aquestes eines és necessari un entrenament ampli i específic que va més enllà dels objectius d'aquesta assignatura.

Els sistemes de classificació i aquests instruments ens poden resultar profitosos si l'objectiu de l'avaluació és arribar a un diagnòstic (per exemple, en el cas d'un informe pericial). Ara bé, si l'objectiu és conèixer a la persona en un sentit més ampli per a aplicar un tractament en una fase posterior, considerem que els instruments diagnòstics i els sistemes de classificació no són suficients. En aquest cas, quan parlem de l'avaluació dins del procés d'avaluació i intervenció, com dèiem, l'instrument fonamental és l'entrevista. Evidentment, caldrà completar la informació d'aquesta amb l'obtinguda amb altres instruments, però l'entrevista n'esdevindrà l'eina bàsica.

Finament presentem d'alguns criteris que poden ser d'utilitat per a prendre decisions a l'hora de seleccionar quins instruments s'han d'utilitzar en el procés d'avaluació.

Objectius

L'objectiu fonamental d'aquest mòdul és presentar l'eina fonamental del procés d'avaluació (l'entrevista clínica) i alguns instruments diagnòstics generals, així com els criteris per a utilitzar-los. A partir d'aquest objectiu general podem definir els objectius específics següents:

1. Aprendre les característiques i la utilitat de l'entrevista clínica.
2. Conèixer els diferents sistemes de classificació diagnòstica.
3. Reflexionar sobre els avantatges i desavantatges dels sistemes de classificació.
4. Aprendre a fer un diagnòstic seguint una avaluació multiaxial.
5. Conèixer alguns dels instruments diagnòstics generals més utilitzats.
6. Aprendre criteris per a la utilització dels diferents instruments d'avaluació.

1. L'entrevista clínica

Tot seguit, incidirem en l'estudi de l'entrevista clínica.

1.1. Definició i objectius de l'entrevista

L'entrevista és un instrument que s'utilitza per a recollir dades mitjançant l'autoinforme o heteroinforme del subjecte que és avaluat. És considerat el mitjà que més freqüentment s'utilitza per a recollir informació en la pràctica clínica, malgrat que existeix poca recerca sobre l'eficàcia que té i que no hi ha un consens generalitzat sobre la manera com cal dur-la a terme.

És important diferenciar què és una conversa i què és una entrevista. En termes generals, l'entrevista, a diferència d'una simple conversa:

- a) Es dirigeix a assolir uns objectius específics, normalment té una clara seqüència i s'organitza entorn d'una sèrie de temes rellevants i específics relacionats amb els objectius plantejats de l'entrevista.
- b) Els rols entre els participants estan definits.
- c) Es dona en un espai i en un temps definits.
- d) Facilita que es construeixi una relació terapèutica entre el pacient i el psicòleg.

L'entrevista pot ser utilitzada com l'únic instrument de recollida de dades, encara que és més habitual que s'utilitzi junt amb d'altres (per exemple, l'observació, els qüestionaris, etc.).

Els principals objectius de l'entrevista clínica són:

- Establir una bona relació terapèutica amb el pacient.
- Obtenir informació sobre la conducta problema (naturalesa, severitat i les àrees relacionades afectades) i sobre els factors que s'hi relacionen (origen, antecedents, conseqüències, factors agreujants del problema, i els factors que el milloren).
- Conceptualitzar el problema i formular-ne hipòtesis.
- Fer una devolució de la informació recollida al pacient, és a dir, comunicar de la manera més clara possible els resultats de l'avaluació i justificar-los.
- Seleccionar i definir els objectius terapèutics.

- Avaluar els resultats del tractament.

1.2. Tipus d'entrevista segons el grau d'estructuració

Podem diferenciar tres tipus d'entrevista: les entrevistes no estructurades, les entrevistes semiestructurades i les entrevistes estructurades.

En les **entrevistes no estructurades**, el psicòleg actua sense cap esquema previ obvi i té la llibertat d'explorar les àrees que considera més oportunes. El pacient també té llibertat per a passar d'una àrea a una altra. Els altres tipus d'entrevistes, en canvi, són més directives.

En les **entrevistes semiestructurades** el psicòleg segueix un esquema definit o un guió prefixat de preguntes obertes. En aquest cas el psicòleg pot introduir altres aspectes que creu necessari tractar o formular preguntes per a aclarir àrees que considera oportunes i aprofundir-hi.

Finalment, en les **entrevistes estructurades** el psicòleg actua com un administrador d'entrevista que no pot fer cap judici clínic ni incloure cap tipus d'informació que no estigui clarament indicada en l'entrevista.

Cadascun d'aquests tipus d'entrevista té unes avantatges i uns inconvenients que es descriuen a continuació.

El format d'entrevista no estructurat ofereix flexibilitat, possibilitat d'establir una conversa en què el pacient se senti més a gust, avaluar com el pacient organitza les respostes, d'explorar detalls únics de la història del pacient que altrament serien molt difícils de tractar, i de fer inferències a partir de la informació no verbal i informació de tipus més subtil. La flexibilitat inherent a les entrevistes no estructurades (també de les entrevistes semiestructurades) és la principal virtut que tenen aquests instruments respecte als instruments d'avaluació estandarditzats (per exemple, les entrevistes estructurades).

Malgrat aquests avantatges associats a les entrevistes no estructurades, aquestes també han estat sovint objecte de crítica. Específicament, s'han criticat les propietats psicomètriques d'aquestes entrevistes (la fiabilitat i validesa són molt qüestionables), la poca utilitat per a fer recerca i la impossibilitat de ser administrades per professionals que han rebut poc entrenament individualitzat.

Conseqüentment, la informació que es deriva d'una entrevista no estructurada s'hauria de tractar amb prudència i s'hauria de considerar únicament com a hipòtesi temptativa que necessita ser validada per altres mitjans.

Les entrevistes estructurades tenen també diferents avantatges respecte a les entrevistes no estructurades. Aquestes acostumen a tenir millors propietats psicomètriques i, per tant, els resultats que se n'obtenen es poden contrastar amb altres casos i/o amb una altra població. Però com qualsevol altra mesura, tampoc les entrevistes estructurades estan exemptes de crítiques. En primer lloc, tendeixen a passar força per alt els trets idiosincràtics de cada pacient. Al seu torn, l'ús d'una entrevista massa estructurada pot provocar que el pacient no se senti prou còmode per a revelar informació privada, per això quan s'utilitzen aquests tipus de procediments tant estructurats és aconsellable explicar al pacient la importància d'utilitzar aquest tipus d'aproximació per a recollir les dades.

D'altra banda, també cal recordar que l'estil a l'hora de fer una entrevista està influenciat pel model teòric que sustenta la pràctica clínica del psicòleg i consideracions pràctiques (per exemple, la quantitat de temps disponible o el tipus de pacient). Així, les entrevistes conductuals es caracteritzen per ser entrevistes estructurades i dirigides a recollir una descripció exhaustiva de les conductes actuals i els pensaments rellevants. Aquest estil contrasta amb la tendència de les entrevistes que es fan des de les perspectives psicodinàmiques, en què el grau de llibertat és molt més gran. No obstant això, hi ha qui defensa que els dos estils (l'entrevista estructurada i no estructurada) no han de ser vistos com a incompatibles en la mesura que cada tipus d'entrevista duu a informació l'una de l'altra i per tant l'ús de tots dos estils pot servir per a superar les deficiències de l'altre.

Quant a qüestions més de tipus pràctiques, si el temps és limitat, per exemple, és important adoptar una actitud més directiva, o davant d'un pacient passiu pot també ser útil començar l'entrevista amb un estil més directiu.

Entrevistes estructurades i semiestructurades

En l'apartat 2 podem veure alguns exemples d'entrevistes estructurades i semiestructurades. Aquestes entrevistes, detallades més avall, s'utilitzen bàsicament per a fer un diagnòstic seguint els dos sistemes de classificació internacionals més acceptats: el DSM i la CIM.

1.3. Els continguts de l'entrevista

Els continguts de l'entrevista s'han d'ajustar necessàriament a la demanda del pacient (el motiu de consulta) i a les seves característiques. No obstant això, en termes generals, podem dir que l'entrevista inclou els següents elements:

Informació que cal recollir en una entrevista clínica

A) Història i conceptualització del problema

Especificació del problema (inici, intensitat, freqüència, canvis en el curs, intensitat i duració), determinants i repercussions del problema (antecedents, conseqüents i variables organísmiques), tractaments previs i actuals.

B) Motivació, objectius i expectatives del pacient

C) Recursos i limitacions per a fer front al problema	
D) Àrees bàsiques de la vida:	
D.1) Situació familiar	
	Nivell socioeconòmic, ocupació dels pares, història mèdica i psicològica, composició familiar (si és casat, separat, etc.), estat de salut dels pares, nivell cultural, relacions familiars
D.2) Història personal	
	<p>Infància: desenvolupament, context familiar, història mèdica dels primers anys de vida.</p> <p>Edat escolar: funcionament a l'escola, assoliments acadèmics, activitats d'oci i d'interès, relació amb els altres i amb els pares, canvis importants en la vida.</p> <p>Adolescència: a més de les llistes durant l'etapa escolar, presència de mal comportament (problemes legals, drogues, etc.), reacció davant l'entrada a l'etapa puberal.</p> <p>Edat adulta: carrera professional i ocupació, relacions interpersonals, satisfacció amb els objectius assolits a la vida, activitats d'oci i d'interès, història mèdica i psicològica, vida de parella, relació amb els pares, estabilitat econòmica.</p> <p>Final de l'edat adulta: història mèdica, reacció a la davallada d'algunes de les capacitats de l'individu, estabilitat econòmica.</p>
Altres	

1.4. El desenvolupament de l'entrevista

A continuació parlem d'alguns punts importants que cal tenir en compte quan fem una entrevista clínica. Organitzem la informació en funció de diferents moments que considerem importants. El primer moment és el moment en què preparem l'entrevista, és a dir, el moment de abans de rebre el pacient. El segon, ja amb el pacient, és la fase inicial de l'entrevista. El tercer és el cos de l'entrevista i el quart, i últim moment, és l'acabament de l'entrevista.

1.4.1. Fase prèvia a l'entrevista

En aquesta fase prèvia a la recepció del pacient, podem destacar els punts següents:

a) Planificar i preparar l'entrevista. Per a planificar i preparar l'entrevista, és molt important la informació que dona el pacient al psicòleg quan contacta amb ell per sol·licitar el seu servei.

