



UNIVERSITAT DE BARCELONA

U

B

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENT PSICOLÒGIC
Facultat de Psicologia

Programa de Doctorat:
PSICOLOGIA CLÍNICA I DE LA SALUT
Bienni 1998-2000

**AVALUACIÓ DE LA INCIDÈNCIA DE LA
TERÀPIA INSTITUCIONAL EN
L'ORGANITZACIÓ DE LA PERSONALITAT
D'ADOLESCENTS AMB TRASTORNS
PSÍQUICS GREUS.**

TESI DOCTORAL

que presenta

ANDRÉS VALERO Y VILLUENDAS

per optar al grau de Doctor en Psicologia

Directora

DRA. MARIA FORNS SANTACANA

Barcelona, desembre de 2005.

AGRAÏMENTS

Vull expressar la meua sincera gratitud a les següents persones i institucions.

A la Dra. Maria Forns Santacana, directora de la Tesi. En el moment oportú va saber copsar el projecte, va ajudar a reformular-lo i a donar-li viabilitat. Al llarg d'aquests anys, durant nombroses i llargues sessions de treball, he gaudit de la seva saviesa, amabilitat i paciència. Ella ha exercit com a *magistra stricto sensu* durant tot el procés.

A l'Hospital Universitari Materno-Infantil St. Joan de Déu, d'Esplugues de Llobregat. El seu director mèdic Dr. J. Pérez Payarols, i els successius caps del Servei de Psiquiatria i Psicologia, Dra. R. Pérez Simó i Dr. J. A. Alda Díez, van creure en aquest projecte, van advocar per ell i van facilitar la seva realització.

A la Direcció General d'Atenció a la Infància. La Directora general Sra. A. Solé i Ramos i el cap del Servei de Recursos Sr. R. Crespo Palencia (en 2000-2001) van tenir a bé autoritzar la recerca.

A la Dra. Vera Campo. En una primera fase va revisar, exhaustivament, la codificació de cada un dels protocols de Rorschach inclosos en aquesta recerca. Després va tenir l'amabilitat de revisar alguns capítols de la tesi, va ajudar a *pensar des del Rorschach* i va suggerir i proporcionar bibliografia molt oportuna.

Tornar a la Facultat de Psicologia després de més de vint anys, m'ha permès retrobar diversos professors. A alguns d'ells he anat en busca d'orientació i assessorament, principalment en el tema de la metodologia. Els hi agraeixo molt sincerament la seva predisposició i bonhomia. Els seus aclariments sobre els conceptes, utilitat i metòdica de la significació clínica i de l'anàlisi visual de tendències, han estat decisius. Així mateix els hi agraeixo els suggeriments per a l'estructura de la tesi.

A la Dra. Susana Ochoa de la Fundació St. Joan de Déu, va ajudar, pacientment, a tractar amb l'estadística i sobretot, a entendre-la.

A Carmen Pulido, psicòloga clínica, Àngels Córcoles, psiquiatra, i Antonio Marín, infermer, companys de l'equip clínic de l'HSJD a Can Rubió. Durant tot aquest temps han sabut mantenir una adequada proximitat i una exquisida complicitat amb el procés.

Al Dr. Irving B. Weiner, de la Universitat de South Florida als EUA i al Dr. M. Alessandro Zennaro de la Universitat della Valle d'Aosta a Itàlia. En moments diferents van tenir coneixement d'aquesta recerca, van reconèixer el seu interès i la van encoratjar.

A Juana R., Irene i Àlvar, esposa i fills. Ells han estat testimonis quotidians de com la tesi anava passant de la ment al paper. La seva comprensió, paciència i tolerància m'han acompanyat en les més diverses vicissituds. El seu afecte roman *a prova de tesi*.

A l'amic Joan Sendra. Va revisar el manuscrit i va depurar tot allò que no li convenia a la llengua.

A les companyes de la promoció del doctorat. El suport mutu ha estat important.

Gràcies també a tots aquells que, directament o indirecta, han col·laborat d'alguna manera en què aquesta recerca s'anés fent realitat.

El meu profund reconeixement, respecte i consideració als nois i noies dels centres El Garraf i Can Rubió, sense la seva generosa participació no hi hauria hagut recerca.

Barcelona, desembre de 2005.
Andreu Valero.

*Al meu pare,
en el record.
A la meva mare,
en el seu 85è aniversari.*

A Juana R.

A Irene,

A Àlvar,

Presents en tot moment.

ABREVIATURES

ATOM	Adolescent Treatment Outcomes Module
BCN	Barcelona
CBCL	Child Behavior Check List
CORE-OM	Clinical Outcomes in Rutine Evaluation- Outcomes Mesure
CR	Can Rubió
CRAEI	Centre Residencial d'Acció Educativa Intensiva
CRI	Coping Responses Inventory
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència
DGAM	Direcció General d'Atenció al Menor
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
EF	Effect Size (<i>Mida de l'efecte</i>)
HSJD	Hospital Sant Joan de Déu
ICASS	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials
OMS	Organització Mundial de la Salut
PI	Psicoteràpia Institucional
PTI	Programa de Teràpia Institucional
QI	Quocient Intel·lectual
RIAP	Rorschach Interpretation Assistance Program
RIM	Rorschach Inkblot Method
SC	Sistema Comprehensiu
SD	Standard Deviation (Desviació estàndard)
SM	Salut Mental
SPSS	Statistical Package for Social Science
TAT	Thematic Aperception Test
TRF	Teacher's Report Form
YSR	Youth Self Report
WISC-R	Escala d'Intel·ligència de Wechsler per a Nens-Revisada

(Les abreviatures corresponents al test Rorschach es troben a l'Annex 2 i en full separat plastificat per facilitar la seva consulta)

ÍNDEX GENERAL

Agraïments
Abreviatures
Índex de taules i quadres
Índex de gràfiques
Índex de figures

INTRODUCCIÓ	1
--------------------------	----------

I PART FONAMENTACIÓ TEÒRICA

1. NOTES SOBRE LA TERÀPIA INSTITUCIONAL	13
--	-----------

- 1.1 L'individu i les institucions..... 15
- 1.2 La teràpia institucional..... 17
- 1.3 Indicacions de la teràpia institucional a l'adolescència..... 26

2. L'AVALUACIÓ DE TRACTAMENTS I EL RORSCHACH.....	31
--	-----------

- 2.1 Notes sobre l'avaluació de tractaments..... 33
- 2.2 El Rorschach: seguiment i avaluació de tractaments..... 39
 - 2.2.1 Abans del Sistema Comprehensiu..... 39
 - 2.2.2 Amb el Sistema Comprehensiu..... 44
 - 2.2.2.1 Els precursors..... 44
 - 2.2.2.2 Els clàssics..... 47
 - 2.2.2.3 Situació actual..... 62

3. EL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ AL CENTRE CAN RUBIÓ. 69

3.1 Antecedents.....	71
3.2 Concepte general de Programa d'intervenció.....	73
3.3 El Programa d'intervenció al centre Can Rubió.....	74
3.3.1 Concepte.....	74
3.3.2 Objectiu.....	74
3.4 Organitzadors bàsics del context específic i del programa d'intervenció.....	75
3.5 Subprogrames.....	76
3.5.1 Intervenció educativa.....	77
3.5.1.1 La relació educativa.....	77
3.5.1.2 Supervisió de la vida quotidiana.....	78
3.5.1.3 La relació tutorial.....	78
3.5.2 Intervenció psicoterapèutica.....	78
3.5.2.1 Directa amb els pacients.....	78
3.5.2.2 Indirecta amb els pacients.....	79
3.5.3 Infermeria psiquiàtrica.....	79
3.5.4 L'activitat escolar.....	80
3.5.5 L'activitat prelaboral.....	80
3.5.5.1 El taller d'hort.....	81
3.5.5.2 La cura de la granja.....	82
3.5.5.3 El taller de fusteria.....	82
3.5.5.4 El taller de cuina.....	83
3.5.6 Els espais de paraula.....	83
3.5.7 La relació amb la família.....	84
3.5.8 Els "màsters".....	85
3.5.9 Els serveis.....	85
3.5.10 La relació amb l'exterior.....	86
3.5.11 L'activitat esportiva.....	86
3.5.12 Les festes d'estiu, de Nadal i tradicionals.....	87
3.5.13 L'edició de la revista "La Granja".....	88
3.6 Recursos humans i materials.....	88

**II PART
RECERCA EMPÍRICA**

4. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA, OBJECTIUS I HIPÒTESIS	91
4.1 Plantejament del problema.....	93
4.2 Objectius.....	98
4.3 Hipòtesis globals.....	99
4.4 Operativització de les hipòtesis.....	101
4.4.1 Moviment de població.....	102
4.4.2 Organització de la personalitat.....	102
4.4.2.1 El control i la tolerància a l'estrès.....	104
4.4.2.2 L'obertura a l'experiència.....	105
4.4.2.3 La modulació de les emocions.....	107
4.4.2.4 L'elaboració de pensaments.....	108
4.4.2.5 L'autopercepció.....	110
4.4.3 Funcionament relacional.....	111
4.4.3.1 La percepció relacions interpersonals.....	112
4.4.3.2 La identificació social.....	114
4.4.3.3 Equilibració emocional i de conducta.....	115
4.4.4 Estratègies d'afrontament.....	115
4.4.5 Els recursos cognoscitius.....	116
4.4.6 Tendència del canvi en cada subjecte.....	117
4.4.7 Relació tendències-circumstàncies del subjecte.....	117
4.4.8 Tendència del canvi en cada índex.....	118
4.4.9 Utilitat clínica de l'anàlisi de les tendències.....	118
5. MÈTODE.....	119
5.1 Subjectes.....	121
5.1.1 Subjectes inclosos.....	121
5.1.2 Característiques dels subjectes inclosos.....	122
5.1.3 Casos perduts (<i>drop out</i>).....	127
5.2 Materials.....	128
5.2.1 El Test de Rorschach.....	128
5.2.2 El Youth Self Report (YSR).....	130
5.2.3 El Coping Responses Inventory (CRI).....	133
5.2.4 Semblances, Vocabulari i Cubs del WISC-R.....	135
5.2.5 Programa d'intervenció.....	137
5.3 Procediment.....	138
5.3.1 Recollida de dades i anàlisi de protocols.....	139
5.3.2 Disseny.....	141
5.3.3 Anàlisis estadístiques.....	143

6. ANÀLISIS I RESULTATS.....	147
6.1 Anàlisi del moviment de població.....	151
6.1.1 Ingressos.....	151
6.1.2 Desinternaments.....	153
6.1.3 Índex de rotació.....	156
6.2 Característiques dels subjectes en el moment inicial.....	157
6.2.1 Organització de la personalitat.....	160
6.2.2 Funcionament relacional.....	166
6.2.3 Estratègies d'afrontament.....	171
6.2.4 Recursos cognoscitius.....	172
6.2.5 Síntesi de les característiques dels subjectes de CR en el moment inicial.....	173
6.3 Impacte del PTI a curt termini (8 mesos).....	175
6.3.1 Canvis en l'organització de la personalitat.....	177
6.3.2 Canvis en el funcionament relacional.....	181
6.3.3 Canvis en les estratègies d'afrontament.....	185
6.3.4 Canvis en els recursos cognoscitius.....	187
6.3.5 Síntesi dels principals canvis a curt termini.....	187
6.4 Impacte del PTI a mitjà termini (15 mesos).....	189
6.4.1 Canvis en l'organització de la personalitat.....	191
6.4.2 Canvis en el funcionament relacional.....	196
6.4.3 Canvis en les estratègies d'afrontament.....	200
6.4.4 Canvis en els recursos cognoscitius.....	201
6.4.5 Síntesi dels principals canvis a mitjà termini.....	202
6.5 Anàlisi de les tendències (agrupació per subjectes).....	208
6.6 Anàlisi de la relació entre tendències i circumstàncies dels subjectes.....	216
6.7 Anàlisi de les tendències (agrupació per índexs).....	218
6.8 Esbós de l'evolució clínica basat en l'anàlisi de les tendències.....	221

7. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS.....235

7.1 Discussió.....	237
7.2 Conclusions.....	258

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....265

ANNEXES

Índex de Taules		Pàg.
<i>Taula 1.</i>	Ingressos al centre CR durant els anys 2002, 2003 i 2004, segons sexe i edat del subjectes.....	152
<i>Taula 2.</i>	Desinternaments relacionats amb temps d'estada al centre i motiu del desinternament durant els anys 2002, 2003 i 2004.....	155
<i>Taula 3.</i>	Descriptius dels adolescents de CR al YSR en el moment inicial.....	169
<i>Taula 4.</i>	Descriptius dels adolescents de CR al CRI en el moment inicial.....	171
<i>Taula 5.</i>	Dades dels índexs del test de Rorschach, del YSR i del CRI que experimenten canvi significatiu a curt termini...	176
<i>Taula 6.</i>	Dades dels índexs del test de Rorschach que experimenten canvi a mitjà termini (n=19).....	189
<i>Taula 7.</i>	Dades dels índexs dels tests YSR (n=19) i CRI (n=17) que experimenten canvi a mitjà termini.....	190
<i>Taula 8.</i>	Resum dels resultats: Diferències de puntuacions en el moment inicial, canvis a curt i a mitjà terminis contrastats pel Rorschach.....	204
<i>Taula 9.</i>	Resum dels resultats: Diferències de puntuacions en el moment inicial, canvis a curt i a mitjà termini contrastats pel YSR, el CRI i Semblances, Vocabulari i Cubs.....	205
<i>Taula 10.</i>	Tendències de cada subjecte en els diferents índexs proporcionades per les regressions lineals.....	209
<i>Taula 11.</i>	Percentatge de millora/empitjorament/no canvi, juxtaposat a les característiques històriques i personals dels subjectes.....	211
<i>Taula 12.</i>	Nombre de subjectes que segueix cada patró de tendències.....	215
<i>Taula 13.</i>	Nombre d'índexs que segueix cada patró de tendències.....	220

Índex de Quadres		Pàg.
<i>Quadre 1.</i>	Resum dels canvis que experimenten els índexs Rorschach en els estudis "clàssics".....	61
<i>Quadre 2.</i>	Operativització de les hipòtesis i índexs amb què s'analitzen.....	101