Aquesta primera informació servirà de base per a desenvolupar el guió de l'entrevista. Com hem comentat en el mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics", quan parlàvem del primer contacte amb el pacient, abans de començar l'entrevista podem disposar de molta informació com el tipus de problemàtica i les característiques de la persona que demana el servei (edat, sexe, etc.). Aquesta informació ens pot ajudar a pensar en preguntes que farem en l'entrevista i crear un guió. No obstant això, cal recordar que no sempre la problemàtica de què informa el pacient en el primer contacte, generalment telefònic, n'és el problema principal. Per aquest motiu, tot i que podem crear un guió, hem de considerar-lo sempre com a provisional i flexible i no aferrar-nos-hi.

b) Organitzar el context físic en què es desenvoluparà l'entrevista. Hem d'organitzar l'espai per tal de que sigui percebut com un espai ordenat i que es destina a fer l'activitat clínica. La lluminositat ha de ser òptima, els seients s'han de situar de manera que l'entrevistador i el pacient no estiguin ni massa pròxims ni massa allunyats l'un de l'altre i que el contacte ocular entre l'entrevistador i el pacient sigui aproximadament igual. El silenci i l'absència d'interrupcions serà també un punt molt important que caldrà controlar.

1.4.2. Fase inicial de l'entrevista

En aquesta fase ja tenim el pacient a la consulta. Recordeu que aquests primers moments són essencials per a començar a establir una aliança terapèutica adequada.

Tot i que haurem d'adaptar la nostra actuació al pacient, a continuació us presentem alguns punts que en la majoria dels casos s'han de tenir en consideració.

a) Ens presentem i indiquem al pacient com volem que s'adrexi a nosaltres i, al mateix temps, li preguntem com vol que ens hi adrecem.

Adreçar-se a un pacient

Jo sóc el Dr. Josep Ramírez, em pot dir Josep. Vostè és la Sra. Laura González, com vol que m'hi dirigeixi?

b) Expliquem al pacient la necessitat de fer una avaluació psicològica i per què es fa l'entrevista. També, cal que comprovem que el pacient ho entén i aclarir qualsevol dubte que pugui sorgir. Ja hem comentat la importància d'ajustar les expectatives del pacient respecte a la manera com serà el tractament per a evitar abandonaments prematurs.

c) Parlem al pacient sobre la confidencialitat de la informació i els límits d'aquesta (per exemple, li podem explicar que la informació que s'obté de l'entrevista pot ser utilitzada en un procés judicial legal). A més, el psicòleg ha d'explicitar al pacient que té el dret de no revelar o discutir informació que ell no vol. També convé explicar al pacient que la informació no s'enviarà a terceres persones sense un consentiment previ signat per ell.

d) Expliquem al pacient el rol i les activitats en què el psicòleg considera important que el pacient s'impliqui durant el procés d'avaluació, els instruments que amb més probabilitat s'utilitzaran per a recollir la informació i el temps total que aproximadament durarà el procés d'avaluació.

e) Ajudem a trencar el gel, amb l'objectiu que el pacient se senti més còmode.

1.4.3. El cos de l'entrevista

Un cop hem superat les fases prèvies, ens endinsem en l'entrevista. Podem distingir tres fases:

a) Fase inicial. És una fase oberta i facilitadora, i es recomana que el psicòleg comenci amb preguntes obertes. És aconsellable que, en aquesta primera fase, el pacient pugui contestar lliurement sobre allò que el psicòleg li pregunta i sense interrompre'l massa vegades.

L'avantatge de les preguntes obertes en aquesta fase inicial és que possibilita que el pacient s'organitzi i s'expressi sense tenir cap mena de guia externa. Això permet avaluar els seus estils de pensament i les maneres d'organitzar la informació. De fet, aquest és gairebé l'únic moment que pot actuar així perquè després l'entrevista. Acostuma a adoptar un estil més estructurat o es demanarà al pacient informació concreta per mitjà de preguntes més tancades o administrant qüestionaris.

Mentre el pacient respon a les preguntes obertes, és important que el psicòleg reculli tant la informació verbal com la no verbal.

El psicòleg pot utilitzar un guió intern per a assegurar-se que totes les àrees més rellevants són tractades. Habitualment, s'obté informació sobre diverses àrees de la vida del pacient, tant del present com del passat, i s'insisteix en el funcionament actual en les àrees més relacionades amb el problema. Si s'utilitza aquest guió, el psicòleg pot començar amb preguntes generals del tipus: "Com t'han derivat a aquí", "Què és el que l'ha dut a venir a la consulta?" o "En què el puc ajudar?". Aleshores, el pacient començarà a explicar el seu problema. És bo que l'entrevistador observi i prengui notes sobre la manera com el pacient organitza les respostes, què diu i com ho diu. Com que els pacients canvien segons les característiques personals (per exemple, edat, nivell educatiu, nivell de cooperació) i el tipus de problema que presenten, aquestes preguntes inicials que es plantegen al pacient s'hauran d'adaptar al pacient concret. És a dir, si tenim un guió de les preguntes inicials, no el podem seguir sempre de manera estricta, ja que és necessari un cert marge de flexibilitat que permeti explorar les àrees rellevants en cada cas i aspectes únics que poden anar apareixent al llarg de l'entrevista.

b) Fase intermèdia. En aquesta fase el psicòleg pot obtenir més informació formulant al pacient noves preguntes. Aquesta informació ajudarà el psicòleg a aclarir punts que s'han definit prèviament de manera vaga, facilitar informació addicional i/o confrontar informació. Per tant, en aquesta fase el psicòleg adopta una actitud més directiva.

c) **Fase final.** Es tracta d'una fase de confrontació i síntesi. És important que el psicòleg vagi resumint de tant en tant la informació recollida perquè el pacient pugui verificar si és correcta.

1.4.4. Final de l'entrevista

Un cop recollida tota la informació amb l'entrevista, es tracta de finalitzar el procés. Per a fer-ho, hem de fer el següent:

a) Resumir els temes tractats en l'entrevista i donar al pacient la possibilitat d'afegir qualsevol cosa que consideri rellevant i que no hagi dit.

b) Si el psicòleg ho considera apropiat, fer alguna recomanació de cara a actuacions futures. No ens referim a donar recomanacions sobre què ha de fer el pacient per a solucionar el problema, sinó a donar-li recomanacions sobre què ha de fer per seguir explorant el problema o com ha de seguir en el procés d'avaluació i intervenció.

Exemple de recomanació

A partir de l'entrevista, es pot demanar al pacient que faci un registre de la conducta problema durant les pròximes dues setmanes perquè això pot ajudar a entendre millor la problemàtica del pacient.

És important tenir present que qualsevol entrevista està limitada pel temps. Per això, és aconsellable que el psicòleg alerti el pacient quan quedin 5 o 10 minuts per a acabar l'entrevista perquè aquest pugui comunicar qualsevol cosa que creu rellevant i no ha comunicat encara. Segons la nostra manera de funcionar i el que el pacient ens expliqui l'entrevista pot durar més d'una sessió. Això, en la mesura que ho podem preveure també ho ha de saber el pacient.

D'altra banda, també és important procurar que el final de l'entrevista no acabi amb un mal regust de boca en el pacient.

1.5. Recollida de la informació durant l'entrevista

El mètode fonamental per a recollir la informació que els pacients ens faciliten és prendre notes durant l'entrevista. La quantitat de notes que es prenen durant el transcurs d'una entrevista depèn del professional. Alguns argumenten que això pot incrementar l'ansietat del pacient, provocar que el pacient faci més preguntes sobre l'anonimat, incrementar les probabilitats que se senti objecte d'una investigació i crear una atmosfera no natural.

Contràriament, molts altres entrevistadors argumenten que el fet que un pacient no se senti còmode en una situació d'entrevista rarament és conseqüència de prendre notes durant l'entrevista, ja que l'entrevistador malgrat que pren notes pot dedicar prou temps a atendre el pacient.

Segons el nostre punt de vista, prendre notes durant l'entrevista permet recollir més detalls i la informació de manera més fiable. Això és perquè, a diferència de si esperem fins al final de la sessió per prendre notes, no es produeixen distorsions ocasionades per la falta de memòria. Malgrat que considerem, doncs, que és millor prendre notes durant l'entrevista, recomanem:

- Explicar al pacient que prendrem notes i el motiu pel qual ho farem.
- No oblidar el pacient, el més important és que senti que l'escoltem i que l'atenem.
- No obsessionar-se a anotar tot el que el pacient ens diu. S'ha d'aprendre a anotar el més rellevant de tot el que el pacient ens comenta, de manera molt esquemàtica perquè no deixem d'atendre'l.

Un altre mètode que podem utilitzar per a recollir la informació que el pacient ens proporciona és gravar en vídeo o àudio les entrevistes. Si s'opta per aquesta alternativa, hem de demanar sempre el consentiment al pacient.

El fet de gravar l'entrevista permet tenir molta més informació que amb les notes. No obstant això, té diversos desavantatges: el pacient es pot sentir incòmode i pot actuar de manera no natural i no donar tota la informació que donaria si no el gravessin.

1.6. Habilitats per a l'entrevista

Una bona entrevista és difícil de definir, ja que la seva qualitat no només depèn del que el psicòleg diu o fa, sinó també de la seva capacitat per a mostrar una actitud apropiada.

Mentre que el model teòric des del qual treballa el psicòleg pot influir en el grau d'estructuració d'una entrevista i les àrees que es treballen (o informació que es demana), es considera que, independentment del model del psicòleg, les habilitats d'aquest per a fer l'entrevista són essencials. Així, per exemple, saber mostrar una expressió de sinceritat, acceptació, comprensió, interès, calidesa i respecte vers el pacient és essencial. Els psicòlegs que són incapaços de mostrar aquesta actitud difícilment aconseguiran els objectius de l'entrevista. No obstant això, Garret (1974) reconeix que l'habilitat per a dur a terme una entrevista pot millorar amb la pràctica.

Tot i que ja hem comentat àmpliament les habilitats terapèutiques, a continuació presentem molt breument les habilitats més importants a l'hora de fer una entrevista per a afavorir que el psicòleg pugui aconseguir els objectius que s'ha plantejat.

a) Clima de calidesa. Convé que el psicòleg mostri al pacient actituds (comportaments) o sentiments positius envers aquest i controlï les actituds negatives. Això significa que el terapeuta ha de ser capaç de transmetre al pacient una actitud autèntica, sincera, honesta, d'interès, de comprensió, tolerant i d'acceptació incondicional. I, al mateix temps, identificar els seus sentiments negatius per a poder-los controlar.

b) Habilitats no verbals. Algunes de les conductes no verbals més apropiades per a fer una entrevista i que són, tal com destaca Góngora (2005), les que més sovint es tracten en programes docents sobre l'entrevista són:

- Utilitzar una veu modulada, suau i ferma.
- Fer ús de l'expressió facial.
- Mirar amb seguretat i directament als ulls del pacient (tenint present que alguns pacients es poden sentir incòmodes).
- Assentir de tant en tant amb el cap.
- Somriures intermitents.
- Gestos ocasionals amb les mans.
- Velocitat moderada de la parla.
- Ús intermitent d'expressions com *ahà*.
- Cos relaxat.
- Postura corporal adequada i dirigida cap al pacient.

c) Coneixement d'un mateix. És important que el psicòleg tingui un bon coneixement d'ell mateix per a poder identificar i controlar de manera ràpida els sentiments que no són apropiats. Les reaccions emocionals negatives poden interferir en el bon desenvolupament d'una entrevista si el psicòleg no és capaç de controlar-les.

També és important que sàpiga controlar les expressions afectives. Un pacient, per exemple, ens pot explicar una cosa que ens sorprèn molt, però hauríem de ser capaços de poder dissimular aquesta sorpresa en la nostra expressió facial.

d) Habilitats per a preguntar. És important que el psicòleg formuli les preguntes amb atenció per tal que l'entrevista no es converteixi en un qüestionari. Alguns aspectes importants que cal considerar són:

- Evitar preguntes *per què*. És aconsellable evitar-les, ja que provoquen una actitud defensiva per part del pacient. La pregunta *per què?* pot dur el pacient a pensar que el psicòleg l'acusa o el critica i consegüentment obliga el pacient a explicar els motius de la seva conducta.
- Combinar preguntes obertes i tancades. És aconsellable formular preguntes obertes per a incitar el pacient a tractar nous assumptes. Les preguntes tancades són adequades per a demanar al pacient informació més específica sobre assumptes ja tractats prèviament i així ampliar o complementar la informació que ja és té i aclarir qualsevol punt. A més, no s'ha d'abusar

de les preguntes tancades, ja que si en fem moltes i seguides, el pacient pot interpretar l'entrevista com un interrogatori. La situació ideal és combinar preguntes obertes i tancades, i anar seguint el fil del que el pacient ens comenta.

- Formular preguntes correctament. Convé que el psicòleg formuli les preguntes de manera clara i intel·ligibles per al pacient, convé que formuli una sola pregunta en cada moment i s'esperï una resposta abans de formular-ne una de nova. També cal remarcar que les preguntes han de ser neutres i no inductores a una determinada resposta.
- No interrompre el pacient. No hem d'interrompre el pacient fent una nova pregunta fins que no hagi acabat de presentar la idea que ens estava explicant. De la mateixa manera, hem de deixar el temps que necessiti cada pacient per a respondre les preguntes que li formulem. No obstant això, tampoc no hem de deixar que el pacient parli eternament de temes irrellevants o d'un tema si no aporta més informació.

e) **Dirigir l'entrevista.** Convé que el psicòleg sigui capaç de guiar l'entrevista, i reconduir-la quan sigui necessari per a poder assolir els objectius, fins i tot quan aquest utilitza estratègies no directives (per exemple, formula preguntes obertes). El pacient no pot dominar l'entrevista. No obstant això, encara que haguéssim preparat un guió per a l'entrevista i l'haguéssim de dirigir nosaltres, hem d'intentar que els temes vagin sorgint i enllaçar les diferents idees que van sorgint. És a dir, potser el pacient comença a parlar al principi d'un tema que teníem anotat preguntar més tard. Això no és un problema; l'important és que aconseguim obtenir la informació que ens interessa però seguint un ordre natural a partir del que el pacient ens va explicant.

f) **Reforçar el pacient.** Hem de reforçar el pacient quan expliqui els seus problemes; d'aquesta manera n'estarem modelant la conducta.

Un cas pràctic sobre el reforç

Arriba a la consulta un pacient que té problemes per a parlar dels seus problemes, ja que és molt introvertit. Fa una estona que intentem "trencar el gel", hem parlat de temes com la feina, què fa en el temps lliure..., però encara no hem parlat del motiu de la consulta. Sembla, però, que finalment vol començar a explicar el problema, ja que ens comenta: "Ja pot veure que em costa parlar amb altres persones... però el que més em costa és parlar en públic..." (el pacient es queda en silenci). El psicòleg respon el següent: "Entenc que et costi parlar amb un desconegut com jo dels teus problemes, però ho estàs fent molt bé! Recorda que sóc aquí per a ajudar-te i tot el que m'expliquis quedarà entre nosaltres".

g) **Mantenir la interacció.** Convé que el psicòleg escolti activament el pacient i respongui a les conductes tant verbals com no verbals del pacient al llarg de tota l'entrevista, això contribuirà a mantenir una interacció fluïda entre el pacient i el psicòleg.

h) Resumir. És important que el psicòleg de tant en tant resumeixi la informació que li ha proporcionat el pacient fins al moment. Aquesta síntesi serveix per a confirmar que el psicòleg entén correctament allò que el pacient li comunica, i a més dóna l'oportunitat al pacient de revisar el que ha narrat prèviament, corregir i afegir qualsevol informació nova.

1.7. Errors més freqüents

L'entrevista pot introduir importants biaixos, especialment les entrevistes no estructurades. A continuació, fem una llista d'alguns aspectes que poden esbiaixar la informació que s'obté d'una entrevista i, per tant, influir negativament en la validesa de l'entrevista. S'han organitzat en dos apartats, segons si són biaixos generats per l'entrevistador o per l'entrevistat.

1.7.1. Biaixos promoguts per l'entrevistador

a) Efecte halo. L'entrevistador pot tenir una tendència a formar-se una impressió general d'una persona basant-se únicament en una peculiaritat o característica del pacient i obviat altres característiques importants.

Exemple d'efecte halo

Els pacients que són capaços d'expressar-se amb cordialitat poden ser percebuts com més competents o amb més salut mental del que són en realitat.

Això pot portar a considerar que el pacient és d'una determinada manera i no voler anar més enllà, perdent la possibilitat de fer una avaluació més acurada.

b) Primera impressió. De manera semblant, les primeres impressions poden influir en els judicis que es fan més tard. I això pot passar perquè l'entrevistador pot fer una inferència errònia sobre el pacient durant el primer contacte i, a partir d'aleshores l'objectiu de l'entrevista pot anar únicament dirigit a obtenir informació per a confirmar aquesta inferència inicial.

Exemple d'un biaix de primeres impressions

Una mala aparença física pot dur l'entrevistador a treure conclusions errònies precipitades. Aquestes poden fer que després, al llarg de l'entrevista, vagi cercant indicis per confirmar la conclusió.

c) Error lògic. De manera semblant a l'efecte halo, una característica específica del pacient pot portar l'entrevistador a jutjar altres característiques incorrectament fent ús de la seva lògica.

Exemple d'error lògic

Un pacient presenta dos símptomes característics d'una depressió: falta de gana i insomni. El psicòleg, amb la lògica, pot relacionar aquests dos símptomes amb la depressió i centrar equivocadament l'entrevista a cercar indicis d'aquest problema.

d) Atribució de la causa. L'entrevistador pot inferir de manera subjectiva els motius de la conducta del pacient basant-se únicament en impressions personals.

e) Error de generositat. L'entrevistador pot ser massa "generós" amb el pacient i avaluar una conducta de manera més positiva del que en realitat és.

Exemple d'error de generositat

El psicòleg pot magnificar la conducta adequada d'un pacient i minimitzar-ne les conductes inadequades.

Són molts més els errors possibles que l'entrevistador pot cometre durant l'entrevista. A més dels presentats prèviament, altres que també són importants són: utilitzar al llarg de l'entrevista de manera no apropiada els reforçaments i/o no utilitzar-ne (cal tenir present que és important que el psicòleg reguli la conducta del pacient proporcionant contingències positives a les bones conductes i contingències negatives a les conductes no apropiades), permetre que el pacient dirigeixi l'entrevista, adoptar una actitud totalment inflexible, bombardejar el pacient amb diverses preguntes alhora, adoptar una actitud passiva i evitar tractar àrees que generen angoixa al pacient.

Activitat. Evitar conflictes durant la teràpia

Hem vist algunes habilitats per a fer entrevistes i alguns errors freqüents. Tenint presents també les habilitats i les situacions problemàtiques tractades en el mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics", reflexioneu sobre l'entrenament necessari per a l'avaluació en psicologia clínica i de la salut i quines estratègies podeu seguir per evitar els errors o situacions conflictives. Comenteu i compareu les vostres reflexions amb les dels companys de l'aula.

1.7.2. Biaixos promoguts per l'entrevistat

Un dels biaixos que pot introduir l'entrevistat és presentar una imatge favorable d'ell mateix, distorsionant d'alguna manera la realitat. Això es pot donar sobretot en els primers moments, ja que per al pacient pot ser difícil mostrar-se tal com és davant d'un "desconegut". Per això és molt important que no ens deixem portar per la primera impressió i valorem de la manera més objectiva possible el pacient durant tot el procés.

Un altre biaix que es pot donar és que l'entrevistat proporcionï al psicòleg informes retrospectius inexactes. Això és més típic que passi quan es demana informació al pacient de tipus psicosocial (per exemple, conflictes familiars, inici dels símptomes psiquiàtrics) que quan es demana informació, per exemple, sobre canvis de lloc de residència i adquisició d'habilitats (per exemple, la lectura).

Per tant, l'entrevistador hauria d'estar contínuament qüestionant-se l'estil, les actituds i expectatives, ja que poden comprometre la validesa de l'entrevista.

1.8. Virtuts i problemes de l'entrevista clínica

Les principals virtuts de l'entrevista, com a instrument de recollida de dades, són:

- Té un cost relativament baix.
- Permet recollir conducta verbal i no verbal.
- És flexible.
- Es pot dur a terme en molts indrets.

No obstant això, l'entrevista no està exempta de problemes. Entre els més importants podem destacar:

- El suport teòric i metodològic de l'entrevista són a vegades escassos.
- La formació en entrevista per part dels psicòlegs és sovint escassa.
- L'entrevista es basa, com altres instruments de recollida de dades, en relats de la persona, i la persona entrevistada narra la seva percepció, que no sempre pot correspondre amb la realitat. D'altra banda, el pacient pot no estar sempre atent a la manera en què succeeixen els fets, i per tant li pot resultar complicat explicar els fets al psicòleg. Així, Goldfried i Davidson (1976) apunten que sovint les conductes rellevants impliquen respostes superapreses, és a dir, no percebudes pel pacient. D'altra banda, una mateixa informació pot ser interpretada de manera diferent pel psicòleg i pel pacient i per tant es poden produir distorsions.