Índex de Gràfiques		Pàg.
<i>Gràfica 1.</i>	Distribució dels subjectes segons el sexe, en el moment inicial.....	122
<i>Gràfica 2.</i>	Edats dels subjectes en el moment de l'ingrés a CR, segons el sexe.....	122
<i>Gràfica 3.</i>	Nombre d'ingressos en centres anteriors.....	123
<i>Gràfica 4.</i>	Edat en el moment del primer ingrés en centres segons el sexe.....	123
<i>Gràfica 5.</i>	Temps d'estada en centres anteriors.....	124
<i>Gràfica 6.</i>	Nombre d'ingressos en unitats psiquiàtriques.....	124
<i>Gràfica 7.</i>	Temps d'estada en unitats psiquiàtriques.....	125
<i>Gràfica 8.</i>	Patologia psíquica en el moment de l'ingrés.....	125
<i>Gràfica 9.</i>	Suport familiar dels subjectes.....	126
<i>Gràfica 10.</i>	Zona d'origen dels subjectes.....	126
<i>Gràfica 11.</i>	Tendència en la direcció esperada en relació amb el nombre d'ingressos en unitats psiquiàtriques.....	216
<i>Gràfica 12.</i>	Tendència en la direcció esperada en relació amb el temps d'estada en unitats psiquiàtriques.....	217
<i>Gràfica 13.</i>	Tendència al no canvi en relació amb el suport familiar....	217
<i>Gràfiques 14-22.</i>	Subjecte B-15, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi en la tendència esperada.....	223
<i>Gràfiques 23-28.</i>	Subjecte B-15, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi amb tendència inversa a l'esperada.....	224
<i>Gràfiques 29-30.</i>	Subjecte B-15, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten escàs o nul canvi en la tendència.....	225
<i>Gràfiques 31-33.</i>	Subjecte A-25, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi en la tendència esperada.....	229
<i>Gràfiques 34-42.</i>	Subjecte A-25, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi en la tendència inversa a l'esperada.....	230
<i>Gràfiques 33-44.</i>	Subjecte A-25, equacions de regressió i representació gràfica els índexs que presenten escàs o nul canvi en la tendència.....	231
<i>Gràfiques 45-284.</i>	Annex 6	

Índex de Figures	Pàg.
<i>Figura 1.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en el control i la tolerància a l'estrès. Grau de significació de les diferències.....	160
<i>Figura 2.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en l'obertura a l'experiència. Grau de significació de les diferències.....	161
<i>Figura 3.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en la modulació de les emocions. Grau de significació de les diferències.....	163
<i>Figura 4.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en l'elaboració de pensaments. Grau de significació de les diferències.....	164
<i>Figura 5.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en l'autopercepció. Grau de significació de les diferències.....	165
<i>Figura 6.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88 en els índexs que intervenen en les relacions interpersonals. Grau de significació de les diferències.....	167
<i>Figura 7.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88 en els índexs que intervenen en la identificació social. Grau de significació de les diferències.....	168
<i>Figura 8.</i> Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial en les escales del YSR, dades de la població de BCN i puntuacions patològiques. Grau de significació de les diferències entre els subjectes de CR i el barem de BCN.....	170
<i>Figura 9.</i> Perfil dels adolescents de CR (n=29), en el moment inicial i de les puntuacions dels adolescents de BCN al CRI.....	172
<i>Figura 10.</i> Puntuacions típiques als subtests del WISC-R dels subjectes de CR en el moment inicial i puntuacions típiques del test.....	173
<i>Figura 11.</i> Puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i tipus de significació de les diferències en els índexs que intervenen en el control i la tolerància a l'estrès.....	177

Índex de Figures (cont)		Pàg.
<i>Figura 12.</i>	Puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i tipus de significació de les diferències en els índexs que configuren l'agrupació de l'obertura a l'experiència.....	179
<i>Figura 13.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i, grau de significació de les diferències en els índexs que componen l'agrupació de modulació de les emocions.....	179
<i>Figura 14.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'elaboració de pensaments.....	180
<i>Figura 15.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'autopercepció.....	181
<i>Figura 16.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en les relacions interpersonals.....	182
<i>Figura 17.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació ens els índexs implicats en la identificació social.....	183
<i>Figura 18.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en la <i>internalització</i> i l' <i>externalització</i>	184
<i>Figura 19.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències a les agrupacions <i>aproximació</i> i <i>evitació</i>	186
<i>Figura 19. bis.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències a les diferents escales del CRI.....	186
<i>Figura 20.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR a Sembl., Vocab. i Cubs el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències.....	187
<i>Figura 21.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en el control i la tolerància a l'estrès.....	191

Índex de Figures (cont)		Pàg.
<i>Figura 22.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que componen l'obertura a l'experiència.....	192
<i>Figura 23.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs corresponents a la modulació de les emocions.....	193
<i>Figura 24.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'elaboració de pensaments.....	194
<i>Figura 25.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'autopercepció.....	194
<i>Figura 26.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, al moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en les relacions interpersonals.....	196
<i>Figura 27.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, al moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en la identificació social.....	197
<i>Figura 28.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini i grau de significació de les diferències a les escales del YSR i les agrupacions <i>internalització – externalització</i>	199
<i>Figura 29.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini i grau de significació de les diferències a les estratègies d'afrontament <i>aproximació – evitació</i>	201
<i>Figura 29 . Bis.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini i grau de significació de les diferències a les escales del CRI.....	201
<i>Figura 30.</i>	Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini i grau de significació de les diferències als subtests Semblances, Vocabulari i Cubs del WISC-R.....	202
<i>Figura 31.</i>	Percentatges de cada tendència en cada un dels índexs, determinats per les regressions lineals.....	213

Introducció

Introducció

Tota institució que pretén generar uns efectes en altres persones ha d'assumir el repte de definir aquests efectes i establir mecanismes per detectar-los, mesurar-los i avaluar-los. Aquesta qüestió té les seves particularitats conceptuals i metodològiques quan els efectes que es pretenen generar, a través d'un programa de teràpia institucional, afecten l'àmbit del funcionament psíquic, la relació amb els altres i la conducta d'adolescents amb trastorns psíquics greus.

L'avaluació dels efectes proporciona informació vàlida i útil per valorar l'evolució de cada subjecte (nivell individual) i per valorar la incidència en el conjunt dels subjectes (nivell col·lectiu). Aquesta valoració de l'*impacte* del programa esdevé una dada important en el moment d'avaluar la qualitat de l'assistència i l'efectivitat del servei.

Durant els anys 1992-2001, al centre El Garraf, l'avaluació es basava en l'intercanvi i contrast d'opinions clíniques i educatives entre els diferents professionals que hi intervenien. Aquest mètode, si bé era útil en la pràctica clínica i educativa, era poc adequat -des d'un punt de vista metodològic- per objectivar, mesurar i avaluar els canvis que el Programa de Teràpia Institucional (PTI) generava.

A fi d'introduir cert rigor en l'avaluació dels processos generats pel PTI, l'any 2000 es va decidir iniciar un estudi que ajudés a aprofundir en l'avaluació. Es partia del fet que la intervenció

institucional és complexa, que l'evolució dels subjectes no és homogènia en els diferents àmbits on es pretén incidir, i que els subjectes manifesten els canvis de manera diferent en els diversos entorns relacionals. Per integrar aquesta complexitat es va dissenyar un model multimodal (amb diversos informadors, diversos instruments i en diversos moments) per a la monitorització i avaluació del programa de tractament, anomenat *Spargus*¹.

Aquest model es va instaurar el febrer de 2002 coincidint amb el trasllat del Centre El Garraf de Sitges a Esparreguera, amb el nom de Centre Can Rubió (CR). Al mateix temps que proporcionava informació sobre l'evolució dels pacients, útil en la pràctica clínica, la recollida i ordenació sistemàtica de dades que el model requereix va permetre dur a terme la recerca que s'exposa en aquesta Tesi.

Definit oficialment com un *Centre Residencial d'Acció Educativa Intensiva (CRAEI)*, el centre CR compta amb un equip de salut mental i alguns recursos propis d'institucions psiquiàtriques, però no és un dispositiu psiquiàtric. Per això s'han pres com a referència *per analogiam* tant estudis de tractament residencial, com estudis de tractament en règim d'ingrés psiquiàtric i d'hospitalització psiquiàtrica parcial; amb uns i altres hi té trets comuns i diferents.

El PTI que es duu a terme s'emmarca en les aplicacions de la psicologia dinàmica com a teoria de l'organització i el funcionament mental. En aquest àmbit ens són d'utilitat les aportacions de l'anomenada escola anglesa, representada principalment per Isabel

¹ *Spargus*, fa referència a Esparreguera. En aquesta ciutat del Baix Llobregat es troba ubicat el centre Can Rubió.

Menzies, per entendre els mecanismes i els processos psíquics que estan en joc en la relació de l'individu amb les institucions.

Pel que fa a la intervenció institucional com a eina terapèutica, el moviment francès de *Psychothérapie Institutionnelle*, com aplicació de la teoria psicoanalítica, iniciat i liderat fins la seva mort pel reusenc Francesc Tosquelles, ens serveix de referent per conceptualitzar, emmarcar i revisar la teoria i la pràctica de l'acció institucional. Aquest posicionament conceptual del programa es descriu, de manera resumida, al capítol 1 d'aquesta Memòria.

L'avaluació de tractaments té una llarga història. Durant tot el s. XX es van esmerçar molts esforços a conceptualitzar-la, determinar quins àmbits eren més sensibles al canvi per efecte de la teràpia, quins objectius es podrien pretendre, amb quins instruments es podria fer i quina metodologia s'hauria de seguir. Tants esforços van generar una gran quantitat d'estudis de resultats, de revisions d'aquests estudis i de metaanàlisis, sense que s'arribés a un acord suficientment acceptat en cap dels àmbits esmentats. Es farà una breu revisió d'aquesta situació, que servirà com a base teòrica del nostre model.

També al llarg de tot el s. XX s'han esmerçat molts esforços per sistematitzar el test de Rorschach i fonamentar la seva utilitat i validesa en diferents àmbits. Donat que aquest test és l'instrument principal en el nostre model de monitorització i avaluació, es dediquen unes pàgines a fer un recorregut històric del seu ús en l'avaluació de tractaments, iniciat pel propi Hermann Rorschach i impulsat per insignes rorschachistes com Bruno Klopfer o Samuel Beck, per esmentar-ne només dos. Es comentarà amb més extensió la situació

actual, els avantatges del Sistema Comprensiu (SC) de John Exner complementat amb les valuoses aportacions teòriques i metodològiques d'Irving Weiner, per a la utilització del Rorschach en el seguiment i l'avaluació de tractaments. El capítol 2 recull la breu revisió de l'avaluació de tractaments i de les aportacions del Rorschach en aquest àmbit.

La implementació d'un PTI requereix l'articulació de conceptes, estils i tècniques d'intervenció que provenen de rols i funcions que pertanyen a disciplines diferents. Aquesta articulació és la clau de volta de la intervenció institucional. La seva *gràcia* (efectivitat) rau en com es van imbricant unes intervencions i les altres de manera que es potenciïn recíprocament, i no s'interfereixin, en els seus efectes. Al capítol 3 s'exposa, amb certa extensió, el programa d'intervenció al centre CR i els diferents subprogrames que l'integren.

Fetes aquestes consideracions conceptuals, s'entra en la presentació de les bases metodològiques de la nostra recerca.

Disposar de les dades proporcionades pel model multimodal, sistemàticament recollides i ordenades, ha permès el plantejament i la realització d'aquesta recerca amb els objectius de conèixer en detall el moviment de població al centre CR, el grau de disfuncionalitat dels subjectes quan ingressen, com impacta el PTI a curt i mitjà terminis (a nivell col·lectiu), determinar les tendències que segueix cada subjecte al llarg del tractament i veure si la tendència del canvi pot estar relacionada amb algunes de les característiques dels subjectes. Al capítol 4 es detallen cada un d'aquests aspectes.

Per aconseguir aquests objectius s'ha emprat un disseny quasiexperimental de mesures repetides. Per conèixer el grau de disfuncionalitat s'han utilitzat quatre instruments: el test de Rorschach que proporciona abundant informació sobre el funcionament psíquic, dos autoinformes (YSR i CRI) a través dels quals els subjectes informen sobre si mateixos de com consideren els seus problemes interns i de conducta, i sobre els recursos que més empren en l'afrontament dels problemes. Finalment, a través de tres subtests del WISC-R es practica un petit control dels recursos cognoscitius dels subjectes.

S'han utilitzat proves estadístiques de comparació de mitjanes per trobar la significació estadística i per calcular la significació clínica dels canvis observats a curt i a mitjà terminis. Les aportacions de J. Cohen i M. Lipsey ens serveixen de referència conceptual i de criteri de tall en la significació clínica, respectivament. Les aportacions de T. R. Kratochwill i B. S. Parsonson a l'avaluació del canvi en la recerca de cas únic, ens han servit de guia, mitjançant la regressió simple, per accedir a la representació gràfica de les tendències, representació que propicia l'anàlisi visual. I, finalment, amb la tècnica de correlació, s'ha cercat la relació entre la tendència del canvi i les característiques dels subjectes. La descripció dels subjectes, les característiques i propietats dels instruments, i el detall de les anàlisis estadístiques es troben exposades al capítol 5 d'aquesta tesi.

El capítol 6 està dedicat als resultats de la recerca. En primer lloc s'exposen les dades referides al moviment de població del centre CR en els tres anys estudiats (2002, 2003 i 2004). A continuació es descriuen les característiques dels subjectes en el moment d'iniciar el

tractament. Per determinar el grau de disfuncionalitat es prenen dos grups de referència (un barem d'adolescents italians i un grup d'adolescents de Barcelona) en el cas del Rorschach, i els respectius barems en el cas del YSR, del CRI i dels subtests del WISC-R.

Tot seguit s'exposen els canvis observats a curt i mitjà terminis en els mateixos àmbits i el mateix ordre que s'ha seguit en l'exposició de les característiques dels subjectes en el moment inicial.

A continuació s'entra en l'anàlisi de les tendències (direcció i intensitat dels canvis) basada en la seva representació gràfica, tant pel que fa a les tendències que segueix cada subjecte en cada un dels àmbits analitzats com a les tendències que segueix cada un dels àmbits en el conjunt dels subjectes. S'exposa també la relació entre les tendències dels canvis i les característiques dels subjectes. Finalment, es fa una aproximació a la descripció de l'evolució clínica individual basant-se en la informació que aporta l'anàlisi de les tendències.

A l'exposició de resultats es proporcionen les dades necessàries per valorar la significació estadística i/o clínica del canvi i de la tendència, i, en tot moment, aquestes dades s'acompanyen de representacions gràfiques que ajuden a la seva comprensió i interpretació.

Al capítol 7 es discuteixen àmpliament aquests resultats. Les dades sobre el moviment de població són contrastades amb els termes que defineix l'*Acord de Col·laboració* detallat al punt 3.1. Les dades del moment inicial donen una idea realista de la diversitat de la psicopatologia i comorbilitat que presenten els subjectes. Els canvis

observats a curt i mitjà termini, els resultats de l'anàlisi de les tendències i les correlacions són considerats a la llum de les aportacions de diversos autors en aquests àmbits.

Per acabar, s'exposen les conclusions que, malgrat les seves limitacions, es poden extreure d'aquesta recerca i que poden ser útils per a la revisió de l'*Acord de Col·laboració*, per a l'adequació del programa d'intervenció i per a la instauració del propi mètode de monitorització i avaluació del tractament institucional.

Al nostre entendre, el mètode de monitorització i avaluació emprat es revela útil en la pràctica clínica per avaluar l'impacte del PTI, per facilitar la recerca i per aportar informació vàlida sobre la qualitat del servei.

Aquesta Memòria conté el *raport* del procés, el seu resultat i les consideracions d'integrar la recerca i la pràctica clínica, tenint en compte les múltiples dificultats i assumint les limitacions, de molt diversa índole, que la realitat imposa.

I PART

FONAMENTACIÓ TEÒRICA

Capítol 1.
Notes sobre
la teràpia institucional

1.1 L'INDIVIDU I LES INSTITUCIONS.

Tot el desenvolupament de la personalitat i tota la vida de les persones té lloc dins d'institucions (familiars, educatives, formatives, laborals, sanitàries, lúdiques), amb les quals s'estableix relacions d'índole molt diversa.

Tot ésser humà troba en les diverses institucions (Bleger, 1974) un suport i un recolzament, un element de seguretat, d'identitat i d'inserció social o pertinença. Com més integrada està la personalitat menys es depèn de la institució que dóna suport i com més immadura, més dependent és la relació amb la institució. I més difícil el canvi o la separació de la institució.

Així, tota institució, a més d'ésser un instrument d'organització, regulació i control social, és, al mateix temps, *un instrument de regulació i d'equilibri de la personalitat*. I de la mateixa manera que la personalitat té organitzades dinàmicament les seves defenses, part d'aquestes defenses es troben cristal·litzades a les institucions, en les quals es donen els processos de reparació i de defensa contra les ansietats psicòtiques. L'individu tendeix a dipositar en les institucions les parts més immadures de la seva personalitat (ansietats i defenses més primitives, corresponents a la posició esquizo-paranoide), per tant les que més resistència ofereixen al canvi. És així com la institució es converteix predominantment en *un sistema de control extern d'aquestes ansietats* (cursives de J. Bleger, 1974).

En la mateixa línia de pensament, Menzies (1988) posa èmfasi en els processos d'identificació que l'individu realitza a les institucions. El desenvolupament de la personalitat és influït pels models de què es disposa per a la identificació: models de persones concretes, de relacions, de formes de pensament, sentiments i comportament, situacions en les quals les persones estan les unes amb les altres i en interacció. Un desenvolupament sa depèn en gran mesura de la possibilitat de tenir a l'abast uns models adequats, és a dir, sans.

Des del punt de vista institucional, no resulta exagerat dir que la institució en conjunt, i en cada un dels seus aspectes, és el mitjà de què es disposa per al creixement, el desenvolupament i la teràpia.

L'impacte de la institució en els seus clients és mediatitzat en gran part a través del personal amb més dedicació, més integrat dins la institució i amb més responsabilitat en les seves funcions. El personal, amb les seves pròpies personalitats individuals i les seves maneres d'establir relacions i de treballar; amb els seus punts forts i els seus punts febles, ofereix els models clau.

Seguint les aportacions de *l'escola psicoanalítica francesa* (Kaës, 1989, 1998) les institucions realitzen diverses funcions en l'organització dels diferents nivells del psiquisme (tòpic, dinàmic i econòmic), en els plans real i simbòlic, i en els àmbits conscient i inconscient. Es defineix la institució com el conjunt de les formes i les estructures socials, instituïdes per la llei i pel costum, que regulen les nostres relacions. La institució ens preexisteix i s'imposa a nosaltres: ens inscriu en la permanència. Constitueix els rerafons de la vida psíquica en el qual

poden ser dipositades i contingudes algunes parts del psiquisme que escapen a la realitat psíquica.

Cada institució té una finalitat que la identifica i la distingeix. Ara bé, la institució no és només una formació social i cultural complexa. Tot acomplint les funcions que li corresponen, realitza funcions psíquiques múltiples per als subjectes singulars, en el seva estructura, en la seva dinàmica i la seva economia personal:

- a) Mobilitza funcions i processos psíquics en els subjectes, els canalitza i els controla (mobilitzacions pulsionals, representacionals, investidures i contrainvestidures, identificacions, relacions d'objecte). Aquestes mobilitzacions contribueixen a la regulació endopsíquica i asseguren les bases de la identificació del subjecte en el conjunt social.
- b) Proposa objectes parcialment desexualitzats per a la realització derivada de les metes pulsionals.
- c) Imposa als seus subjectes una exigència de treball psíquic sobre les formacions i processos psíquics involucrats en el manteniment dins del vincle institucional: vincles amb la institució com a objecte, amb els seus membres i amb els seus objectes.

1.2 LA TERÀPIA INSTITUCIONAL.

El concepte de teràpia institucional va ser precedit pel concepte de teràpia ocupacional. En el primer terç del s. XX algunes institucions asilars o de reclusió van descobrir que si l'intern estava ocupat millorava la seva relació.

Cap al 1940, aproximadament i principalment a França, comença un moviment d'introduir dinamisme a les institucions psiquiàtriques: incrementar les relacions i interaccions dins de la institució (entre els interns i el personal, i entre els propis interns) i la relació de la institució i dels interns amb l'exterior. És per aquest camí que s'arriba al concepte de teràpia institucional: fer que la institució deixi de ser un asil o un lloc de reclusió i esdevingui un medi de rehabilitació.

El terme "*Psychothérapie Institutionnelle*" (PI) va ser emprat per primera vegada, i va quedar encunyat, en un article dels psiquiatres francesos Koechlin i Daumézon en els *Anais Portugueses*, el 1952 referint-se a l'experiència que el psiquiatre català Francesc Tosquelles estava duent a terme a l'Hôpital St. Alban en Lozère (França). Aquí arranca i pren la seva força el moviment de la PI. En el desenvolupament de la PI, la clínica *La Borde*, creada pel psiquiatra francès Jean Oury i que es troba prop de Cour-Cheverny (Loir et Cher), va ésser, i és actualment, un punt de referència privilegiat².

El moviment de la PI va continuar com a modalitat terapèutica, creant agrupacions de professionals, organitzant mitjans i àmbits d'expressió i de debat, i la seva teorització ha generat una ingent obra literària especialitzada, de la qual esmentarem algunes aportacions seguint un ordre cronològic.

²Cf. <http://users.belgacom.net/PI-IP/IPteksten/ipfr.htm>, consultat el 30.09.2005.

La teràpia institucional parteix dels esquemes de comunicació, de relació i d'interacció amb els altres i amb un mateix (els propis desigs, interessos, necessitats, impulsos, conflictes, ansietats i defenses).

Les seves eines d'intervenció són totes aquelles situacions relacionals que la vida comunitària proporciona i aquelles que s'instauren *ad hoc* per generar processos de relació i d'interacció.

La vida a la institució es basa a organitzar les quatre variables bàsiques: temps, espai, relació i activitat. Fent combinacions diverses d'aquestes variables, i del seu grau d'organització, segons el moment del dia, el dia de la setmana, del trimestre, l'època de l'any..., es genera la "rutina" i les seves alteracions.

Al mateix temps que s'aprofiten les relacions i interaccions que ofereix la vida quotidiana es generen espais individuals i grupals en els quals es pot pensar i parlar dels diferents elements (gratificants i conflictius) que apareixen.

Cuidar-se a si mateix (higiene, salut) i participar en les tasques relacionades amb la conservació de la vida i dels espais de vida (individuals i grupals) és allò que s'espera que el subjecte aconsegueixi en primer lloc, és l'autonomia més bàsica.

Cada una de les activitats és una situació relacional i d'interacció (d'interns amb altres interns, d'interns amb l'equip) diferent, en alguns dels seus elements, de cada una de les altres. Combinant les variables bàsiques esmentades, s'organitzen diverses activitats escolars,

d'aprenentatge, esportives, d'expressió artística, de paraula, adreçades al desenvolupament de les capacitats joïques del subjecte.

Tosquelles (1972), pioner capdavanter³ d'aquest moviment, planteja la vida institucional concebuda en base a la participació dels interns, organitzats en diferents grups. A partir d'ells, diu, es planteja el problema de l'articulació d'aquests grups no només en teoria, sinó en la pràctica quotidiana.

En els grups inter-humans de la institució que acull malalts, aquests problemes es plantegen de la mateixa manera, en la mesura en què els malalts trobaran ocasions d'encontres i de participació en les activitats educatives o terapèutiques. I aquests grups i les seves

³ Francesc Tosquelles i Llauredó (Reus 1912 - Granges-sûr-Lot 1997). Psiquiatra, deixeble d'Emili Mira, establert a França des del 1939. Entre les seves obres es poden esmentar:

- La pratique du maternage thérapeutique chez les débiles mentaux profonds. Ed. Jean-L. Aupetit, Paris 1966.(en castellà, Nova Terra, BCN 1973, Hogar del Libro, BCN 1982).
- Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. Éditions du Scarabée, Paris, 1967.
- Structure et rééducation thérapeutique. Éditions Universitaires, Paris, 1970. (en castellà, Fundamentos, Madrid,1973).
- La rééducation des débiles mentaux. Éditions Privat, Toulouse, 1975 (reeditat 1991)
- Éducation et psychothérapie institutionnelle. Éditions Matrice, Vigneux, 1984.
- Funció poètica i psicoteràpia. Una lectura de "In Memoriam" de Gabriel Ferrater. Editat per l'Institut Pere Mata, Reus, 1985.
- Le Vécu de la fin du monde dans la folie (Thèse de Médecine. Paris, 1948). Nantes, A.R.E.F.P.P.I., 1986, 300 p. (2 extraits).
- Une Politique de la Folie in Revue "CHIMÈRE" - Automne 1991 N°19.
- L'enseignement de la folie. Éditions Privat, Toulouse, 1992. (en castellà, Alianza, Madrid, 2001).
- De la personne au groupe. A propos des équipes de soins. Collection "Des Travaux et des Jours " - èrès 1995 - ouvrage collectif - (quatrième de couverture).
- Cours aux éducateurs.
- Tosquelles par lui-même.
- "Au cours du discours de Faugueras".
- De l'histoire et des histoires dans les pratiques psychiatriques.
- La genèse aujourd'hui, avec Jacques Ellul, Éditions de l'Arefpi, 1987.
- Pratique de l'institutionnel et politique, avec Félix Guattari et Jean Oury, Éditions Matrice, Vigneux, 1985.

<http://perso.wanadoo.fr/cliniquedelaborde/ASLB/ARCHIVES/TEXTES/TOSQUELL/ESbibliog.html> (consulta 25.11.2005)

activitats constitueixen els instruments, els moments i els llocs o camps operatius de l'acció reeducativa o terapèutica. D'aquí sorgiria el concepte de "club", com una institució dins de la institució. Els procés continua amb l'obertura i participació en l'exterior, i articulant i integrant els dispositius assistencials de "sector".

Bergeret (1975) apunta les condicions que s'han de donar per tal de que la comunicació tingui lloc a les institucions. La institució, per la seva pròpia existència, posseeix un gran nombre d'objectes mediadors: persones amb diversos rols i funcions, treballs i lleure. Tot aquest entorn pot permetre al malalt realitzar investiments diferenciats, en contacte amb múltiples realitats que conserven la seva pròpia existència.

Si s'acompleixen certes condicions s'arribarà a obtenir aquesta constitució o maduració del Jo, que és la finalitat de tota terapèutica. Per arribar-hi s'ha de centrar l'atenció sobre certes exigències indispensables:

- Canalitzar la personalitat del malalt amb angoixa de pèrdua d'identitat.
- Permetre al malalt l'exteriorització de la seva fragmentació interior.
- Prestar atenció a les vivències profundes de cada pacient.
- Controlar que l'agressivitat del pacient no provoqui contraagressivitat cega.
- Permetre al pacient una referència a normes explícites, flexibles i de les quals es pot parlar.
- Reconèixer l'existència de conflictes en l'interior del malalt, del personal assistencial, entre els pacients, entre els membres del personal, entre pacients i personal, i entre la institució i l'exterior.

Des d'una perspectiva històrica de transformació de les institucions, Chazaud (1980) defineix la *teràpia institucional*⁴ com la intenció de transformar un lloc que fins aquell moment significava l'exclusió de la ciutat, en un *espai de resocialització*, i de vegades fins i tot un espai de *readaptació*, qualsevol que sigui la crítica que es faci d'aquest terme. En rigor es tractarà no tant d'apuntar a la cura total dels símptomes "molestos", sinó de crear les condicions en les quals el subjecte pugui recuperar un *lloc responsable* i relativament autònom dins del camp social. Ha de quedar clar que allò que s'ha d'esbandir és l'*impasse*, la mala solució, l'alienació subjectiva, no la possibilitat mateixa del conflicte.

Tanmateix, el seu dinamisme no és el dinamisme de les idees pures. És, precisament, el de l'espai en què aquestes idees adquireixen el seu pes: la institució terapèutica. Aquest espai i la seva *organització* tenen la funció, dintre de l'ús temporal que se'n fa, de *qualificar l'índole dels esdeveniments que allí ocorren* o se susciten. Permet estructurar-los i "reflectir-los" perquè proporciona les *referències* requerides per als subjectes "extraviats".

La construcció d'aquest espai suposa per a tothom qui hi *coopera* la modificació de les habituals *relacions de força* (immobilisme-canvi, seguretat-risc, autoritarisme-participació, aconflictitat-conflictitat, despesa-estalvi, compromís-descompromís). Relacions de força tant més influents en la dinàmica institucional com més inconscients són.

⁴ En els paràgrafs que segueixen hem mantingut les cursives que Chazaud emprà per a determinats conceptes en la seva obra.

La llei que opera és la llei d'un projecte que té per objectiu reprendre i restablir la *comunicació*, mobilitzar la *reviviscència* de manera assistida, facilitar *l'elaboració*. Aquest projecte suposa un *contracte terapèutic* en el qual se sol·licita la participació activa dels "assistits".

La *finalitat* de la teràpia institucional consisteix a permetre la superació dels diversos tipus de dificultats (o al menys atenuar la seva càrrega excessiva) en sotmetre'ls a transacció.

En la mateixa línia de "maduració del Jo", Cahn (1988), també des de l'escola psicoanalítica francesa, argumenta que l'acció terapèutica de la institució no es basa a descodificar i interpretar representacions, ansietats i mecanismes de defensa inconscients del subjecte, sinó en l'aplicació d'un projecte concret, educatiu i pedagògic, a nivell del Jo, en el qual l'escolaritat té el seu lloc, ni privilegiat ni parent pobre. Sobre aquest projecte es desenvolupa el conjunt de la vida institucional, sobre seu pivoten i entren en relació dialèctica el pol adaptatiu i el pol progressiu, la llibertat i la vigilància, la permissivitat i la constricció, el plaer compartit i el conflicte.