L'entrevista clínica

Pel que fa a l'entrevista clínica, podem ressenyar les característiques que tot seguit s'especifiquen:

- És l'instrument fonamental del procés d'avaluació i intervenció en psicologia clínica i de la salut.
- Podem diferenciar les entrevistes segons el grau d'estructuració.
- Per tal de desenvolupar una bona entrevista, l'hem de preparar prèviament i adaptar-la a les característiques del pacient. Sempre convé introduir al pacient què es farà a la consulta i com es farà.
- Per a recollir informació és recomanable formular primer preguntes obertes i després més tancades.
- Convé resumir de tant en tant la informació aportada pel pacient, i acabar l'entrevista amb una síntesi.
- És aconsellable prendre notes durant el transcurs de l'entrevista.
- L'èxit de l'entrevista depèn en gran part de les habilitats per a entrevistar; aquestes habilitats es poden aprendre i millorar amb la pràctica.
- En el transcurs d'una entrevista es poden produir errors, tant per part de l'entrevistador com de l'entrevistat.
- L'entrevista té alguns avantatges però també alguns inconvenients respecte d'altres instruments d'avaluació.

2. Sistemes de classificació i instruments diagnòstics generals

Tal com hem anat comentat durant tots els materials i en l'apartat precedent, creiem que l'instrument més rellevant per a l'avaluació psicològica és l'entrevista clínica combinada amb altres instruments per a perfilar la informació obtinguda en cas que s'estimi oportú. Malgrat això, és molt important, en el procés d'avaluació, tenir presents els criteris de classificació que ens poden ajudar a diagnosticar i a delimitar els problemes dels pacients. Per aquest motiu en aquest apartat fem un resum molt breu de les característiques dels dos sistemes de classificació que s'utilitzen més freqüentment en el nostre àmbit: el DSM (el Sistema de Classificació de l'Associació Americana de Psiquiatria, APA) i el CIM (Classificació Internacional de Malalties, de l'Organització Mundial de la Salut, OMS) i us recomanem que reviseu aquests sistemes.

També, tot i que no n'és indispensable la utilització, comentem en aquest apartat alguns instruments diagnòstics generals. En concret, presentem entrevistes estructurades i basades en els sistemes de classificació, qüestionaris basats en els sistemes de classificació i altres qüestionaris diagnòstics generals que no es basen en els sistemes de classificació. Tots aquests instruments, i els sistemes de classificació, poden ser molt útils quan la finalitat de l'avaluació és només establir el diagnòstic del pacient (per exemple, en un peritatge judicial). No obstant això, quan l'objectiu és fer una avaluació emmarcada dins del procés d'avaluació i intervenció haurem d'utilitzar altres estratègies i procediments; en aquest cas, els instruments diagnòstics generals són un punt de partida o un complement.

2.1. Els sistemes de classificació: una breu introducció

La primera categorització que es va fer dels trastorns mentals va ser als Estats Units en el cens del 1840. En aquesta, només apareixia el diagnòstic "d'idiòcia" (bogeria) per a agrupar tots els trastorns mentals. Afortunadament, els sistemes de classificació han evolucionat i actualment trobem un ampli ventall de trastorns mentals que estan categoritzats i descrits en els sistemes de classificació actuals.

Els sistemes de classificació ens ajuden a utilitzar un llenguatge comú de les diferents malalties mentals, oferint descripcions clares de les categories diagnòstiques per a facilitar als clínics i als investigadors el diagnòstic, la comunicació, l'estudi i l'atenció a les persones amb diversos trastorns mentals.

Com diu J. B. W. Williams (1996), els sistemes de classificació diagnòstica tenen tres propòsits generals, i també moltes funcions específiques de tipus clínic, administratiu, legal i científic. El primer propòsit és aportar-nos un llen-

guatge amb el qual tots els professionals de la salut ens puguem comunicar. El segon és estudiar la història natural d'un trastorn en particular i desenvolupar un tractament eficaç. L'últim és el de potenciar la comprensió de les diverses causes dels trastorns mentals. Els sistemes de classificació també ens ajuden a "ordenar els coneixements". Per tal d'acomplir aquestes funcions, han de ser fiables, vàlids, han de permetre classificar tots els trastorns i han de ser senzills d'utilitzar.

2.2. Tipus de sistemes de classificació

Alguns autors (Muñoz, 2003; Barlow *et al.*, 1999, entre d'altres) diferencien tres tipus de sistemes de classificació: els **sistemes categorials**, els **dimensionals** i els **prototípics**.

Per **sistemes categorials** entenem aquells que es basen en la concepció de Kraepelin dels trastorns mentals. Segons aquest autor, cada trastorn té una causa biològica i unes característiques diferents, i per tant cada trastorn és diferent d'un altre. Com cada trastorn és diferent dels altres (té causes i característiques diferents), hi ha d'haver un conjunt de criteris específics que s'han de donar (tots) per a definir la categoria. Per tant, un diagnòstic concret estarà format per un conjunt de criteris específics i, per a dir que un subjecte presenta la categoria, haurà de presentar tots els criteris.

Els **sistemes dimensionals**, a diferència dels anteriors, són els que permeten classificar els trastorns mentals d'una manera més quantitativa aplicant tècniques estadístiques, identificant així perfils dimensionals de cada diagnòstic. Un grup de símptomes formen una dimensió o un continu en què les persones tenen la seva posició dins de la dimensió; en canvi, en el categorial la persona el té (si presenta tots els criteris que defineixen una categoria) o no el té. Com veurem posteriorment, el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI (Starke, Hataway i McKinley, 1930), és un exemple d'instrument elaborat des d'aquesta perspectiva.

Diferències entre sistemes categorials i dimensionals

Suposem que disposem d'un sistema de classificació categorial en què es defineix la depressió pels criteris següents: estat d'ànim depressiu la major part del dia, disminució de l'interès o de la capacitat de gaudir en les activitats, sensació de fatiga i disminució de la capacitat per a pensar. Podríem dir que un subjecte té depressió si compleix tots els símptomes descrits.

En canvi, un sistema dimensional definiria la depressió com un continu en el qual tots ens podem ubicar. Per exemple, a partir d'un hipotètic instrument de mesura, podrien establir un continu de 0 (gens de depressió) a 100 (depressió extrema). Els més pròxims al 100 tindrien més dificultats.

I finalment els **sistemes prototípics** són una combinació dels sistemes anteriors (el categorial i el dimensional). En efecte, com diu Barlow (1999), els sistemes prototípics són un mètode categòric però amb la variant que combina algunes de les característiques dels altres sistemes. En aquest sistema de

classificació s'identifiquen uns símptomes bàsics per a cada diagnòstic i altres d'optatius. D'aquesta manera, és com si s'establís un prototipus per a cada diagnòstic però no és necessari que es compleixin estrictament tots els criteris.

Encara que en la introducció del DSM-IV-TR (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Diseases*, quarta edició revisada) es defineix el manual com un sistema categòric, diversos autors el consideren com un sistema prototípic, ja que presenten una sèrie de símptomes bàsics i altres d'optatius (vegeu, per exemple, Muñoz, 2003; Barlow *et al.*, 1999). Per a aquests autors, també la CIM (Classificació Internacional de Malalties) seria també un sistema prototípic.

Seguint Muñoz (2003), els sistemes de classificació prototípics presenten uns avantatges en comparació als altres:

- Faciliten la comunicació entre professionals.
- S'utilitzen molt freqüentment en les investigacions epidemiològiques i en la investigació clínica (psicopatologia, avaluació i tractament).
- Ajuden a sistematitzar i fan de guia heurística d'avaluació i tractaments.
- Ajuden a la formulació clínica.
- Faciliten la comparació de l'efectivitat de diferents tractaments per al mateix trastorn.

Per contra, Muñoz assenyalava algunes dificultats d'aquests sistemes:

- Dificultat en la graduació dels trastorns.
- Falta de teoria.
- Són poc clars en els casos difícils.
- Existeix la possibilitat de presentar dobles o triples diagnòstics.
- Poden portar a la "psiquiatrizació" d'alguns problemes (per exemple, problemes de relacions personals).

2.3. Els sistemes de classificació actuals més utilitzats: el DSM-IV-TR i CIM-10

A continuació, resumim les característiques principals dels dos sistemes de classificació actuals més utilitzats: el DSM-IV-TR i el CIM-10.

2.3.1. DSM-IV-TR- Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals

La primera versió del manual diagnòstic de l'Associació Psiquiàtrica Americana (APA) es va publicar el 1952. No obstant això, fins a la creació del DSM-III (1980), liderat per Spitzer i publicat per l'APA (Societat Americana de Psiquiatria), el DSM no va ser un sistema de classificació semblant al que hi ha actualment. En aquesta edició, en el DSM-III, ja es detallava cada trastorn amb criteris més específics que es basaven en els fets i no en les causes. D'aquesta manera, cada trastorn tenia uns criteris propis i no es deixava influir per les

Vegeu també

Reviseu els materials de les assignatures *Psicopatologia infantil* i *Psicopatologia d'adults*, en què trobareu informació completa dels diferents trastorns i sistemes de classificació. També podeu revisar els manuals de cadascun dels sistemes de classificació i els webs que us indiquem més endavant, en els apartats 2.3.1 i 2.3.2.

diverses teories dels diferents models teòrics. Segons Miller *et al.* (2001), en les versions anteriors (DSM-I i DSM-II), la concepció predominant era fer una descripció de les malalties fetes per observadors "subjectius", que defineixen les síndromes com a reaccions psicològiques.

Les diverses actualitzacions (DSM-IV, DSM-IV-R, etc.) han fet que els sistemes de classificació s'hagin adaptat a totes les troballes de les investigacions que s'han fet fins a arribar a l'última versió creada el 2000, que és el DSM-IV-TR.