Les diverses activitats o pols que es proposen necessiten tenir en compte les condicions de possibilitar experiències o vivències com aquestes i allò que impliquen de coparticipació o d'adequació de la resposta de l'altre, ni massa proper ni massa distant. Així es recrea un espai transaccional a través de l'activitat medidora, en una realitat compartida, limitant la dimensió pulsional en els intercanvis i en les interaccions, i permetent la difracció i el repartiment de les investidures.

Segons Misès (1992), els dispositius a temps complet per a adolescents exigeixen un temps d'experiències viscudes, repetides en un període suficientment llarg dins d'un marc institucional, capaç d'aportar al nen i a l'adolescent certs límits, un suport i certes incitacions, i a l'equip el recurs d'un suport mutu entre els seus membres. Allò que hem après en les cures institucionals, en hospital de dia o en institució a temps complet, es revela com a quelcom preciós.

Des d'una línia teòrica més centrada en les relacions de l'individu amb l'entorn, amb coincidències amb les idees dels autors abans esmentats, Schlesinger i Holzman (1984), als E.U.A., constaten que el medi hospitalari permet un grau de manipulació de l'entorn i ofereix al pacient una oportunitat per a unes noves i significants experiències de vida, que poden ser més efectives terapèuticament en alguns estadis del seu tractament individual que el simple "parlar" sol. El medi hospitalari pot ser vist també com a complementari de la relació hospital/metge-pacient, de la relació pacient-terapeuta (funció de "*tercer*"), en la mesura que proporciona als pacients oportunitats de dur a terme, en un context real, allò que ha estat parlat en la psicoteràpia, i intentar de canviar o de mirar-se de manera diferent. El medi també pot generar problemes per a la psicoteràpia, perquè el pacient viu en un entorn conegut que li imposa demandes graduals i realistes, els èxits i els fracassos en adaptar-se o controlar-les proveeixen de material per a les entrevistes psicoterapèutiques.

Schlesinger i Holzman (1984) parlen de factors terapèutics *generals* del medi hospitalari que impliquen un sistema de valors, molts dels quals també estan en un ampli segment de la nostra cultura i tots ells estan implícits en el tractament psiquiàtric modern (qualitat de vida,

expectatives realistes, obertura a noves experiències i comunicació amb el món extern, intentar fer-ho el millor possible, capacitat d'estar amb altres i capacitat d'estar sol, el conflicte forma part de la vida, cal ser moral no moralista...). I també de factors terapèutics *específics*: a) el pacient ha de seguir objectius educatius: aprendre més i desenvolupar habilitats per poder ser més útil als altres i a si mateix; b) plantejar un conjunt d'oportunitats per exercitar i consolidar capacitats del Jo com ara: la memòria, la concentració, l'atenció, demorar els impulsos, la coordinació motora, la tolerància a l'avorriment i la rutina, ser menys meticulós i rígid, o ser polit i constant; c) oferir moltes possibilitats per a la interacció terapèutica amb l'staff i els altres pacients, de cooperar amb altres o d'anar contra altres competitivament però sense rols que afavoreixin l'expressió perjudicial dels impulsos agressius.

Aquests factors són els que cal tenir en compte en el moment de programar o assignar activitats: el punt de vista educatiu, les funcions cognitives i motores del pacient, i les oportunitats d'interacció.

Perquè aquestes activitats es puguin dur a terme s'han de donar unes condicions de seguretat i confiança, independentment de l'orientació teòrica amb què es treballi i referides principalment a institucions per a adolescents. Adelsberg (1994) les descriu així: a) proporcionar un entorn contenidor de conductes descontrolades que atempten contra la seguretat i la integritat d'un mateix i dels altres, i b) assegurar, dins del possible, que aquestes conductes no es produiran i que, si es produeixen, seran contingudes. Això proporciona la seguretat necessària per instaurar qualsevol tipus d'intervenció i perquè pugui funcionar el procés de desenvolupament en el qual les accions són significades i posades en paraules.

L'establiment de límits, continua Adelsberg (1994), és una variable crítica per construir un medi terapèutic. El subjecte ha d'estar segur que la seva integritat serà respectada i que l'staff li ofereix confiança. Quan es toleren conductes "inapropiades" sense contenció, aquestes conductes van escalant cap a formes cada cop més perilloses. L'*acting out* té la qualitat de posar a prova l'equip per veure si la conducta pot ser continguda. Si no és continguda, la capacitat del pacient de confiar en l'equip minva considerablement.

Aquesta desconfiança es basa, sovint, en el fracàs d'intervenir empàticament i de comprendre la necessitat que tenen els adolescents de ser continguts. Aquesta és la tesi: si la conducta no és continguda en un "entorn suficientment contenidor", el procés de desenvolupament en el qual les accions són significades i posades en paraules no es pot acomplir. És precisament la confiança que es va guanyant amb les respostes empàtiques el que permet el procés d'"expressió", de "significació" i d' "elaboració" dels sentiments que estan en joc.

1.3. INDICACIONS DE LA TERÀPIA INSTITUCIONAL A L'ADOLESCÈNCIA.

L'ingrés en una institució terapèutica està indicat en aquells quadres psicopatològics complexos per la gravetat de la patologia, de la situació familiar i del trencament amb els diferents sistemes socials.

L'organització psíquica del subjecte està tan malmesa que requereix una contenció i un control extern molt continuat i fort. Sovint són situacions en què està en risc la integritat física del propi subjecte i dels que l'envolten. El seu entorn més proper (familiar) i la xarxa social i assistencial esdevenen insuficients. L'ingrés en institució permet la contenció i el control de les conductes de risc, i instaurar els tractaments que escaiguin, segons el moment agut o subagut del quadre psicopatològic.

Les crisis que l'adolescència comporta fan que les estructures de personalitat més febles pateixin un daltabaix en forma de descompensacions psicòtiques, greus trastorns conductuals amb auto i hetero agressivitat, trastorns de l'alimentació, intents d'autolisi, aïllament social, promiscuïtat en les relacions sexuals, fugides de domicili i conductes antisocials. Quan aquests quadres no es poden reconduir a través dels diferents dispositius d'assistència ambulatoria, i/o quan és necessari una separació de l'adolescent del seu medi (Blanz i Schmidt, 2000) per elaborar, en la separació i la distància, la seva relació amb el medi, esdevé indicat l'ingrés en un institució terapèutica.

Tant les institucions a temps complet com les de temps parcial sempre han tingut defensors apassionats i han estat objecte de suspicions en tant que entorn de vida "artificial". L'elecció d'un medi institucional (Blanz i Schmidt, 2000; Lemay, 1976) té les seves indicacions precises que no radiquen a oposar-se ideològicament al tractament comunitari. Entre els diferents factors que poden orientar cap a una mesura d'internament destaquen:

- Quan el medi és profundament patògen i crea constantment noves fonts de conflictes irresolubles pel noi o per la noia. Per raons molt diverses (desestructuració familiar, modes d'equilibri basats en el càstig, pertorbacions cròniques dels dos pares, rebuig o incapacitat de col·laborar), les possibilitats de canvi existencial són extremament reduïdes. Cal doncs, preveure per un temps més o menys llarg, l'estada en noves condicions de vida.

- Algunes patologies greus no poden evolucionar favorablement si el subjecte no és ubicat en una situació globalment reestructurant. És el cas dels prepsicòtics i psicòtics que requereixen intervencions perllongades, coordinades, sostingudes per activitats que permeten al subjecte de retrobar una certa unitat, tant sobre el pla corporal com en el pla espacio-temporal. Els hospitals de dia, i en alguns casos petits internats molt especialitzats aporten una resposta esperançadora per als tractaments d'aquestes pertorbacions profundes. Això també és vàlid en el curs d'estats neuròtics greus de tipus fòbic, obsessiu, neurosi de fracàs, en els quals el tipus d'organització defensiva altera els diferents sectors de la personalitat.

- Quan les manifestacions psicopatològiques s'expressen essencialment a través dels passatges a l'acte que impedeixen tota presa de consciència i creen greus riscos per a l'interessat i per al seu entorn, l'estada en una institució, tancada en un principi i oberta progressivament cap a l'exterior és, sens dubte, la fórmula més apropiada.

- Cal subratllar un punt amb insistència: en la majoria dels casos, el medi institucional s'adreça a nois i noies que presenten pertorbacions

profundes, procedents de famílies en les quals la col·laboració es revela molt difícil.

Els internats no ofereixen cap interès si no tenen una vocació terapèutica.

La teràpia institucional també té inconvenients, el més rellevant és recórrer-hi quan no està clínicament indicada i romandre en el dispositiu quan la situació clínica ja no ho aconsella. Segons Blanz i Schmidt (2000), l'ingrés en una institució residencial interromp les relacions familiars i socials de l'adolescent, s'interromp la continuïtat del sistema educatiu. En determinades configuracions psíquiques familiars pot potenciar la denegació o la culpa dels pares. També els germans del pacient poden tenir una visió confosa o distorsionada de la situació i la patologia del germà ingressat. Aquests tipus d'institucions tenen una *fama* i una *reputació* en la societat, d'ací que no és estrany que els nois i noies que hi passen quedin estigmatitzats i marcats.

Una altra dificultat és que no es resolguin els vincles de transferència i de dependència de l'adolescent amb la institució, i que el pacient tendeixi a quedar-s'hi o a tornar-hi.

Finalment, cal fer esment de l'elevat cost econòmic que aquest tipus de tractament suposa, cosa que *obliga* a fer-ne un ús adequat.

En els darrers anys la nostra societat s'ha anat dotant de diferents dispositius per a adolescents, en els quals el programa de tractament parteix de fer vida a la institució. La gravetat de la patologia i la situació socio-familiar determinen el tipus d'institucionalització.

Tanmateix la realitat fa palès que no sempre es disposa del recurs adequat en el moment necessari.

La tendència general és que el pacient pugui desenvolupar la major part possible de les seves relacions, i pugui mantenir i mantenir-se en els sistemes socials: família, escola, lleure i relacions.

Des d'aquesta perspectiva, la *institucionalització parcial* pretén incidir en la patologia del pacient sense que s'hagi de desvincular de la família, pugui seguir amb l'escolaritat també parcialment, i pugui mantenir diferents relacions socials. En aquesta modalitat es troben dispositius com ara: els hospitals de dia, els centres de dia, els centres mèdicopedagògics.

Entre els dispositius amb *institucionalització completa* es troben: l'hospitalització psiquiàtrica en hospital general, hospitalització psiquiàtrica en unitats psiquiàtriques, hospitalització completa en unitats per a patologies específiques, unitats educativoterapèutiques.

Allò que esdevé important en el tractament i l'evolució de l'adolescent amb patologia mental és que els diferents dispositius estiguin connectats en xarxa, de manera que el pacient pugui passar d'un a l'altre, segons el seu moment, amb facilitat, i mantenir els progressos que ha anat adquirint. D'aquesta manera és la xarxa el que sosté l'adolescent i la seva família.

Capítol 2.
L'avaluació de tractaments
i el Rorschach

2.1 NOTES SOBRE L'AVALUACIÓ DE TRACTAMENTS.

En aquest apartat s'exposaran breument unes fites històriques que marquen l'evolució de l'avaluació de tractaments, en el sentit ampli del terme.

L'interès per avaluar els resultats de la intervenció psicoterapèutica es remunta als primers temps de l'activitat psicoanalítica. Ja als inicis del s. XX els diversos instituts psicoanalítics publiquen, en els seus butlletins interns, informes que donen compte dels resultats de les psicoanàlisis que es duïen a terme a diferents llocs: Berlin (Fenichel, 1931), referit a 592 casos; Londres (Jones, 1937), referit a 74 casos, i Chicago (Alexander, 1938), referit a 157 casos. El tema de la teoria dels resultats terapèutics de la psicoanàlisi va ser objecte d'un simposi al Congrés Internacional de Psicoanàlisi de Marienbad (Glover, Fenichel, Strachey, Bergler, Mumberg i Bibring, 1937). Hi ha també informes de resultats de processos terapèutics que no havien tingut èxit (Jameson i McNeil, 1939).

Poc més tard trobem un informe referit a 100 casos tractats, entre 1932 i 1941, a la Menninger Clínic (Knight, 1941). Al mateix informe, aquest autor revisa i avalua els factors vàlids i no vàlids que operen en contra de la presentació de resultats per part dels psicoanalistes, i agrupa en una taula els casos que aporten diversos informes anteriors, i que arriben, en total, a més de 1000 casos.

Una de les tasques en l'avaluació de tractaments consisteix a determinar quins criteris s'han d'utilitzar per considerar que el tractament ha aconseguit els seus objectius. Referint-se a la teràpia psicoanalítica, Knight (1941) suggereix *cinc criteris raonables per mesurar* l'èxit d'una [psico]anàlisi: 1) remissió dels símptomes; 2) increment en el rendiment (millor disposició de les energies agressives en el treball); 3) millora en l'adequació i en el plaer en la vida sexual; 4) millora en les relacions interpersonals, i 5) haver aconseguit suficient *insight* per afrontar els conflictes psicològics ordinaris i tolerar una quantitat raonable d'estrès

A principis de la dècada dels 50, Berg (1952) publica, als EUA, un estudi on fa palesa la diversitat de procediments per mesurar l'èxit i els agrupa en sis categories: 1) *reports*, autoinformes, informes de persones properes i dels clínics; aquestes tècniques presenten una baixa fiabilitat i validesa; 2) *tècniques psicològiques test-retest*, tenen l'avantatge de presentar una correcció estàndard, tanmateix cal esbrinar si presenten suficient sensibilitat als canvis per efecte de la psicoteràpia; 3) *mesures fisiològiques i orgàniques*, basades en l'associació causa-efecte dels trastorns psíquics sobre els símptomes físics; 4) correlats de les millores en la *relació amb l'entorn*; 5) *conducta verbal*, en tant que el curs i el contingut del discurs verbal -allò que diu i com ho diu- estan en relació amb l'estat emocional, i 6) *inadaptació induïda experimentalment* (presentació de situacions conflictives) per determinar si encara existeixen els conflictes.

Berg (1952) alerta sobre dos paranys que poden presentar les mesures "abans i després": a) control sobre el mer pas del temps, i b) la

importància de separar els efectes de la teràpia formal d'altres influències incidentals que tenen valor terapèutic.

El mateix any, Eysenck (1952)⁵ publica a Anglaterra un estudi amb l'objectiu d'“examinar l'evidència relativa als efectes actuals de la psicoteràpia” (pàg. 319), que agrupa les dades de 19 estudis de resultats, abastant més de 7.000 casos, tractats amb teràpia psicoanalítica i amb teràpies de diverses orientacions. Classifica els resultats en curat o molta millora, lleugera millora i no millora, i conclou que la teràpia -freudiana o d'una altra índole- no facilita la recuperació dels neuròtics. Conclou que les dades esdevenen impossibles de comparar per manca d'acord entre els psiquiatres en conceptes i definicions fonamentals, els “sentiments” d'utilitat o èxit terapèutic no tenen lloc a la ciència i que es necessiten més fets i menys “creença” en aquest àmbit. D'ací que es necessitin més estudis experimentals correctament planificats i realitzats, i s'adverteix de la necessitat d'establir una línia base i una unitat comuna de mesura, abans d'iniciar qualsevol procés d'avaluació.