Aquesta nova versió, igual que les altres a partir del DSM-III, presenta les propietats següents:

a) Té criteris diagnòstics operacionals. El DSM, dins de cada categoria diagnòstica, presenta criteris definits operacionalment, tant d'inclusió com d'exclusió, que permeten avaluar la pertinença o no a una categoria diagnòstica. Dins de cada categoria diagnòstica, es presenta una llista de criteris dels quals s'ha de complir un nombre determinat –però no tots– per a fer el diagnòstic.

b) És un sistema jeràrquic. Les categories diagnòstiques s'ordenen jeràrquicament tenint en compte que alguns símptomes d'alguns trastorns també es mostren en altres trastorns. Per exemple, un trastorn depressiu degut a una malaltia mèdica es classificaria en aquest diagnòstic i no es diagnosticaria com una depressió, ja que jeràrquicament la classificació de trastorn depressiu degut a una malaltia mèdica ja conté els símptomes d'un trastorn depressiu. Un altre exemple que explica aquesta concepció jeràrquica és un pacient que presenta esquizofrènia amb trastorns depressius. En aquest cas, no caldria fer un diagnòstic de depressió, ja que dins del diagnòstic d'esquizofrènia ja s'associarien els símptomes depressius.

c) És un sistema descriptiu. Els paràmetres que defineixen cada entitat diagnòstica es basen en característiques descriptives de la malaltia i no en un marc teòric concret.

d) És multiaxial. No es limita a proporcionar diagnòstics clínics (com "depressió" o "ansietat"), sinó que a més recull informació d'altres àrees fonamentals (malalties mèdiques, dificultats ambientals, etc.) en els altres eixos. D'aquesta manera, s'avalua el pacient tenint en compte diversos factors que poden estar interrelacionats i que afecten l'estat de l'individu. Específicament, el DSM-IV-TR, igual que les versions fetes a partir del DSM-III, inclou cinc eixos. Molt breument, aquests eixos són:

- **Eix I: Síndromes clíniques i altres condicions que poden requerir atenció clínica.** En aquest eix s'inclouen tots els trastorns mentals que conté el manual, excepte els trastorns de personalitat i el retard mental. Específicament, els trastorns inclosos en l'eix 1 són: 1) deliri, demència, trastorns amnèsics i altres trastorns cognoscitius, 2) trastorns mentals deguts

a malaltia mèdica no classificats en altres apartats, 3) trastorns relacionats amb substàncies, 4) esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, 5) trastorns de l'estat d'ànim, 6) trastorns d'ansietat, 7) trastorns somatomorfs, 8) trastorns facticis, 9) trastorns dissociatius, 10) trastorns sexuals i de la identitat sexual, 11) trastorns de la conducta alimentària, 12) trastorns del son, 13) trastorns del control dels impulsos no classificats en altres apartats, 14) trastorns d'adaptació i 15) trastorns de la personalitat.

Una persona pot tenir més d'un d'aquests diagnòstics i cal codificar tots els que presenti. El motiu principal de consulta es pot anomenar **diagnòstic principal**, tot i que caldrà valorar si el motiu de la consulta és realment el problema principal del pacient.

- **Eix II: Trastorns de la personalitat. Deficiència mental.** En aquest eix s'inclouen els trastorns de la personalitat i el retard mental (inclòs en l'apartat de trastorns d'inici en la infància i l'adolescència).
- **Eix III: Condicions mèdiques generals.** En aquest eix es descriuen i es classifiquen els possibles problemes mèdics que pot presentar el pacient. En aquest eix s'utilitzen els codis que l'OMS (Organització Mundial de la Salut) ha creat per a les malalties mèdiques.
- **Eix IV: Problemes ambientals i psicosocials.** Aquí s'inclouen els esdeveniments vitals que hagi pogut patir entorn de: problemes relatius al grup primari de suport, problemes relatius a l'ambient social, problemes relatius a l'ensenyament, problemes laborals, problemes d'habitatge, problemes econòmics, problemes d'accés als serveis d'assistència sanitària, problemes relatius a la interacció amb el sistema legal o el crim i altres problemes psicosocials i ambientals.
- **Eix V: Avaluació del funcionament global.** Per aquest eix s'administra una escala d'adaptació i funcionament que és l'EEAG (escala d'avaluació de l'activitat global). En aquesta escala es considera l'activitat psicològica, social i laboral al llarg d'un hipotètic continu de salut-malaltia. En concret, s'atorga una puntuació a l'estat del pacient entre 100 (sense problemes i amb una adaptació òptima) i 0 (perill imminent de suïcidi o incapacitat completa). En aquest eix no s'han d'incloure alteracions de l'activitat degudes a limitacions físiques ni ambientals.
Podeu veure el funcionament d'aquesta escala i dels altres eixos en l'enllaç següent: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG): (http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/ev_m_axial.html).
A continuació, us proposem un exemple perquè veieu com es diagnostica amb el DSM-IV-TR.

Un exemple de diagnòstic amb DSM-IV-TR

Un pacient arriba a la consulta i ens explica que ha tingut tres episodis d'atacs d'angoixa (palpitacions, tremolors, sudoració, por de morir-se i desrealització) en l'últim mes. Aquests episodis han aparegut en diverses situacions (al metro, a casa i a l'ascensor) i fan que estigui en un estat d'angoixa per la por que tornin a succeir, però continua agafant el

metro, l'ascensor, etc. Té comportaments d'inhibició social, evita estar en contacte amb les altres persones per por de ser avaluat negativament. Té dificultats per a establir relacions ja que les evita, es veu inferior als altres i té una por excessiva de ser criticat i de no agradar. El pacient fa dos anys que està a l'atur i refereix que quan era petit li van diagnosticar dermatitis atòpica.

A partir de les dades recollides durant l'entrevista, podem fer el diagnòstic següent del subjecte basat en el DSM-IV-TR:

- **Eix I:** F41.0 Trastorn d'angoixa sense agorafòbia [300.01].
- **Eix II:** F60.6 Trastorn de la personalitat per evitació [301.82].
- **Eix III:** L 20 Dermatitis atòpica.
- **Eix IV:** A l'atur.
- **Eix V:** EEAG = 41.

En aquest exemple, ja podem veure que s'utilitzen uns codis per a cada trastorn. En l'eix I i el II els codis que tenen la F al començament (F41.0 i F.60.6, en aquest exemple) són els codis que indica el CIM-10 per a aquests trastorns. Els números que estan entre claudàtors (300.01 i 301.82, en el nostre exemple) són els codis que el DSM-IV-TR dóna per a aquests trastorns. Com veiem, en els dos manuals hi ha els mateixos trastorns però cadascun hi assigna un codi diferent. Aquesta correspondència la podem trobar en el manual del DSM-IV-TR, en què hi ha un apèndix que relaciona els diferents codis del DSM-IV-TR amb els codis del CIM-10.

En l'eix III, com ja hem dit anteriorment, s'agafen els codis del CIM-10, ja que el DSM-IV-TR no classifica les malalties mèdiques. I, finalment, en els eixos IV i V no es presenten codis. En l'eix IV esmentem els problemes socials i ambientals que pateix seguint l'etiquetatge que fa el manual. I en l'últim eix (eix V) posem el resultat que ha obtingut en l'EEAG, que en el nostre exemple correspondria a una puntuació de 41: "síntomes greus o qualsevol alteració greu de l'activitat social, laboral o escolar".

Finalment, cal destacar que el DSM-IV-TR descriu la informació següent de cada trastorn:

- Les característiques diagnòstiques.
- Els subtipus i /o especificacions.
- El procediment de tipificació.
- Els símptomes i trastorns associats.
- Els símptomes dependents de la cultura, edat i sexe.
- La prevalença.
- El curs.
- El patró familiar.
- El diagnòstic diferencial.
- Relació amb els criteris diagnòstics de la CIM-10.

2.3.2. CIM-10- Classificació internacional de les malalties

El CIM-10 (CIE-10 en castellà) és la classificació europea creada per l'OMS (Organització Mundial de la Salut) que classifica tant les malalties mèdiques com les malalties mentals. Tot i que el nostre sistema de referència és el DSM-IV-TR, és interessant també conèixer les propietats de la CIM-10, ja que és molt utilitzada sobretot en els estudis epidemiològics.

D'una manera semblant al DSM-IV-TR, la CIM-10 ofereix una descripció dels criteris, el diagnòstic diferencial i els principals símptomes. Aquest sistema, igual que el DSM-IV-TR, és multiaxial, però a diferència del sistema de classificació de l'APA solament té tres eixos. Breument, el contingut dels eixos que conté és:

1) Eix I. Diagnòstic clínic

Aquí s'inclouen tot tipus de trastorns, tant mentals com malalties mèdiques, amb l'objectiu de fer un diagnòstic global. En total hi ha 22 capítols, i les malalties mentals són en el capítol 5.

En concret, les categories de malalties mentals que s'inclouen en el capítol 5 són les que es presenten a continuació:

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

Per a cadascuna de les categories hi ha subcategories que descriuen cadascuna de les malalties mentals específiques. Per exemple, trobem que dins de la categoria "trastorns neuròtics, trastorns secundaris a situacions estressants i trastorns somatomorfs" hi ha diversos diagnòstics específics com ara: F41.0 Trastorn de pànic, F41.1 Trastorn d'ansietat generalitzada, F41.2 Trastorn mixt d'ansietat i depressió.

Enllaços recomanats

Podeu trobar aquesta classificació al web de l'OMS <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>. En aquest web, a més de la classificació, podreu trobar un manual per a utilitzar-la.

Al web següent també podeu trobar la classificació dels trastorns mentals en castellà: <http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie1.htm>.

2) Eix II. Discapacitat

Aquest eix s'utilitza per a avaluar la discapacitat funcional. Amb aquest objectiu s'avaluen les àrees següents:

- Cura personal: manteniment de la higiene, salut física, hàbits alimentaris, pertinències i espai vital.
- Funcionament ocupacional (activitats remunerades, d'estudi o domèstiques): adequació a la disciplina necessària, qualitat de l'execució i motivació per mantenir-se en la tasca.
- Funcionament en la família (participació en la vida familiar i de parella). Dins d'aquesta àrea es diferencien:
 - Rol marital: comunicació amb la parella, capacitat per a mostrar afecte i preocupació per l'altre i grau en què la parella sent que té el suport de l'altre.
 - Rol parental: tasques bàsiques per a la cura dels nens, preocupació, cura i afecte mostrat cap als fills i el seu benestar i el seu futur, i abús de l'autoritat parental amb efectes adversos per als fills.
 - Participació en tasques domèstiques: tasques que ajuden a la vida familiar com a grup social i tasques i participació en activitats domèstiques.
- Comportament social en general (relació amb els altres membres de la comunitat i activitats socials): com respon a les demandes socials, relació amb aquells que no agraden al pacient, qualitat i quantitat de contactes amb amics i altres i participació en activitats d'oci i de plaer.

3) Eix III. Factors ambientals i circumstancials

Aquí s'han d'anotar els factors que han contribuït o contribueixen a l'ocurrència, curs, etc. dels trastorns esmentats en l'eix I. S'anotarien els factors que han tingut una gran rellevància i que han influenciat significativament en el pacient, com podria ser la mort d'una persona, que està en la base del trastorn depressiu.

El CIM-10 facilita la llista següent de factors ambientals i circumstancials que cal considerar:

- Problemes relacionats amb esdeveniments negatius en la infància i en el desenvolupament: pèrdua d'una relació amorosa (d'una relació important per al nen, per mort o desaparició permanent), allunyament de la llar (involuntari, per hospitalització o un altre tipus), esdeveniments que resulten en pèrdua de l'autoestima (estigmatització, experiències humiliants),

abús físic, experiència aterridora, control parental inadequat, sobreprotecció parental, desenvolupament en una institució durant la infància, rebuig emocional i altres problemes (poques oportunitats d'aprenentatge, de joc, etc.).

- Problemes relacionats amb l'educació: analfabetisme total o parcial, dificultats d'escolarització, fracàs escolar i inadaptació escolar.
- Problemes relacionats amb el grup primari de suport: problemes amb la parella, problemes amb els pares o sogres, suport familiar inadequat, absència d'un membre de la família, desaparició o mort d'un membre de la família, separació o divorci, tenir un parent amb dependència i necessitat d'atenció a casa, situació familiar atípica i altres situacions estressants.
- Problemes amb relació amb l'ambient social: viure sol, dificultats d'adaptació cultural, rebuig social, i discriminació i/o persecució racial, religiosa, etc.
- Problemes relacionats amb l'habitatge i l'economia.
- Problemes relacionats amb el treball i l'atur.
- Problemes relacionats amb l'ambient físic.
- Problemes relacionats amb certes circumstàncies psicosocials: embaràs no desitjat, problemes derivats del número excessiu de fills i problemes derivats dels sistemes de suport social.
- Problemes relacionats amb la llei: convicte sense empresonar, empresonament o procediments civils, víctima d'un crim, terrorisme, o tortura, i víctima de catàstrofes humanes (guerra, desastres, etc.).
- Problemes relacionats amb la història familiar de trastorns: història familiar de trastorns mentals o de comportament i història familiar de trastorns físics, crònics o discapacitats.
- Estil de vida i enfrontament de problemes: ús excessiu de substàncies (sense addicció), falta d'exercici físic, hàbits alimentaris inadequats, conducta sexual d'alt risc i d'altres (síndrome del cremat o *burn-out*, falta de relaxació i activitats de plaer, estrès i manca d'habilitats socials).

Les funcions dels sistemes de classificació diagnòstica i els avantatges d'utilitzar-los són els següents :

- Són útils per a la recerca, ja que permeten l'estandardització i seguir criteris comuns en la recerca.

- Permeten una comunicació interprofessional efectiva.
- Al començament de la professió poden ser útils, ja que faciliten unes pautes molt clares a l'hora de diagnosticar.
- Poden ser útils en els casos en què tenim dificultats per a trobar quins són els problemes principals dels pacients.
- Ajuden a conèixer els símptomes que més probablement es poden donar en cadascun dels diferents síndromes.
- Faciliten l'avenç de la classificació dels trastorns mentals.
- Com que no anomena l'etiologia dels trastorns, facilita la comunicació entre els diversos professionals de diferents corrents teòrics.
- Els criteris diagnòstics estan formulats de manera molt senzilla i clara, i inclouen gran quantitat d'informació.

Com a riscos possibles derivats de la utilització dels sistemes de classificació diagnòstica, podem destacar:

- L'objectiu de l'avaluació en psicologia clínica i de la salut és, en la majoria de casos, conèixer la persona i els seus problemes per tal de planejar i fer una intervenció. En aquest sentit, el més important és una avaluació exhaustiva de la persona i no tant obtenir una etiqueta diagnòstica.
- Les etiquetes diagnòstiques poden ser útils per al treball amb diversos professionals però moltes vegades poden ser perjudicials per als pacients.
- Ens trobem amb molts usuaris que no compleixen els criteris diagnòstics per cap dels trastorns especificats. Si els classifiquem seguint els criteris dels sistemes de classificació, s'etiquetarien dins dels trastorns "no especificats" i es construiria així un calaix de sastre per a molts trastorns.
- Poden fer que ens centrem només en el diagnòstic i no valorar els factors que poden estar mantenint els símptomes.
- El mateix diagnòstic pot aplicar-se a persones amb diferents conductes i podem caure en l'error de fer una intervenció semblant sense tenir en compte altres variables com poden ser la personalitat i les variables que mantenen la problemàtica.
- Quan formulem un diagnòstic, el pacient pot buscar informació en fonts no fiables i intentar resoldre per ell mateix els seus problemes (per exemple, pot saber que una de les tècniques per a les crisis d'angoixa és respirar en una bossa i ho intenta fer tot sol sense tenir en compte les altres variables).

Finalment, us remarquem alguns consells pràctics per a utilitzar els sistemes de classificació diagnòstica:

- Utilitzeu-los si ho creieu oportú, però no com a únic instrument d'avaluació.
- Tingueu molta cura amb l'estigmatització que poden provocar les etiquetes diagnòstiques.
- Reviseu els diagnòstics diferencials que s'utilitzen per a cada trastorn, serà molt útil per a diferenciar trastorns que tenen símptomes semblants (per exemple, trastorn depressiu major amb trastorn distímic).
- Quan s'assigna un diagnòstic cal formular hipòtesis sobre les diverses variables que poden mantenir el problema i no etiquetar cada pacient amb el mateix trastorn de la mateixa manera sense tenir en compte altres variables.
- Feu un diagnòstic d'una manera multiaxial tenint en compte els diferents eixos; d'aquesta manera avaluareu el pacient d'una manera més global.
- Utilitzeu les noves versions de les classificacions.
- Si feu un informe per a un altre professional del sector (psicòleg, psiquiatre, etc.) utilitzeu els codis i el diagnòstic. No cal que descriu els símptomes, ja que queden inclosos en el diagnòstic.

2.4. Entrevistes estructurades basades en els sistemes de classificació

Un cop vistos els principals sistemes de classificació, presentem breument les característiques de les principals entrevistes estructurades de què disposem. Generalment s'han elaborat seguint els criteris dels sistemes de classificació descrits i, per tant, presenten unes preguntes que l'entrevistador ha d'anar fent per tal de determinar si es compleixen els criteris necessaris per a arribar a un determinat diagnòstic.

Les més utilitzades són la CIDI (*Compositive International Diagnostic Interview*), la SCDI (*Clinical Interview for DSM-III-R*) i la PRIME-MD/PHQ (*The Primary Care Evaluation of Mental Disorder*). Aquestes entrevistes tenen en comú que són estructurades i faciliten una guia de preguntes a l'entrevistador. De les tres entrevistes, la CIDI és una entrevista estructurada i les altres dues (SCID i PRIME-MD/PHQ) també són estructurades però no tan estrictes com la CIDI.

L'ús d'aquestes entrevistes presenta com a principals avantatges: augmenten la fiabilitat amb què es fan els diagnòstics, són fàcils per a anotar símptomes específics i ajuden a fer diagnòstics fiables. No obstant això, com a principal desavantatge, cal dir que són poc flexibles i que poden passar per alt aspectes que, encara que no estan detallats en l'entrevista, són importants per al pacient. A continuació presentem breument aquestes tres entrevistes, que s'han creat específicament per a població infantil:

a) CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). La CIDI (OMS, 1992) és una entrevista estructurada, molt utilitzada en estudis epidemiològics que permet obtenir diagnòstics basats en el DSM i en el CIM. Va ser creada per l'OMS (Organització Mundial de la Salut), igual que el sistema de classificació CIM, i l'Institut de Drogues i Alcohol dels Estats Units (ADAMHA), a partir de l'entrevista DIS (*Diagnostic Interview Schedule*, 1981). Actualment la versió que s'utilitza, seguint les últimes versions dels sistemes de classificació, és la CIDI 3.0.

L'entrevista s'estructura en mòduls i facilita preguntes perquè el professional pugui avaluar la presència dels trastorns de l'eix I. Es pot utilitzar la CIDI amb diferents referents temporals que permeten avaluar la presència de trastorns en diferents espais temporals. En concret, es pot fer l'entrevista en referència a tota la vida, durant els últims dotze mesos i durant els últims trenta dies (per a fer el diagnòstic actual).

Aquesta entrevista permet fer 17 diagnòstics generals i 6 de secundaris. Per tal d'arribar a aquests diagnòstics, l'entrevista es divideix en les seccions següents:

- Dades demogràfiques.
- Trastorns deguts al consum de tabac.
- Trastorns somatoformes i dissociatius.
- Trastorns fòbics i altres trastorns d'ansietat.
- Trastorns depressius i trastorn distímic.
- Episodi maníac i trastorn afectiu bipolar.
- Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
- Trastorns de la conducta alimentària.
- Trastorns deguts al consum d'alcohol.
- Trastorn obsessivocompulsiu i trastorn d'estrès posttraumàtic.
- Trastorns deguts al consum de substàncies psicòtropes.
- Demència, amnèsia i altres trastorns cognitius.
- Observacions de l'entrevistador.
- Avaluació de l'entrevistador.

En cadascuna d'aquestes seccions, s'inclouen preguntes que l'entrevistador ha de fer al pacient sobre símptomes relacionats amb els trastorns mentals. L'entrevistador, a partir de les respostes del pacient, ha d'atorgar una de les categories següents: absent, present en un nivell subclínic, present però a causa del consum de substàncies, present però per una causa orgànica i clarament

present. A més, l'entrevista està creada d'una manera modular que permet obviar algunes preguntes si es veu que no es compleixen els criteris per a un mòdul. En canvi, quan els pacients indiquen que presenten alguns dels símptomes sobre els quals se'ls pregunta, se'ls fan preguntes addicionals per a obtenir una descripció més detallada.

Aquesta entrevista està disponible tant en versió paper com informatitzada. La segona és més fàcil d'administrar però, tot i així, cal un entrenament específic previ per a utilitzar-la.

b) SCID (*Structured Clinical Interview for DSM*). L'SCID (Spitzer *et al.*, 1987) està formada per un qüestionari que ha de respondre el pacient i una entrevista estructurada que, en la versió original, es basava en els criteris del DSM-III. De manera semblant a la CIDI, l'entrevista té una pauta del que l'entrevistador ha d'anar preguntant.

Aquesta entrevista també està construïda de manera modular i les preguntes permeten passar a la secció següent en el cas que el pacient no presenti la simptomatologia corresponent a un diagnòstic. Aquesta és més utilitzada en l'àmbit clínic que l'anterior, que, com hem comentat, s'utilitza bàsicament en estudis epidemiològics.