Cap a finals del anys 50 comencen a proliferar estudis de resultats, i a plantejar-se qüestions relatives a tot el procés d'avaluació. A Los Angeles, Storow (1960) realitza un estudi amb pacients ingressats i ambulatoris (entre 1957 i 1958), seguint els cinc àmbits que havia proposat Knight el 1941. Com a instruments utilitza unes escales elaborades *ad hoc* que el propi Storow considera que reflecteixen els

⁵ Partint d'aquest estudi, H. J. Eysenck que, des de feia temps, mantenia un seriós contenciós amb el comitè de formació en psicologia clínica de l'A.P.A sobre la formació dels psicòlegs clínics, se sentí autoritzat a “considerar prematura la insistència en la inclusió del tractament en el currículum de la formació del psicòleg clínic” (p. 323).

canvis produïts en la psicoteràpia en cada un dels àmbits abans esmentats.

A Toronto, Cappon (1964) publica un estudi més ambiciós. Es planteja les grans qüestions que estan per resoldre i que generen disparitat i confusió en els criteris i mètodes per a l'avaluació de processos terapèutics: On comença la psicoteràpia i acaba la història natural? Què és la línia base? Es pot acceptar que tres de cada quatre neuròtics no tractats remetent, o milloren, sense tractament? Com es poden mesurar els canvis psicoterapèutics? Quins canvis tenen lloc i de què depenen? Conclou que els resultats varien segons el tipus de mesura. Les mesures, qualificades per l'autor com més "flexibles" (autoavaluació, avaluació del terapeuta, opinió d'una persona propera, desaparició d'un símptoma) són més benèvols, en canvi les mesures més "estrictes" (canvi en els somnis, desaparició del problema o disfunció principal, desaparició de tots els símptomes) ho són menys.

A principis de la dècada dels 70, davant de la diversitat de criteris en ús i de la manca de consens sobre quins poden ser més adequats, el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1971, vol. 37, núm.3) publica una sèrie d'articles de diversos investigadors vinculats a diferents universitats nordamericanes per debatre sobre el tema. Serveix de base un estudi de resultats de Garfield, Prager i Bergin (1971) dut a terme a la Universitat de Columbia, en el que també participen Fiske (1971) de Chicago i Luborsky (1971) de Pennsylvania.

A partir dels anys 70 hi ha una elevada proliferació d'estudis de resultats, amb una diversitat conceptual, d'instruments i metodològica, que dificulten la comparació entre si, les revisions d'estudis i les meta-

anàlisis que també proliferen, intentant posar ordre i coherència. La proliferació de revisions i metaanàlisis fa que es generin, alhora, mètodes per fer les revisions i les metaanàlisis, (Hoagwood, Jensen, Petti i Burns, 1996; Jensen, Hoagwood i Petti, 1996; Lambert, Ogles i Masters, 1992; Peterson i Bell-Dolan, 1995).

Dels models per a estudis de resultats hi esmentarem tres que, en l'actualitat, estan en ús i són molt diferents en la seva concepció de la psicoteràpia, en la metodologia, en els instruments que empren i que responen a tres models socials diferents de finançament de la sanitat pública.

1) El model alemany *Stuttgart-Heidelberg* (Kordy, Hannover i Richard, 2001) neix a Alemanya el 1984, per iniciativa del Centre d'Investigació en Psicoteràpia d'Stuttgart i de la Clínica psiquiàtrica de la Universitat de Heidelberg, com a resposta al projecte "Salut 2000" de la OMS, amb la pretensió d'assegurar la qualitat dels serveis i de controlar-ne el cost, adaptant-lo a les particularitats del sistema de salut alemany. És molt extens, utilitza diversos instruments estandarditzats i posa l'èmfasi en la qualitat del procés i en el foment de la comunicació dins de l'equip. En aquest model s'inspira, majorment, el model elaborat per nosaltres pel que fa a posar l'èmfasi en la qualitat del servei, la comunicació dins l'equip i la utilització d'instruments d'avaluació sencers i estandarditzats.

2) El model nord-americà *Adolescent Treatment Outcomes Module (ATOM)* (Robbins, Taylor, Rost, Burns, Phillips, Burnam et al., 2001). L'ATOM va ser desenvolupat amb l'objectiu de trobar un instrument breu que pogués ser utilitzat en la pràctica clínica i

monitoritzar els múltiples resultats dels tractaments per als adolescents amb problemes emocionals i de conducta incloent-hi: depressió, ansietat, dèficit d'atenció, oposicionisme-desafiament i trastorns de conducta. Utilitza adaptacions -abreujaments- d'instruments estandarditzats que, segons els autors, mantenen una alta correlació amb les respectives escales d'origen.

3) El model anglès *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM) (Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans et al., 2001) elaborat d'acord amb les recomanacions del *Department of Health* sobre el rol de la verificació i de l'avaluació del servei en la millora dels serveis de psicoteràpia. Es tracta d'un qüestionari que consta de 34 ítems procedents de 12 escales diferents. Intenta ser un instrument breu, acceptable en les seves propietats psicomètriques, senzill de llegir i informatizable. Avalua quatre àmbits: Benestar subjectiu (constructe fonamental del model), Problemes (depressió, ansietat, dolences físiques, afectes, traumes), Funcionament (relacions, funcionament general i social) i Risc (per a un mateix i per als altres). Paral·lelament es desenvolupen dues formes breus (18 ítems) de la versió completa per facilitar-ne l'aplicació i el retest.

2.2 EL RORSCHACH EN EL SEGUIMENT I L'AVALUACIÓ DE TRACTAMENTS.

2.2.1 Abans del Sistema Comprehensiu.

El psiquiatra suís Hermann Rorschach (Zürich 1884 – Herisau 1922) va publicar el Test de les Taques de Tinta⁶ el 1921. Al llarg de la història aquest test ha passat per diverses fases en la seva *popularitat* i ús clínic. L'autor va morir molt jove i, posteriorment, han estat diversos els autors que han realitzat un gran treball per sistematitzar la seva conceptualització, administració, codificació i interpretació. Entre d'altres: Samuel Beck, Bruno Klopfer, Marguerite Hertz, Ewald Bohm, Zigmund Piotrowki, David Rapaport i Nina Rausch de Traubenberg.

El test de Rorschach ha gaudit de la qualitat bàsica de les tècniques projectives: estructurant un estímul no estructurat s'aconsegueix que aparegui la projecció de l'estructura psicològica del subjecte fent que es tornin més comprensibles les seves activitats, preferències, creacions i produccions.

S'exigeix que les tècniques projectives siguin econòmiques, que no requereixin una gran inversió de temps, que siguin simples -sense aparells ni complicacions-, i que estiguin estandarditzades, en el sentit que tots el subjectes s'afrontin als mateixos materials i, a poder ser, amb el mateix grau de col·laboració amb l'examinador (Rapaport, Shafer, Roy, Gill i Meton, 1946).

⁶ En alguns àmbits anglo-americans: Rorschach Inkblot Method (RIM)

El Test de les Taques de Tinta és molt més que una tècnica projectiva (Exner i Weiner, 1982), en el mateix sentit que Rorschach el concebí, aquest instrument implica les activitats cognitives de la persona i, especialment els hàbits o estils que ell o ella utilitzen per afrontar la vida quotidiana.

S'entén per *seguiment* d'un procés psicoterapèutic els exàmens periòdics d'un cas o una sèrie de casos, abans, durant i després del procés, amb intervals preestablerts, quan així s'ha planificat la tasca prèviament, a fi d'obtenir informació del decurs del procés. Segons Campo (1995) els estudis de seguiment contribueixen a una comprensió més àmplia de les hipòtesis interpretatives utilitzades.

S'entén per *avaluació* d'un tractament psicoterapèutic la detecció i mesura dels canvis que s'han produït en el subjecte que ha seguit el tractament i que són susceptibles d'ésser atribuïts a l'acció de l'esmentat tractament.

Des dels inicis el propi Rorschach (1980) va destacar l'interès que tenia contrastar els protocols recollits *abans* i *després* del tractament [psico]analític, respectivament.

A la introducció a la tècnica del *Psychodiagnostik* de Rorschach, Morgenthaler (1980) parla de la utilitat del mètode de Rorschach en tant que procediment empíric que permet obtenir comprovacions segures i verificables de l'estat i el curs de diverses condicions i

funcions psíquiques i, a més, copsar la personalitat total de manera molt més nuclear que qualsevol altre mètode d'exploració.

Samuel Beck, un dels grans sistematitzadors, publica la seva obra *Rorschach's Test* en tres parts (Beck (1944-1952): I *Basic processes*, el 1944, II *A variety of personality pictures* el 1945 i III *Advances in interpretation* el 1952. Ens referirem a l'edició francesa d'aquesta obra (Beck, 1967-1968) per fer palesa l'extensió amb què aquest autor tracta el tema de l'avaluació i el seguiment de tractaments. Acaba la segona part amb un capítol "*test et retest, avant et après*" (pp.732-799) en el qual analitza els tests de Rorschach abans i després de diversos processos terapèutics. A la tercera part analitza extensament el test de Rorschach, a l'inici i quasi al final del procés d'"*un adolescent en psychothérapie*" (pp.904-1008). I acaba aquesta tercera part amb un capítol dedicat al seguiment d'"*un garçon d'un internat médico-pédagogique*" (pp.1103-1188) a qui s'administra el test als 7, 10 i 13 anys d'edat.

Pocs anys més tard un altre dels grans sistematitzadors del Rorschach, Bruno Klopfer amb els seus col·laboradors (Klopfer, Ainsworth, Klopfer i Holt, 1953-1954), estudiant l'estabilitat de les funcions del Rorschach, passen revista als diversos estudis *test-retest* que s'han dut a terme en diferents intervencions terapèutiques. Molts d'aquests estudis "empren el Rorschach com una eina per explorar l'efecte del tractament, al mateix temps que utilitzen els canvis en el tractament com un criteri extern amb el qual es pot contrastar el Rorschach modificat" (vol I, p. 448).

Aquests autors (Kolpfer, et al., 1953-1954, vol. I pp. 446 i ss.) informen de diferents àmbits i modalitats terapèutiques en les quals el Rorschach havia estat utilitzat per al seu seguiment o per avaluar-ne els resultats: tractament amb insulina en esquizofrènics (Piotrowski, 1939); estabilitat en un lapsus de temps i a través de la teràpia (Brosin i Fromm, 1942); hipoglucèmics (Graham, 1940); tractament amb xoc d'insulina o teràpia convulsiva amb metrazol (Kisker, 1942); psicoteràpia psicoanalítica intensiva (Rioch, 1949); tractament neuroquirúrgic (Ross i Block, 1950).

Després d'aquesta exhaustiva revisió, Klopfer et al., (1953-1954) afirmen que:

“si el Rorschach reflecteix *l'estructura bàsica de la personalitat*, no sembla que el tractament efectuï una completa reorganització de l'estructura de la personalitat. En cada cas sembla haver-hi continuïtat entre el test i el retest, encara que amb un canvi considerable en l'esfera adaptativa i amb alguna modificació en el *pattern*, paral·lela als canvis que s'observen externament” (vol. I, p. 451).

Més endavant descriuen altres utilitats (establir índex de millora, determinar el moment de finalització) de la tècnica Rorschach en relació als efectes de la psicoteràpia pròpiament:

“la comparació de les observacions de la teràpia amb els canvis concomitants en la descripció diagnòstica determinada pels tests pot aportar el reassegurament que els canvis conductuals durant la teràpia no són mera expressió de reaccions de transferència, sinó que s'arrelen en canvis actuals en

l'organització de la personalitat. Això facilita, al seu torn, les decisions sobre el moment òptim de cloure el tractament i pot proporcionar *insights* sobre la naturalesa del procés terapèutic". (vol. II, p. 86).

Tanmateix és important d'assenyalar que, en aquells moments, Klopfer et al. (1953-1954) troben a faltar l'articulació teòrica de determinats conceptes i proposen una reflexió final respecte de l'ús del *test-retest* amb el Rorschach per avaluar tractaments:

“El major handicap en aquest àmbit és, tanmateix, la manca de formulacions precises dels canvis que, de fet, s'han produït com a resultat del tractament; altrament, no hi ha un criteri vertaderament satisfactori amb el qual contrastar les hipòtesis interpretatives relacionades amb el canvis al Rorschach” (vol. I, p. 451).

Campo (1988) constata que malgrat els autors coincideixen en les bondats de la tècnica Rorschach en el seguiment i l'avaluació de tractaments, la bibliografia sobre el tema és més aviat escassa al llarg de tot el s. XX i, majorment, referida a adults.

2.2.2 Amb el Sistema Comprehensiu

El 1974 el professor John E. Exner (Jr) va publicar als EUA el *Sistema Comprehensiu del Rorschach*⁷. Prenent els aspectes més positius de cada un dels anteriors sistematitzadors, portà a terme la quantificació i processaments empírics necessaris per proporcionar al test validesa psicomètrica, al mateix temps que establia una normativa exhaustiva per a la seva administració, codificació, organització del resum estructural i interpretació.

2.2.2.1 Els precursors

1) A través de Gerstle, Geary, Himelstime i Reller-Geary, (1988) tenim notícia d'una de les recerques que va marcar un punt de partida en l'avaluació de processos terapèutics amb el SC del Rorschach. Es tracta de la investigació de LaBarbera i Cornsweet (1985). Segons Gerstle et al. (1988) en aquest estudi, LaBarbera i Cornsweet (1985), van demostrar que els índexs del Rorschach d'instabilitat psicològica i de sensibilitat perceptual eren predictors del resultat terapèutic en el tractament de pacients ingressats.

Aquests autors van comparar les puntuacions en aquests índexs en nens que havien completat el tractament residencial, classificats en dos grups: “millorats” i “no millorats” i van trobar-hi diferències significatives. Llavors van comparar els “millorats” i “no millorats” en

⁷ Publicat en castellà el 1978 (vols. I i II) i el 1981 (vol. III) per l'editor Pablo del Rio, Madrid.

sis índexs del Rorschach: *es*, *es-EA*, Lambda, Blends, Zf i Zsum⁸. A excepció del Lambda, els nens classificats com a “millorats” mostraven puntuacions mitjanes més altes en tots els índexs esmentats. Els seus resultats suggerien que aquells nens que eren menys estables però eren sensibles perceptivament van mostrar major benefici terapèutic del tractament residencial. Així va quedar demostrat que els índexs del Rorschach referits a la inestabilitat psicològica i la sensitivitat perceptiva eren predictors del resultat terapèutic del tractament de pacients ingressats.