Hi ha diverses versions de la SCID:

- **SCID I.** Avaluava bàsicament la presència dels trastorns més freqüents de l'eix I del DSM-IV. Dins de la SCID I, hi ha també diverses versions de l'entrevista, tant per a la recerca com per a la clínica. Específicament, per a la recerca es disposa de tres versions de l'SCID I:
 - SCID I-P: permet avaluar els trastorns de l'eix I en pacients psiquiàtrics.
 - SCID I-OP: permet avaluar els trastorns de l'eix I en pacients psiquiàtrics externs.
 - SCID I-NP: permet avaluar els trastorns de l'eix I en persones no identificades com pacients psiquiàtrics.La versió clínica de la SCID I (SCID I CV) és essencialment igual que la de recerca, però més senzilla i més breu que les versions per a la recerca.
- **SCID II.** Permet avaluar els 11 trastorns de la personalitat (eix II) que inclou el DSM-IV. En aquesta versió el pacient ha de contestar prèviament un qüestionari. El temps per a completar aquest qüestionari és de 20 minuts, aproximadament. Després el clínic ha de fer les preguntes delimitades per l'entrevista només en referència a aquells símptomes identificats en el qüestionari.

c) **PRIME-MD** (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) (Spitzer et al., 1994). Aquesta entrevista és una simplificació de l'anterior perquè s'utilitza en atenció primària. Consta de dues fases: primer el pacient contesta un qüestionari de 25 ítems que és molt semblant al PHQ (*Patient Health Questionnaire*), que descrivim més endavant. Segons les respostes, l'entrevistador formula les preguntes de l'entrevista adreçades a avaluar amb més detall els símptomes detectats amb el qüestionari contestat pel pacient. En concret, amb l'entrevista es pot profunditzar més en els diagnòstics de les 5 categories diagnòstiques que s'avaluen: trastorn de l'estat d'ànim, ansietat, trastorns somatomorfs, trastorns d'alimentació i trastorns per substàncies. Dins d'aquestes categories diagnòstiques, es pot arribar a un total de 16 diagnòstics específics.

d) **DICA** (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*). També s'han creat entrevistes estructurades per a nens i adolescents. En aquest sentit, una de les més utilitzades és la DICA (1975), que es basa en els criteris del DSM. La versió en espanyol de la DICA s'anomena *Entrevista diagnòstica per a nens i adolescents* (EDNA). Aquesta versió es basa en els criteris del DSM-IV.

La versió espanyola de la DICA

La Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament de la Universitat Autònoma de Barcelona ha estat treballant en la versió espanyola de l'entrevista. En podeu trobar més informació i enllaços a treballs interessants al seu web: <http://www.ued.uab.es/menudica.htm>.

Amb aquesta entrevista es poden avaluar les categories següents, que engloben diversos trastorns:

- 1) **Trastorns de conducta.** Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, trastorn negativista desafiant, trastorn disocial, ús i dependència d'alcohol, ús i dependència del tabac, ús i dependència de marihuana, i ús i abús d'altres drogues.
- 2) **Trastorns de l'estat d'ànim.** Trastorn depressiu major, mania, hipomania i trastorn distímic.
- 3) **Trastorns d'ansietat.** Trastorn d'ansietat per separació, agorafòbia, trastorn per angoixa, trastorn d'ansietat generalitzada, fòbia específica, fòbia social, trastorn obsessivocompulsiu i trastorn per estrès posttraumàtic.
- 4) **Trastorns de la conducta alimentària.** Anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa.
- 5) **Trastorns de l'eliminació.** Enuresi i encopresi.
- 6) **Trastorns de tics.** Trastorn de la Tourette, trastorn de tics motors o vocals crònics, trastorn de tics transitoris.

7) **Altres trastorns.** Trastorn per somatització.

8) **Psicosis i esquizofrènia.**

Hi ha tres versions de l'EDNA segons l'edat.

- EDNA-C: per a nens i nenes de 6 a 12 anys.
- EDNA-A: per a adolescents de 13 a 17 anys.
- EDNA-P: la contesten els pares dels menors de 6 a 17 anys.

Aquesta entrevista també es pot utilitzar informatitzada per a facilitar la tasca de l'avaluador. No obstant això, com en totes les entrevistes estructurades, per a administrar-la és necessari tenir experiència.

2.5. Qüestionaris basats en els sistemes de classificació

Quant als **qüestionaris** basats en els sistemes de classificació, cal destacar, perquè s'utilitza molt i perquè és útil com a instrument de *screening*, el *Patient Health Questionnaire* (PHQ; Pitzer, Kroenke i Williams, 1999). Tot i que n'hi ha més disponibles en aquest apartat només descriurem aquest, ja que és un dels més utilitzats.

El PHQ es basa en els criteris diagnòstics del DSM-IV, i va ser dissenyat per a ser utilitzat en atenció primària (no necessàriament per personal format en trastorns mentals) i per a ser completat pels pacients. Aquest instrument s'ha creat a partir del PRIME-MD, elaborat pels mateixos autors, que hem vist abans. La versió espanyola del PHQ ha mostrat propietats psicomètriques adequades (Diez-Quevedo *et al.*, 2001).

El PHQ és un qüestionari molt breu, de tres pàgines, i ràpid de completar per part dels pacients. Amb aquest qüestionari es pot avaluar la presència de les categories diagnòstiques següents: depressió, ansietat, abús de l'alcohol, malalties psicossomàtiques i trastorns de l'alimentació.

Es pot utilitzar com a instrument de *screening* en general o per a detectar la presència d'una de les 5 categories de problemes concrets que avalua.

Per a detectar la depressió, el qüestionari conté cinc ítems que representen diferents símptomes depressius i el subjecte ha d'indicar amb quina freqüència els ha tingut durant les dues últimes setmanes (amb una escala de quatre punts: mai, alguns dies, més de la meitat dels dies i quasi cada dia). En el cas de l'ansietat hi ha 22 preguntes en què la persona ha de respondre *sí* o *no*. Aquestes permeten valorar la presència d'atacs d'ansietat i d'ansietat general. En l'escala de trastorns de l'alimentació es valora la presència de dificultats per a controlar el que menja, la presència d'afartaments i conductes per a apimarse per mitjà de cinc ítems (de resposta *sí* o *no*). Pel que fa a l'abús de l'alcohol, es valora per mitjà de set ítems possibles conductes problemàtiques relacionades

Enllaç recomanat

Us recomanem revisar el qüestionari en castellà. Es pot accedir gratuïtament al qüestionari en castellà, i també a altres formes més breus, a través del web: <http://www.phqscreeners.com/>.

amb el consum d'alcohol i la freqüència del consum. Finalment, la presència de malalties psicossomàtiques es valora amb una llista de 13 símptomes en què els subjectes han de valorar fins a quin punt els han molestat (gens, una mica o molt) durant les dues últimes setmanes. El qüestionari està creat de tal manera que si el subjecte no presenta els símptomes es pot saltar a la secció següent, cosa que facilita completar més fàcilment el qüestionari.

2.6. Instruments diagnòstics que no es basen en els sistemes de classificació

En el mòdul 3 (en el material elaborat per Judit Abad i Gil, Glòria Aguirre Llagostera, Blanca Anguera, Manuel Armayones Ruiz, Guillem Feixas, Mercedes Torres Viñals i Ana Tuset; p. de la 6 a la 8) trobareu una breu descripció d'alguns instruments que s'utilitzen molt habitualment per a diferenciar entre diverses patologies i que no estan basats directament en els criteris del DSM ni del CIM. Aquests són el *Multidimensional Personality Inventory* (MMPI), el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-II), l'AMDP-III i l'SCL-90-R.

A continuació, presentem altres instruments que tenen el mateix propòsit i també són molt utilitzats en la pràctica clínica:

- *Brief Symptoms Inventory* (BSI, Derogatis, 1993).

És una versió breu de l'SCL-90-R que avalua les mateixes dimensions. Està format per 53 ítems, que es valoren amb una escala Likert de 0 a 4. Es pot utilitzar a partir dels 13 anys i es triga uns 10 minuts a contestar. Les escales que avalua són:

- Somatització.
- Obsessió-compulsió.
- Depressió.
- Agressivitat-hostilitat.
- Ansietat.
- Ansietat fòbica.
- Ideació paranoide.
- Psicoticisme.
- Sensibilitat interpersonal.

A banda de les puntuacions individuals en cadascuna de les escales, també permet calcular tres índexs globals, que són:

- **Índex global de severitat:** ens indica el grau de malestar que té el pacient.
- **Índex positiu de malestar:** ens indica la intensitat dels símptomes.
- **Total de símptomes positius:** informa del nombre total de símptomes.

L'última versió que hi ha d'aquest instrument és la BSI-18 (Derogatis, 2001), que és més breu: , només té 18 ítems. No obstant això, només avalua tres dimensions (somatització, depressió i ansietat).

- **General Health Questionnaire** (GHQ-28, Goldberg i Hiller, 1979).

L'objectiu d'aquest qüestionari no és avaluar trastorns mentals específics sinó avaluar el grau de salut general. La primera versió del qüestionari consistia en 60 ítems i posteriorment se n'han fet versions més curtes (de 30, 28 i 12 ítems). En el manual de Lobo i Muñoz (1996) podem trobar totes les versions en espanyol.

En la versió GHQ-28, una de les més utilitzades, els 28 ítems es valoren amb quatre opcions de resposta diferents segons la pregunta, i es valoren les escales següents: ansietat/insomni,; disfunció social i depressió severa.

- **SF-36 Health Survey** (Ware i Sherburne,1992).

Aquest qüestionari tampoc permet avaluar trastorns mentals específics, però permet avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut, que és un constructe fonamental.

Es compon de 36 ítems, que es valoren amb escales de tipus Likert que van de dos a sis punts. El qüestionari permet obtenir puntuacions en 8 escales:

- **Funcionament físic:** avalua el grau en què la salut del pacient el limita en les activitats físiques com són fer esport, caminar, etc.
- **Rol físic:** avalua fins a quin punt els problemes de salut física interfereixen a la feina.
- **Dolor:** avalua el grau del dolor i la interferència que li produeix en el seu funcionament.
- **Salut general:** avaluen la percepció que té el pacient del seu estat i les creences sobre aixó.
- **Vitalitat:** valora el nivell de cansament i energia del pacient.
- **Funcionament social:** valoren les limitacions en la vida social i familiar.
- **Rol emocional:** avalua fins a quin punt els problemes emocionals interfereixen en les tasques que duu a terme.
- **Salut mental:** avalua l'estat d'ànim del pacient (inquietud, intranquil·litat, desànim) durant l'últim mes.

Aquestes vuit escales s'agrupen en altres dues escales totals: l'escala de salut física i de salut mental. Les puntuacions que obtenen de cada escala oscil·len entre 0 i 100. Com més puntuació, millor qualitat de vida. La versió espanyola d'aquest qüestionari l'han fet Alonso, Prieto i Antó (1995).

Child Behavior Checklist (CBC, Achenbach i Edelbrock,1991).

Enllaç recomanat

En la pàgina web (www.sf-36.org) de l'instrument podeu trobar més informació.

Aquest instrument es basa en un sistema de classificació dimensional per a avaluar als nois i noies de 4 a 16 anys. El qüestionari l'han de respondre els pares en referència als fills.

En la versió del 1991 es va ampliar el qüestionari per a poder utilitzar-lo fins als 18 anys, i es va crear una versió que poden contestar els professors i una altra que poden contestar els mateixos nens i nenes.

Aquest qüestionari consta de dues parts:

- La primera part està formada per **preguntes més obertes** en què es demana d'una manera més descriptiva els esports que fa el nen o la nena, les aficions, les activitats de la llar que fa i el rendiment escolar en diferents àrees (lectura, escriptura, matemàtiques, etc.).
- La segona part es compon d'un **qüestionari de 113 preguntes** amb tres opcions de resposta (0, quan la conducta no apareix; 1, quan la conducta apareix algunes vegades i 2, quan la conducta apareix amb molta freqüència).