2) Partint d'aquesta premissa (sensibilitat dels índexs: *es*, *es-EA*, Lambda, Blends, Zf i Zsum al canvi terapèutic), Gerstle et al., (1988) repliquen l'estudi de LaBarbera i Conrswet (1985) amb un grup de nens que havia seguit tractament residencial (programa multidisciplinar en un medi altament estructurat) i que van mostrar una millora suficient com per passar a un entorn menys restrictiu. Utilitzen el *test-retest* (inici i final del tractament) en un grup de 12 subjectes barons (7 amb trastorns afectius, 4 amb trastorns esquizofrènics i 1

⁸ Aquests sis índexs que estudien els defineixen així:

- *es*, intensitat de l'estimulació psíquica que actua en l'individu i que el pot portar a la inestabilitat i la desorganització de la conducta.
- *es/EA*, recursos psíquics organitzats de què disposa el subjecte. Un *es* > EA implica inestabilitat psicològica perquè la intensitat de l'estimulació psicològica que opera en l'individu és superior als seus recursos organitzats.
- *L* (lambda), una puntuació alta (> 1) indica una interpretació defensiva rígida dels estímuls. LaBarbera i Cornsweet (1985) consideren que un Lambda baix suggereix que l'individu reacciona a l'estímul psicològic i és capaç d'elaborar les seves percepcions i, per tant, pot respondre millor a la teràpia.
- *Blends*, indiquen la complexitat psicològica dels processos cognitius. Un nombre ampli de respostes compostes pot indicar una sensibilitat als estats psicològics adversos, sensibilitat que pot facilitar el progrés terapèutic.
- *Zf/Zsum*, indiquen la capacitat d'organitzar els perceptes en relacions significatives. La capacitat d'organitzar dades significativament indica la sensibilitat a percebre relacions significatives, cosa que és un índex de pronòstic positiu.

amb trastorns de conducta). L'edat mitjana és de 9,08 anys, i la SD 1.01 anys, la mitjana del QI era de 98,3 i la SD 14,2. Només van incloure en l'estudi aquells que havien seguit el programa més de 6 mesos.

Comparant (*t* test) les mitjanes i les SD dels sis índexs (*es*, *es-EA*, *Lambda*, *Blends*, *Zf* i *Zsum*) només obtenen diferències significatives en *es* i en *Lambda*, i constaten que aquests canvis no són deguts als canvis en la freqüència de respostes.

Gerstle et al. (1988) observen que en tots els casos estudiats semblava que havia minvat la intensitat dels processos psicològics que estaven actuant en el nen i que s'havien incrementat els seus recursos interns, recursos que els permetien l'organització (control) de processos psicològics potencialment disruptius, encara que fos a costa d'un funcionament psicològic més rígid després del tractament residencial.

Aquests resultats (*es*, *Lambda*) confirmen parcialment les hipòtesis de LaBarbera i Cornsweet (1985). Gerstle et al. (1988) consideren que les contradiccions són degudes a les diferències en la gravetat de la patologia de les mostres i conclouen que el canvi que s'aprecia als altres índexs suggereix una millora en el funcionament psicològic tot i que la magnitud del canvi no arriba a tenir significació estadística. Contrastant les dades dels índexs *es* i *L* (*Lambda*) amb les dades normatives d'Exner de 1982, conclouen que els canvis observats en aquests índexs són deguts al tractament i no a la maduració.

2.2.2.2 *Els clàssics*

En aquest punt comentem els treballs duts a terme en tres estudis de recerca: 1) per Weiner i Exner; 2) per Exner i Andronikof-Sanglade, i 3) per Abraham, Lepisto, Lewis, Schultz i Finkelberg.

1) En un primer pas, Weiner i Exner (1988)⁹ van identificar diverses característiques de la personalitat associades amb l'assoliment dels objectius d'una psicoteràpia dinàmica de llarga durada. Aquests objectius, descrits en la literatura sobre psicoteràpia dinàmica, inclouen: capacitat del pacient per controlar l'estrès adequadament, disposar d'un estil d'afrontament coherent per suportar situacions conflictives, ocupar-se obertament de les seves experiències, comprometre's en un autoexamen constructiu i sentir-se còmode en les relacions interpersonals. Cal tenir en compte que, encara que aquestes capacitats no assegurin l'èxit en l'acabament de la psicoteràpia, la seva absència, habitualment, contraindica l'acabament del tractament.

En un segon pas, Weiner i Exner (1991) suggereixen que alguns índexs del Rorschach, relacionats amb aquestes característiques de la personalitat, podrien proporcionar una mesura útil del progrés en la psicoteràpia intensiva. Partint d'aquesta premissa van reexaminar les línies bàsiques d'interpretació del SC intentant identificar els índexs de disfuncionament que indicarien la necessitat de continuar el tractament en diverses modalitats de teràpia de diferent duració. Van seleccionar

⁹ Treball titulat *Assessing readiness for termination with the Rorschach*, presentat a la Austen Riggs Conference on Psychological Testing and the Psychotherapeutic Process, Stockbridge, MA.

27 índexs de dificultat d'adaptació com a indicadors, potencialment vàlids, d'un progrés insuficient en el tractament.

Segons els propis autors, aquests 27 índexs, agrupats en sis *clusters*, es defineixen així:

▪ Quatre índexs indiquen dificultat per controlar l'estrès adequadament:

- $D < 0$, tensió (patiment) sentida per no disposar de suficients recursos per satisfer les demandes experimentades.
- $D_{Adj} < 0$, tensió (patiment) sentida de manera persistent, més enllà de les dificultats transitòries o situacionals, per no poder fer front a les demandes experimentades.
- $EA < 7$, escassos recursos per implementar estratègies en la resolució de situacions problemàtiques.
- $CDI > 3$, dèficit general en les capacitats per afrontar les demandes de la vida quotidiana.

▪ Cinc índexs estan relacionats amb la dificultat per tractar amb l'experiència de manera adequada, oberta, coherent i convencional:

- *Ambitendència*, manca d'un estil d'afrontament definit que porta el subjecte a un sentiment personal d'incertesa.
- $Zd < -3.0$, atenció insuficient als matisos de la pròpia experiència, fent un examen superficial de les coses que passen al seu entorn, extraient-ne conclusions precipitades.
- L (lambda) $> .99$, marcs de referència molt estrets i limitats, i inclinació a respondre de la manera més simple possible a les situacions.

- $X+\% < 70$, inadequada o poca disposició a percebre els objectes i els esdeveniments com ho fa la majoria de la gent, convencionalitat.
- $X-\% > 20$, percepció incorrecta dels objectes i de les pròpies circumstàncies, i manca d'anticipació de les pròpies accions.

- Cinc índexs estan relacionats amb una suficient i plaent modulació dels afectes:
 - $SumSh > FM+m$, emocions negatives de disfòria, soledat, desemparament i/o autodenigració.
 - $DEPI = 5$, preocupacions depressives.
 - $DEPI > 5$, probabilitat d'un trastorn depressiu diagnosticable.
 - $Afr. < .50$, evitació de l'intercanvi emocional amb l'entorn i poca predisposició a involucrar-se en situacions afectives.
 - $CF+C > FC+1$, sentiments manifestament intensos i expressió dels afectes sense restricció.

- Quatre índexs estan relacionats amb les dificultats per utilitzar la ideació de manera efectiva:
 - $Sum6 Sc > 6$, tendència al pensament il·lògic i arbitrari.
 - $M- > 0$, concepcions estranyes sobre l'experiència humana.
 - $Mp > Ma$, ús excessiu de la fantasia escapista com a substitució del planejament constructiu.
 - $Intel\cdot lect. > 5$, confiança excessiva en la intel·lectualització com a mecanisme defensiu.

- Quatre índexs suggereixen problemes amb l'autoavaluació:
 - $Fr+rF > 0$, exaltació narcisista d'un mateix amb tendència a externalitzar la culpa o el retret.

- $3r+(2)/R > .43$, excessiva centració i preocupació per un mateix.
- $3r+(2)/R < .33$, poca valoració d'un mateix en comparació amb els altres.
- $FD > 2$, grau excessiu i inusual d'introspecció.

- Cinc índexs estan relacionats amb la dificultat per sentir-se còmode en les relacions interpersonals:
 - $p > a+1$, passivitat en la relació amb els altres i tendència a declinar responsabilitats i iniciatives.
 - $T = 0$, manca d'esperança a establir relacions estretes, psicològicament íntimes i amb suport mutu amb els altres.
 - $T > 1$, necessitats insatisfetes de relacions pròximes i confortants, generadores de sentiments de soledat i deprivació.
 - $H \text{ pura} < 2$, desinterès i/o dificultat per identificar-se amb altres persones.
 - $H < [(H)+Hd+(Hd)]$, dificultat per contemplar les relacions amb les persones reals, vives i en plena activitat.

Partint de la definició d'aquests índexs com a indicadors potencialment vàlids del progrés en psicoteràpia, formulats en valors que indiquen dificultat o patologia, Weiner i Exner (1991) hipotetitzen que la seva freqüència hauria de disminuir, al llarg del temps, entre els pacients que estan seguint un tractament i, a més, que la disminució hauria d'estar directament relacionada amb la duració del tractament i, per tant, hauria de ser menys notable en els pacients que segueixen psicoteràpia de curta durada que en els que en segueixen una de llarga durada.

Aquestes expectatives es basen, segons aquests dos autors, en l'evidència de la recerca que: a) la psicoteràpia contribueix a millorar les capacitats d'afrontament i, consegüentment, a tenir un sentiment de benestar; i b) com més teràpia es rep, més benefici se'n pot obtenir.

Partint d'aquestes premisses, Weiner i Exner (1991) duen a terme un estudi longitudinal amb pacients (n=88) que segueixen psicoteràpia de llarga durada ($\bar{x} = 48$ mesos de duració), més d'un cop per setmana ($\bar{x} = 2,35$ sessions per setmana) d'orientació dinàmica, i pacients que segueixen psicoteràpia de curta durada (n=88), amb una mitjana de poc menys d'un cop per setmana i una duració mitjana de 16 mesos, en diverses modalitats: conductual, assertiva, racional-emocional o gestàltica. Els grups eren comparables en edat, estudis, sexe, estat civil i nivell socioeconòmic, tot i que el percentatge de pacients de classe social més baixa era significativament major (43 %) en el grup de curta durada que en el grup de llarga durada (20 %).

Efectuen quatre avaluacions, dels 27 índexs del Rorschach abans exposats, en cada un dels grups. En el grup que segueix teràpia de llarga durada, la primera avaluació es va realitzar al començament de la teràpia (línia base), un primer retest entre els 12-14 mesos després, un segon retest entre els 27 i 30 mesos de tractament -en el qual un 17 % dels pacients ja havien acabat el tractament-, i un tercer retest entre els 46 i 50 mesos després, en aquest retest un 67 % dels pacients havien acabat el tractament i continuaven participant en l'estudi com a no-pacients. Per facilitar les comparacions amb l'altre grup, en el grup de curta durada les avaluacions també es van realitzar a l'inici (línia base), el primer retest entre els 12 i 13 mesos després, el segon retest

entre els 27 i 30 mesos i el tercer entre els 46 i 50 mesos després, almenys 30 mesos després d'haver completat la teràpia.

Les diferències longitudinals van ser avaluades amb el 2x2 chi-quadrat. Obtenen els següents resultats:

El grup que segueix teràpia de llarga durada mostra una disminució significativa en la freqüència de 14 dels 27 índexs en el primer retest (final del primer any de tractament); en el segon retest (dos anys i mig de tractament) FD ha disminuït significativament respecte del primer retest i han disminuït la seva freqüència 24 índexs, i en el tercer retest (quatre anys després de l'inici del tractament) els 24 índexs continuaven significativament diferents de la línia base. Els dos índexs que no experimenten canvi són Reflexos i l'Índex de Depressió.

Els pacients d'aquest grup, al llarg del tractament, han demostrat una millora en les sis dimensions del funcionament de la personalitat:

1. Millor capacitat per manejar l'estrès,
2. Millor capacitat de processar l'experiència amb atenció, més obertura, de manera més convencional i més adequada.
3. Més capacitat de modular les experiències emocionals o de gaudir-ne.
4. Més eficàcia en la seva ideació (elaboració de pensaments).
5. Menys preocupats i més satisfets amb ells mateixos.
6. Més interessats i més confortables en les relacions interpersonals.

El grup que segueix teràpia de curta durada mostra una disminució significativa en la freqüència de 18 dels 27 índexs en el primer retest (12-14 mesos de tractament). En el segon retest (als 26-30 mesos) encara experimenten disminució significativa en dos índexs més. En el tercer retest mostren una disminució significativa de la FD respecte de la línia base.

Aquest grup, que segueix teràpia de curta durada, mostra una disminució significativa, quatre anys després d'iniciat el tractament, en 20 dels 27 índexs que pertanyen a cada una de les sis dimensions abans esmentades.

Weiner i Exner (1991) consideren que l'èxit en mesurar els canvis esperats pels índexs del Rorschach aporta validesa al constructe per al seu ús en aquest i altres objectius afins. Tanmateix, adverteixen que aquests són resultats preliminars, no definitius, i que els mètodes emprats en la recerca clínica sovint requereixen algun sacrifici en la validesa interna per promoure la validesa externa de les troballes, com és aquest cas.

Finalment conclouen que, donat que la majoria dels índexs del Rorschach són estables en adults no pacients, els canvis observats en aquest estudi només s'han pogut apreciar perquè: a) la psicoteràpia opera un canvi, i b) el Rorschach pot mesurar aquest canvi de manera vàlida.

2) Exner i Andronikof-Sanglade (1992) empen els mateixos 27 índexs agrupats en els mateixos *clusters* per avaluar els

canvis que es donen en la psicoteràpia i la seva estabilitat en el temps en dos grups de 35 pacients cada un. Un grup segueix teràpia breu: intervencions estratègiques de curta duració, dissenyades per abordar un objectiu o un focus específics en un termini limitat d'aproximadament 4 mesos o menys; la mitjana de sessions d'aquest grup va ser de 14,2 (rang 12 a 15) a raó d'una sessió per setmana. Un segon grup, utilitzat com a grup de comparació, va ser extret a l'atzar d'un grup de 259 pacients que seguien diversos tipus de teràpia a curt termini (de suport, assertiva, racional-emotiva, gestalt i de modelació). Aquests subjectes pertanyien al grup de Weiner i Exner 1991 (descriu en el punt anterior), però cap d'ells havia estat inclòs en el grup de 88 subjectes que constituïa el seu grup de teràpia de curta durada. La mitjana de duració del grup era de 47 sessions (rang 34 a 58) a raó d'una sessió per setmana. La raó dels subjectes per optar per una modalitat de teràpia o altra rau, principalment, en la cobertura de la seva assegurança.

Els dos grups eren molt similars en les característiques demogràfiques i en els trastorns, majorment depressió, ansietat, tensió o dificultats per controlar l'emoció. El grup de teràpia breu estava compost per 14 homes i 21 dones, d'edats compreses entre 20 i 37 anys ($\bar{x} = 24,6$) i el grup de teràpia de curta durada estava compost per 16 homes i 19 dones, d'edats compreses entre 21 i 39 anys ($\bar{x} = 25,6$). Els anys d'estudis era pràcticament igual en ambdós grups.

A tots els subjectes se'ls va administrar el Rorschach i l'autoinforme KAS-S (Katz Adjustment Scales-Form S) en tres

ocasions: primera, abans d'iniciar el tractament; segona, al final del tractament, i tercera, 8-12 mesos després de finalitzar el tractament.

Respecte a la metodologia emprada, els autors diuen que, com que els dos grups no s'han extret de la mateixa població ni han sigut assignats a l'atzar a un tractament, no es poden realitzar les anàlisis estadístiques intergrups, per tant, només s'han dut a terme anàlisis intragrup, comparant les dades de cada retest amb les dades de la línia base mitjançant series de chi-quadrat.

Dels resultats obtinguts els autors assenyalen que les dades del Rorschach de la línia base indiquen que, tot i que els dos grups no s'havien extret de la mateixa població, eren molt similars en tots 27 índexs i en les seves dificultats d'adaptació. Tots dos grups evidencien un canvi substancial en el primer retest.

En acabar el tractament, el grup que segueix teràpia breu mostra una freqüència significativament inferior de canvis positius significatius en 12 dels 27 índexs, tots relacionats amb els trets afectius; a més, quatre estan relacionats, també, amb la percepció interpersonal, dos amb el processament i la mediació i un en cada un dels àmbits de control, estil d'afrontament i ideació. Aquesta freqüència de canvi és significativament inferior a la freqüència de canvi del grup de teràpia a curt termini. Tanmateix, no totes les millores detectades en el primer retest es mantenen en el segon retest entre 8 i 12 mesos després.

En canvi, com ja s'ha especificat en el punt anterior, en la teràpia a curt termini s'observen canvis significatius en 20 dels 27 índexs i es troben repartits en els sis *clusters*.

Exner i Andronikof-Sanglade (1992) conclouen que aquests resultats, igual que els resultats esmentats de Weiner i Exner (1991) proporcionen una evidència indirecta sobre la validesa d'alguns índexs estructurals del Rorschach i de la seva utilitat per valorar el canvi en una avaluació pre-post tractament. Aquesta evidència es basa en el fet que aquests índexs són molt estables en no-pacients. D'ací que els canvis que es donen amb el temps en les característiques estructurals i funcionals de molts pacients ambulatoris són deguts, aparentment, al tractament, i alguns d'aquests canvis poden ser detectats amb certa facilitat utilitzant la tècnica Rorschach.

3) Abraham, Lepisto, Lewis, Schultz i Finkelberg (1994), basant-se en les premisses i metodologia de l'estudi de Weiner i Exner (1991), repliquen la recerca amb un grup de 50 adolescents (33 nois i 17 noies) d'entre 13 i 17 anys en el moment de l'inici ($\bar{x}=15,45$ i $SD = .19$) i entre 14 i 20 anys en el moment del retest ($\bar{x} = 17,43$ i $SD = 1,62$). La mitjana del QI era de 95,14 i la SD 10,78.

Aquests pacients havien rebut tractament residencial consistent en una atenció les 24 hores del dia amb un ampli ventall d'activitats educatives i recreatives, d'intervencions terapèutiques individuals i familiars, per ajudar l'adolescent a manejar-se amb les experiències i amb la realitat de manera més oberta, coherent i menys idiosincràtica. El tractament residencial posa èmfasi en el medi de manera global, en

el tractament interdisciplinari i en l'entorn terapèutic. Aquest tractament està indicat en aquells adolescents que no han reeixit en tractaments ambulatoris.

El grup va ser seleccionat a l'atzar entre pacients que, en el moment de la seva admissió els havia estat administrat el Rorschach com a part de la seva avaluació estàndard. Diagnosticats en el moment de l'admissió per l'equip clínic d'acord amb el DSM-III, tots patien trastorns psiquiàtrics majors: 16, trastorns afectius; 21, trastorns psicòtics, i 1, trastorn de conducta¹⁰. La reavaluació va tenir lloc després de 2 anys de seguiment de tractament residencial.

Aporten com a novetat que els pacients adolescents que segueixen tractament residencial, amb anterioritat, no havien estat examinats de manera similar.

Les autores (Abraham et al., 1994) es plantegen les qüestions següents: a) quins canvis cognitius i de personalitat ocorren en el pacient adolescent que segueix tractament residencial?, b) quins índexs canvien després de dos anys de tractament residencial?, i c) quins índexs addicionals s'haurien de considerar quan s'avalua el canvi psicològic en pacients en tractament residencial?

Basant-se en les premisses de Weiner i Exner (1991), Abraham et al., (1994) hipotetitzen que els pacients que segueixen tractament residencial esdevindran menys idiosincràtics en el seu pensament (> respostes populars) i menys aïllats (< aïllament), més adequats i

¹⁰ Les autores no especifiquen el diagnòstic dels altres 12 pacients.

espontanis en les seves expressions (>FM), amb menys introspecció negativa (<FV) i més interessats a percebre les interaccions (> PARS, >H, >M).

Amb aquesta finalitat, a més dels 27 índexs agrupats en els sis *clusters*, Abraham et al. (1994) inclouen un *cluster d'identificació social*, que integra els índexs Rorschach: populars, parells, FM, FV, Aïllament/R que reflecteixen la relació/connexió i el reconeixement del món exterior. Al mateix temps aquest *cluster* representa l'interès i la capacitat de l'individu per tenir consciència de la pertinença a un grup, de les expectatives socials, dels avantatges i de les responsabilitats.

Analitzen les diferències longitudinals de les dades de cada un dels 32 índexs mitjançant les series 2x2 chi-quadrat.

Els resultats que obtenen revelen que 19 dels 32 índexs mostren disminucions significatives (els índexs havien estat formulats en valors que indiquen dificultat o patologia) en la seva freqüència distribuïnt-se de la manera següent:

1. Major capacitat per controlar l'estrès (EA, CDI).
2. Millor capacitat per relacionar-se amb la realitat/experiència (Ambitendència, Zd, L, X+% i X-%).
3. Major capacitat per modular l'afecte i gaudir de les experiències emocionals (SumSh>FM+m, DEPI, Afr.).
4. No s'observen canvis significatius en les operacions ideacionals.
5. Millor autopercepció i autovaloració més realista (Fr+rF, 3r+(2)/R).

6. Més comoditat en les relacions interpersonals (H pura, $H < \{(H) + Hd + (Hd)\}$).
7. Millor identificació social (populars, parells, FM, FV, Aïllament/R).

Dels 13 índexs restants, que no revelen canvis significatius, 11 evoquen un *efecte base* -floor effect- (molt pocs subjectes obtenen puntuacions que indiquen un funcionament alterat en l'admissió). Tot i així, algun canvi pot no arribar a la significació estadística. Els dos índexs restants ($T = 0$ i $3r+(2)/R > .43$) no eren significatius estadísticament i tampoc no se'ls podia atribuir el "floor effect".

Metodològicament les autores van aplicar el test de Wilcoxon (signe-rang per a grups aparellats) per comparar el nombre total d'índexs de dificultats d'adaptació en el moment de l'admissió amb el nombre total d'índexs en el moment de la reavaluació. Aquest test hauria esdevingut innecessari perquè cada subjecte mostrava una disminució en índexs de dificultats d'adaptació. Tanmateix, van dur a terme un *t* test per a mitjanes relacionades, que va indicar que hi havia una reducció global en els índexs de disfuncionament $t(49)=21.44$, $p<.001$.

Els resultats que presenten són consistents amb el postulat de Weiner i Exner (1991) en el sentit que la psicoteràpia contribueix a millorar les capacitats d'afrontament i produeix un increment en el sentiment de benestar.

Malgrat les limitacions de l'estudi (manca de coherència entre els examinadors, manca d'anotacions de les intervencions farmacològiques i manca d'autoinformes o mètodes conductuals per avaluar el progrés), els resultats donen suport a la validesa i la utilitat del Rorschach per valorar els canvis promoguts per la teràpia i la utilitat del mètode test-retest per avaluar els resultats del tractament.

El quadre 1 conté una síntesi dels canvis observats en els estudis "clàssics" esmentats.

Quadre 1. Resum dels canvis que experimenten els índexs Rorschach en els estudis “clàssics”.

Agrupació	Índex Rorschach	Weiner/ Exner	Weiner/ Exner	Exner/ Andronikof	Exner/ Andronikof	Abraham/ Lepisto
		1991 Long	1991 Short	1992 Brief	1992 Short	1994 Adol-inpat
<i>Maneig de l'estrès</i>	D < 0	**	**			
	DAdj < 0	**	*			
	EA > 7	**	**		*	*
	CDI	**	**		*	**
<i>Obertura a l'experiència</i>	Ambitend	*	*		**	*
	Zd < -3.0	**	**	*	*	**
	L > .99	*	*	*	**	**
	X+% < 70	**	**	*	*	*
<i>Modulació de les emocions</i>	X-% > 20	*	**			**
	SumSh > FM+m	**	**	**	**	**
	DEPI = 5	**	**			*
	DEPI > 5			**	**	
<i>Elaboració de pensaments</i>	Afr. > .50	*	**	*	**	**
	CF+C>FC+1	**	**	**	**	
	WSum6 > 6	*				
	M- > 0	**	**		*	
<i>Autoavaluació</i>	Mp > Ma	**	*	*	*	
	Intel. > 5	**			*	
	Fr+rF > 0					*
	3r+(2)/R>.43	*		*		
<i>Percepció de les relacions interpersonals</i>	3r+(2)/R<.33	*	**	*	**	**
	FD > 2	**	**			
	p > a+1 Ø	**	**		**	
	T = 0	**			**	
<i>Identificació social</i>	T > 1	**	**	*	*	
	H pura < 2 Ø	**	*		*	**
	H<[(H)+Hd+(Hd)]	*	**			**
	P < 4					**
<i>Identificació social</i>	(2)					**
	FM < 3					**
	FV > 0					**
	Aïll/R					

Ø Índex inclòs, també, a l'agrupació d'identificació social.

* Diferència significativa, p<.05; ** Diferència significativa, p<.01

2.2.2.3 *Situació actual*

Aquests estudis han servit de model per als altres estudis posteriors en els darrers tretze anys. S'ha seguit treballant en la descripció i utilitat dels 27 índexs organitzats en les sis agrupacions, (Weiner, 1994) per contribuir a determinar el tipus de teràpia, planificar el tractament i avaluar els canvis psicològics induïts per la psicoteràpia.

En els tretze anys transcorreguts ha prosseguit la investigació sobre aquest tema amb nombroses publicacions i presentacions en congressos. L'any 2004 el *Journal of Personality Assessment* va dedicar el número 83(3) a aquesta qüestió, en un intent de recopilar el treball realitzat i organitzar-lo de manera coherent.

El mestratge i la capacitat d'anàlisi i síntesi de Weiner (2004) ens serveixen de guia per resumir alguns estudis de la revista esmentada.

Segons Weiner (2004) els resultats que aporta Grønnerød (2004) de la seva metaanàlisi de 24 estudis, contribueixen substancialment a la validació de l'avaluació Rorschach com un procediment sensible per mesurar el canvi en psicoteràpia. Catorze dels 32 índexs van mostrar un *effect size* de $r = .32$ o més, superant amb escreix la referència empírica de $r > .30$ de Hemphill (2003) per considerar "alt" l'*effect size* basat en la correlació. Els altres vuit índexs cauen en el rang "bo" de l'esmentat Hemphill, amb un *effect size* que va de .20 a .30.

A més, l'estudi de Grønnerød (2004) aporta tres aspectes importants per a l'efectivitat de la psicoteràpia i per als principis d'interpretació del Rorschach:

1) Les comparacions entre mostres constaten una associació entre l'increment del temps i la intensitat del tractament, d'una banda, i la magnitud de l'*effect size* dels índexs Rorschach, de l'altra. Aquest resultat és consistent amb els indicadors generals de recerca en psicoteràpia i demostra la validesa de les mesures del Rorschach d'aquest efecte diferencial.

2) La metaanàlisi de Grønnerød (2004) distingeix la variable "Constructes" que consisteix en una impressió clínica general partint de les dades del Rorschach sobre alguns constructes de la personalitat, i la variable "Global", que consisteix en una avaluació clínica del canvi o la millora basada en el protocol com un tot. Les variables "Constructes" i "Global" mostren l'*effect size* més alt que els 32 índexs analitzats, amb coeficients ponderats de $r = .50$ i $r = .44$, respectivament. Aquesta troballa és important per les seves implicacions en la interpretació holística *versus* la interpretació atomista de les dades del Rorschach.

3) L'anàlisi de Grønnerød (2004) també identifica alguna variació en l'*effect size* d'alguns índexs del Rorschach que mesuren diferents dimensions del funcionament de la personalitat. Els índexs relacionats amb la capacitat d'afrontament, el control de l'estrès, i l'experiència i expressió de l'afecte s'agrupen en la meitat superior de les magnituds de l'*effect size*, la qual cosa indica una quantitat

relativament elevada de canvi. Aquesta troballa suggereix que els problemes amb l'afrontament i el control de l'afecte són més accessibles a la intervenció terapèutica que les dificultats relacionades amb les actituds cap a un mateix i cap als altres, al menys en les fases inicials del tractament.

Weiner (2004) es mostra en desacord amb una conclusió de Grønnerød (2004), en el sentit que "Aquestes anàlisis no suggereixen que el Rorschach hagi de ser un instrument preferit en els estudis sobre psicoteràpia. Podem concloure, tanmateix, que aquestes dades mostren que el mètode Rorschach no és inferior en aquest context" (p.271). Weiner (2004) considera que això és bo de saber-ho, però que no respon a tota la realitat. Si el Rorschach funciona "tan bé com" i "no es inferior a" les mesures dels autoinformes en la planificació del tractament i l'avaluació del seu resultat, queden poques raons per a utilitzar-lo amb aquestes finalitats. Es podrien estalviar temps i diner sense perdre dades útils refiant-se únicament de les mesures dels autoinformes.

D'altra banda el Rorschach -prosegueix Weiner (2004)- proporciona un tipus d'informació referent al funcionament de la personalitat, que rarament és revelada pels autoinformes, per això l'avaluació amb el Rorschach pot fer una contribució única a la pràctica i a la recerca en psicoteràpia. Els resultats d'Elfhag, Rössner, Lindgren, Andersson i Carlson (2004) conformen un exemple d'aquesta aportació única no perquè el Rorschach sigui, en general, millor o igual que les mesures dels autoinformes, sinó per com es diferencia d'ells i què fa millor que ells.