La correcció es pot fer o bé amb una plantilla o bé de manera informatitzada. Segons l'edat i el sexe, les dimensions que avalua són diferents. Per exemple, en nens de 4 a 5 anys es valoren les dimensions de retraïment social, depressió, immaduresa, queixes somàtiques, problemes sexuals, esquizoide, agressivitat i delinqüència. Una alta puntuació en una dimensió no vol dir que el nen presenti el trastorn sinó que els pares i/o tutors han informat que el nen o la nena té diferents símptomes que es donen en una síndrome concreta.

- **Minimental** (MMSE, Folstein *et al.* 1975).

Tot i que aquest qüestionari no ens dóna síndromes diagnòstiques, creiem molt important esmentar-lo, ja que és molt utilitzat per a valorar l'estat cognitiu del subjecte i d'aquesta manera podrem valorar si el pacient pot contestar els qüestionaris.

El qüestionari consta d'11 preguntes, que valoren cinc funcions cognitives superiors:

- **Orientació.**
- **Retenció.**
- **Atenció i càlcul.**
- **Memòria.**
- **Llenguatge.**

La màxima puntuació que es pot obtenir és 30. Una puntuació inferior a 23 ens indica presència d'un dèficit cognitiu i per sota dels 20 punts es considera que el pacient presenta demència.

Els instruments diagnòstics generals

Els qüestionaris que hem presentat poden ser útils per al següent:

- Fer una primera aproximació al diagnòstic del pacient.
- Fer un *screening* ràpid de la simptomatologia en atenció primària.
- Sistematitzar els criteris diagnòstics i el mètode utilitzat per a arribar al diagnòstic en estudis clínics.
- Fer de guia sobre quins aspectes cal indagar.
- Confirmar primeres impressions diagnòstiques.

Com a principals problemes potencials relacionats amb la utilització d'aquests instruments, podem destacar:

- Simplificació excessiva: no és possible avaluar tot tipus de problemes i no es presenten tots els símptomes possibles per a un diagnòstic.
- Pèrdua de flexibilitat: l'entrevista clínica permet adaptar molt millor les preguntes a les característiques dels pacients.
- Avaluació insuficient per a dissenyar el tractament: ens poden oferir informació en quant al diagnòstic, però no de les variables relacionades amb els problemes i altres àrees que poden ser rellevants per a fer el tractament.

És important també remarcar que, per a la utilització d'aquests instruments, sobretot pel que fa a les entrevistes estructurades, cal un entrenament específic per tal de conèixer profundament el funcionament de l'instrument.

Bibliografia recomanada

Podeu trobar la versió espanyola del qüestionari en el títol següent: A. Lobo, P. Saz i G. Marcos (2002). *MMSE – Examen cognoscitivo minimal*. Madrid: Tea.

3. Selecció d'instruments d'avaluació

Com hem comentant, l'entrevista clínica és l'instrument fonamental d'avaluació tot i que moltes vegades s'utilitzen instruments addicionals per a la recollida d'informació. Per tal de decidir si utilitzem altres instruments d'avaluació o no, us recomanem que reflexioneu sobre els aspectes que s'especifiquen a continuació:

- **Fins a quin punt l'instrument és útil per donar resposta al motiu de consulta i aportar informació.** És a dir, hem de valorar si hi ha algun instrument disponible que ens permeti obtenir més informació del problema del pacient. Per exemple, per a un pacient amb queixes d'un estat d'ànim baix pot ser útil administrar-li el *Beck Depression Inventory* (Beck *et al.*, 1996). Per tant, aquest és un instrument que pot ser adequat després d'haver fet una entrevista, en la mesura que ens pot aportar informació addicional específica sobre aquest problema concret.
- **El nivell d'entrenament del psicòleg.** No s'han d'utilitzar instruments amb els quals no estem familiaritzats. És necessari, sempre que vulguem utilitzar un instrument, examinar detingudament les instruccions d'utilització, la manera de calcular les puntuacions, etc.
- **L'experiència professional i les preferències personals.** L'experiència amb pacients semblants ens ajudarà a seleccionar els millors instruments. També amb l'experiència sereu capaços de seleccionar entre diferents instruments disponibles per a avaluar un determinat problema en funció de les vostres preferències i del perfil del pacient.
- **El temps d'administració del qüestionari.** Una premissa per tal de seleccionar els instruments és que si hi ha diversos instruments que permeten valorar un mateix aspecte amb la mateixa validesa, utilitzarem aquell que requereixi menys temps.
- **Les propietats psicomètriques de l'instrument.** Tots els instruments que utilitzem durant el procés d'avaluació haurien d'haver demostrat bones propietats psicomètriques per a la població a la qual volem avaluar. Més concretament, un instrument hauria de ser fiable, vàlid, factible, fàcil d'interpretar i sensible al canvi. A més, també haurien d'haver estat traduïts i validats en la nostra cultura.

A continuació us presentem una taula resum en què es defineixen les propietats psicomètriques que haurien de presentar els instruments que utilitzem. També s'inclouen els criteris operacionals per a valorar la qualitat d'un instrument des d'un punt de vista psicomètric, sempre que hi hagi criteris operaci-

onals (Steiner i Norman, 2005). Aquesta taula us pot ser útil per a tenir presents els criteris que heu de considerar sempre abans de decidir utilitzar un instrument.

Definició operacional de les propietats psicomètriques d'un instrument d'avaluació

Propietats psicomètriques	Definició	Requisits (Streniner i Norman, 2005)
Fiabilitat	Ens informa del grau de reproductibilitat d'una mesura quan s'administra en circumstàncies similars. Hi ha tres tipus de fiabilitat que es descriuen a continuació.	L'instrument que utilitzem hauria de tenir coeficients de fiabilitat iguals o superiors a 0,7 si el volem utilitzar per a fer recerca clínica i iguals o superiors a 0,9 si el volem utilitzar per a la pràctica clínica.
Fiabilitat entre observadors	Ens informa del grau de concordança entre observacions fetes per diferents observadors. És recomanable explorar aquesta propietat per a les mesures que avaluen característiques que són estables en el temps.	
Fiabilitat test retest	Ens informa del grau de concordança entre observacions fetes per a un mateix individu en dos moments temporals diferents com a mínim. És recomanable per a les mesures que avaluen característiques que són estables en el temps.	
Consistència interna	Ens informa del grau en què els ítems d'una mateixa escala, que suposadament avaluen el mateix constructe, correlacionen entre si (homogeneïtat de contingut). És recomanable investigar per a mesures que fan servir diferents ítems per a mesurar un mateix constructe.	
Validesa	Ens informa del grau en què un instrument mesura el que se suposa que mesura. Hi ha 4 tipus de validesa que es descriuen a continuació.	
Validesa de contingut	Ens informa de fins a quin grau la mesura inclou ítems representatius i adequats de la conducta que es vol mesurar	
Validesa estructural	Ens informa de fins a quin punt la relació entre els ítems o entre els diversos components (per exemple, subescales d'una mesura) és consistent amb el model teòric que s'ha utilitzat per a construir la mesura	
Validesa de criteri	Ens informa del grau de correspondència entre una mesura i un criteri extern que es dóna en el mateix moment que s'administra la mesura (validesa concurrent) o es dóna en el futur (validesa predictiva).	Els coeficients de correlació entre l'instrument i el criteri han de ser superiors o iguals a 0,3-0,5. No obstant això, la magnitud de la relació depèn sempre de les hipòtesis d'estudi.
Validesa de constructe	Determina la validesa d'una variable abstracta que no pot ser observada directament. Avalua si una mesura es relaciona amb altres mesures en consistència amb determinades hipòtesis formulades a priori. Hi ha dos tipus de validesa de constructe:	

Propietats psicomètriques	Definició	Requisits (Streniner i Norman, 2005)
	Validesa convergent: Ens informa de com de bé una mesura correlaciona amb una altra mesura que avalua un constructe semblant.	El coeficient de correlació entre la mesura i una altra mesura que avalua un constructe semblant hauria de ser igual o superior a 0,3-0,5. No obstant això, la magnitud de la relació depèn de les hipòtesis d'estudi.
	Validesa discriminant: Avalua fins a quin punt una mesura correlaciona amb una altra mesura que avalua un constructe diferent.	El coeficient de correlació entre la mesura i una altra mesura que avalua un constructe diferent hauria de ser inferior a 0,3. No obstant això, la magnitud de la relació depèn de les hipòtesis d'estudi.
Factibilitat	Ens informa de com de fàcil una mesura pot ser administrada, puntuada i interpretada fàcilment..	
Interpretabilitat	Ens informa del grau de significat que té les puntuacions d'una mesura	
Sensibilitat al canvi	Ens informa de fins a quin punt la mesura és capaç de detectar canvis que es donen sobre la variable mesurada que són clínicament importants per al pacient.	La mida de l'efecte hauria de ser igual o superior a 0,5.

Bibliografia

Bibliografia bàsica

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) (4a. ed., text revisat). Barcelona: Masson.

Buela-Casal, G., Sierra, J.C. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Caballo, V.E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Bullbena A.; Berrios, G., i Fernández, P. (2000). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson.

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

Bibliografia complementària

Achenbach, T.M., i Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont, Departament of Psychiatry.

Alonso, J., Prieto, L., i Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) (4a. ed., text revisat). Barcelona: Masson.

Barlow, D. H. i Durand, V. M. (1999). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México: Thomson Paraninfo.

Beck, A. T., Steer, R. A., i Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptoms Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual* (3a. ed.). Minneapolis: NCS Pearson.

Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.

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

First et al. (1999) *Guía del usuario para la SCID I y II*. Barcelona: Masson.

Garret, A. (1974). *A entrevista, seus princípios e métodos*. Rio de Janeiro: Agir.

Goldfried, M. R. i Davidson, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Hold, Rinehart, and Winston.

Goldberg, P. i Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Gongora M. La entrevista de evaluación clínica con adultos. A V. E. Caballo (Ed.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Psicología Piramide, 2005, 43-62.

Lobo, A. i Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de salud general. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona: Masson.

Lobo, A., Saz, P., i Marcos, G. (2002). *MMSE – Examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: Tea.

Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P., i Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105, 255-264.

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

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)* (10a. ed.). Madrid: Meditor.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke K. *et al.* (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The Prime-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749-1756.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., i Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.

Steiner, M., Martini, J., Soltau, C. *et al.* (2008). The composite international diagnostic interview-for women (CIDI-VENUS): A pilot study. *International Journal of neuropsychopharmacology*, 11, 311.

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

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