Weiner (2004) també comenta l'article de Fowler, Ackerman, Speanburg, Bayley, Blagys, i Concklin (2004)¹¹ en el qual es descriu un estudi longitudinal dut a terme a l'Austen Riggs Center. Per les coincidències amb la nostra recerca, ens interessa remarcar que aquest estudi utilitza *l'effect size*, basat en unitats de desviació estàndard, per a la determinació de la significació clínica, i que el Rorschach i el TAT proporcionen mesures vàlides del benefici que obtenen pacients, amb trastorns greus, que segueixen tractament residencial intensiu d'orientació psicodinàmica.

Com a complement al seus comentaris dels articles, Weiner (2004) aporta unes línies-guia que s'han de tenir en compte en els diferents tipus de dissenys d'investigació: estudis d'efectivitat, estudis longitudinals, estudis d'integració de variables independents, estudis d'observació de variables dependents i anàlisis sofisticades de dades.

Finalment, reproduïrem la conclusió que Weiner (2004)¹² aporta sobre la utilització d'autoinformes *versus* Rorschach o TAT després de la revisió dels estudis apareguts a l'esmentat número especial del *Journal of Personality Assessment* 83(3) del 2004, perquè sintetitza i raona de manera lúcida l'estat actual de la qüestió:

“Demostrant que les mesures del funcionament de personalitat basades en la *performance* poden igualar les magnituds de

¹¹ Aquest estudi replica, en diversos aspectes, la recerca de Blatt i Ford de 1994, sobre la utilització del Rorschach i el TAT en l'avaluació del canvi terapèutic

¹² La traducció de l'original anglès d'aquesta cita i la següent ha estat feta per l'autor de la Tesi.

l'efecte que mostren els mètodes d'autoinformes, deixa poca raó per a l'ús del Rorschach o el TAT, tant en la pràctica clínica com en la investigació en psicoteràpia. ¿Per què, doncs, dedicar temps i diners a recollir les dades del Rorschach i del TAT, si proporcionen la mateixa informació que es pot obtenir amb els autoinformes amb més facilitat i menys cost? La resposta a aquesta qüestió comença per saber, des de l'experiència clínica i des de la investigació, que l'avaluació que fan el Rorschach i el TAT no és una mera duplicació i confirmació de les troballes dels autoinformes. Aquestes mesures basades en la *resolució de tasques* també complementen i enriqueixen aquelles troballes, elucidant disposicions subjacents i aspectes de la vida interior, que queden poc o gens registrades en els autoinformes.”

“D'acord amb això, l'avaluació amb el Rorschach i el TAT pot fer contribucions úniques en la planificació dels tractaments i en la recerca de l'avaluació de resultats identificant i monitoritzant canvis en aspectes de l'estructura i la dinàmica de la personalitat, en les quals les mesures basades en la *resolució de tasques* són, generalment, més sensibles que els mètodes d'avaluació per autoinforme. Per aquesta raó, cal que es projectin estudis sobre la utilitat de les mesures basades en la *resolució de tasques* en l'àmbit de la planificació dels tractaments i en l'avaluació dels seus resultats, a fi de destacar la creixent utilitat de la informació que proporcionen i la quantitat d'informació vàlida que sense ells ens hauríem perdut” (p. 330).

Per acabar aquest capítol, i a manera de conclusió, reproduïrem la síntesi que Weiner (1999) fa d'aquesta qüestió:

“Si bé el Rorschach comporta un cost més elevat que altres mesures menys complexes, aquest cost es veu compensat per l'amplitud i profunditat de la informació clínica que d'ell emergeix, perquè l'avaluació que el Rorschach realitza és independent del tipus de tractament, i mesura les característiques de la personalitat rellevants segons els objectius del tractament. A més, l'instrument, globalment, té una considerable solidesa psicomètrica i les seves troballes menen a una interpretació senzilla, un feed-back efectiu, una planificació útil dels serveis clínics, i alhora possibilita una formulació des de diverses perspectives teòriques i tècniques” (p. 1154).

L'autoritzada opinió d'I. Weiner, expressada en aquestes cites, sobre les possibilitats que ofereix el test de Rorschach en l'avaluació de tractaments, avala que haguem optat per aquesta tècnica en la nostra recerca.

Capítol 3.
Programa d'intervenció
al centre Can Rubió

3.1 ANTECEDENTS.

La Generalitat de Catalunya va assumir les competències en matèria de Protecció i Tutela de Menors el 1981 (Reial Decret 1292/1981, 1981). En la dècada dels vuitanta, dos estudis molt ben documentats i assenyadament crítics, ens donen notícia de la situació de l'internament d'infants a Catalunya. El primer, (Casas, 1984) investiga els motius que menen als pares a demanar aquest tipus d'assistència per algun dels seus fills. L'altre -inclòs en una investigació més àmplia sobre els *indicadors de risc psicosocials en la infància*- (Casas, 1990)¹³ sobre la situació de la protecció de menors en els darrers anys del franquisme i els primers anys de les transferències a la Generalitat de Catalunya.

Més recentment, un informe monogràfic de la institució del Síndic de Greuges (2003) recull referències històriques de la protecció a la infància a Catalunya des del segle XII (*Pia Almoïna*), les declaracions d'organismes internacionals, les resolucions i la legislació del Parlament de Catalunya en matèria de serveis socials, la legislació específica fins l'any 2003 i la situació actual dels centres residencials.

La voluntat política d'atendre de manera integrada a menors en situació de desemparament, que presenten greus trastorns psíquics i que no són susceptibles de ser atesos en la xarxa de salut mental infantil i juvenil es va materialitzar, la primavera del 1992, en la signatura d'un *Acord de Col·laboració* entre Departaments de Benestar Social (Direcció General d'Atenció a la Infància) i de Sanitat i Seguretat Social (Programa de Salut Mental).

¹³ Vegeu el cap. 10: "Atenció social a la infància a Catalunya i situacions de risc existents", pp. 332-351.

Aquest *Acord de Col·laboració* estableix la creació d'un centre per atendre nois i noies, d'edats compreses entre 12 i 18 anys que es trobin en situació de desemparament, presentin trastorns psíquics que no siguin susceptibles d'atenció ambulatoria a la xarxa pública de salut mental, i que es presumeixi una millora significativa en un període d'estada entre tres mesos i dos anys.

S'esmenten com a *criteris d'admissió*: les psicosis distímiques i els trastorns psicòtics aguts i transitoris a l'adolescència, en els quals no es preveu la necessitat de contenció hospitalària continuada, els quadres distímics depressius (neuròtics), els trastorns del comportament inserits en disarmonies evolutives, la patologia narcisista i/o anaclítica, les depressions cròniques, les conductes d'aïllament (corresponents a l'ansietat social de la infància).

S'*exclouen* explícitament les patologies cròniques, l'autisme, les psicosis deficitàries cròniques, la deficiència mental de grau mitjà i profund, els quadres psicopatològics que requereixen atenció hospitalària continuada, les anorèxies nervioses, les drogodependències i les noies embarassades, perquè totes elles requereixen un tractament molt específic.

L'*Acord* marca com a **objectiu** la compensació de la patologia a fi que els pacients puguin passar a viure en un entorn (residencial o familiar) més normalitzat que els pugui oferir millors possibilitats de socialització, i estableix el procés i els mecanismes que s'han de seguir per a la proposta i avaluació de candidats.

És per aquest *Acord de Col·laboració* que neix el *Centre El Garraf*, amb capacitat per atendre 11 nois i 9 noies en règim residencial; es va ubicar *provisionalment* en una antiga casa de colònies infantils, als afores del municipi de Sitges (comarca del Garraf) on va romandre des del 4 de juny de 1992 fins el 27 de febrer de 2002¹⁴. En aquesta data es va traslladar als afores d'Esparreguera (Baix Llobregat) amb el nom de *Centre Can Rubió*.

3.2 CONCEPTE GENERAL DE PROGRAMA D'INTERVENCIÓ.

Fink (1993) defineix un programa d'intervenció com els “sistemàtics esforços realitzats per aconseguir objectius preplanificats amb la finalitat de millorar la salut, el coneixement, les actituds i la pràctica” (p. 2).

Afegint a aquesta definició les nocions de recursos humans i materials, Fernández-Ballesteros (2001) defineix el programa com a “conjunt especificat d'accions humanes i recursos materials dissenyats i implantats organitzadament en una determinada realitat social, amb el propòsit de resoldre algun problema que afecta a un conjunt de persones” (p. 24).

¹⁴ En aquest període el centre El Garraf va atendre un total de 96 adolescents (53 nois i 43 noies).

Prenent els elements bàsics d'ambdues definicions trobem com a eixos fonamentals d'un programa d'intervenció: els subjectes als quals s'adreça, la planificació dels objectius, els recursos humans i materials, i la sistematització, especificació i coordinació de les accions.

3.3 EL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ AL CENTRE CAN RUBIÓ.

3.3.1 Concepte.

D'acord amb els principis acabats d'esmentar, el programa d'intervenció implantat al Centre CR, objecte d'aquesta avaluació, queda definit com: *“Un conjunt d'accions educatives, terapèutiques i formatives que, de manera sistemàtica i coordinada, es duen a terme al centre residencial Can Rubió, sobre adolescents amb trastorns psíquics greus, amb la finalitat que estabilitzin la seva psicopatologia i reorganitzin les seves capacitats relacionals i adaptatives”*.

3.3.2 Objectiu.

L'objectiu general del programa d'intervenció és aconseguir la suficient estabilització de la situació psicopatològica, i la reorganització de les capacitats adaptatives i relacionals de l'adolescent a fi que pugui passar a viure en un entorn residencial o familiar que li ofereixi majors possibilitats d'interacció social.

3.4 ORGANITZADORS BÀSICS DEL CONTEXT ESPECÍFIC I DEL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ.

La institució s'estructura sobre diversos elements organitzadors a fi d'esdevenir un *context específic* en el qual resideixen uns adolescents amb patologia mental greu, conviuen diferents grups de persones i es du a terme el programa d'intervenció. Aquests organitzadors fan que la vida a la institució tingui un sentit, un objectiu, un ordre, un *tempo* i un tarannà determinats.

Entre els principals organitzadors del *context específic* que afecten totes les accions cal esmentar:

1. El Projecte de Centre, que articula els principis d'intervenció (educativa, terapèutica i formativa), l'organització i la normativa del Centre.
2. La concepció interdisciplinària de la tasca amb la consegüent diferenciació de referents teòrics, d'àmbits i de tècniques d'intervenció, de rols i de funcions dels diversos professionals.
3. La combinació de variables bàsiques: temps, espai, relació i activitat, com a elements estructurals del funcionament psíquic i en la realitat.
4. El foment de relacions i interaccions en diferents situacions i amb diferents persones (iguals i adults).

5. El recurs al pensament i a la paraula, abans de l'acció.
6. La *rutina* de la quotidianitat, amb els elements comuns i diferents de cada dia.
7. La circulació de la informació dins de la institució.
8. La coordinació de les accions que s'han d'implantar des de cada disciplina, base de la coherència en els principis i en la intervenció.
9. La normativa explicitada que regeix la convivència a la institució.
10. La relació amb l'exterior i amb la família.
11. La temporalitat de l'estada a la institució.
12. La distinció dintre/fora de la institució.
13. El treball en xarxa amb altres dispositius de salut mental i de la DGAIA.

3.5 SUBPROGRAMES.

Cada àmbit d'intervenció queda configurat i diferenciat dels altres pel seu propi referent teòric, rol i funció, recursos i tipus d'intervenció. Cada àmbit d'intervenció concreta les seves accions en un subprograma d'intervenció que, a més de la seva coherència interna,

s'ha d'integrar -en la concepció, organització i execució- amb la resta de subprogrames (imbricació). Apel·lant a la metàfora de la simfonia, (Pfeiffer i Strzelecki, 1990), els programes han d'estar ben orquestrats entre si i cada subprograma ha d'estar en sincronia amb cada un dels altres.

Atenent els àmbits d'acció directa amb els adolescents, el programa d'intervenció educativoterapèutica s'organitza en els subprogrames que es descriuen a continuació.

3.5.1 Intervenció educativa.

3.5.1.1 *La relació educativa.*

Els educadors són els adults encarregats de “cuidar” els adolescents en la quotidianitat. Aquesta intervenció -inspirada en la funció parental- consisteix a estar amb ells, acompanyar-los, orientar, supervisar, controlar els aspectes concrets de la conducta, de la relació i de les activitats.

Pel seu rol i la seva funció l'educador representa i actua atenent el criteri de realitat. És per això que sovint ha de gestionar conflictes amb els adolescents que, per la seva patologia, tenen alterat el contacte amb la realitat i presenten greus dificultats per tolerar la frustració que la realitat comporta.

Aquesta relació s'estén també a la nit i consisteix a “vetllar” (proporcionant seguretat), atendre les demandes i gestionar les incidències que poden aparèixer.

3.5.1.2 Supervisió (interacció) de la vida quotidiana.

La intervenció educativa utilitza com a via privilegiada per a les seves accions la planificació, l'organització, la coordinació i la supervisió del decurs de la quotidianitat dels adolescents, tenint en compte els aspectes comuns i diferencials que comporta cada dia.

En la quotidianitat s'articulen i es combinen les diverses modalitats de temps, d'espais, de relacions i d'activitats, i hi tenen lloc totes les accions que requereixen les intervencions des dels diferents subprogrames.

3.5.1.3 La relació tutorial.

És la relació d'un educador amb un adolescent en concret. Li és el referent continu dins la institució. Realitza el seu guiatge de manera particular i propera, i segueix i orienta tots els assumptes de l'educand dins i fora de la institució, i amb la seva família.

3.5.2 La intervenció psicoterapèutica.

3.5.2.1 Intervenció directa amb els pacients.

Consisteix a implementar diverses modalitats psicoterapèutiques, segons les possibilitats i limitacions dels pacients:

- *psicoteràpia individual* (amb un terapeuta o, generalment, amb una parella de terapeutes) amb la finalitat d'adquirir consciència dels conflictes, tenir la possibilitat de verbalitzar-los i d'elaborar-los,

- *consultes terapèutiques*, amb la finalitat d'ampliar la percepció i comprensió de la realitat, flexibilitzar els mecanismes adaptatius i recolzar les funcions joïques,

- *psicoteràpia de grup*, abordatge dels conflictes situacionals i relacionals en grup¹⁵,

- *intervenció en crisi*, ajudar a superar la crisi, instaurar i controlar les mesures de contenció i/o restricció de moviment, si calen,

- *seguiment psiquiàtric* per instaurar i controlar la pauta de medicació psiquiàtrica.

La permanència dels terapeutes al mateix context de vida fa que es produeixin (o es busquin) encontres que propicien unes relacions espontànies amb els pacients.

3.5.2.2 Intervenció indirecta amb els pacients.

Són formes d'intervenció adreçades a la *higienització* de la institució (detecció, identificació i elaboració de fenòmens relacionals, per dotar-los de significat i convertir-los en eines o elements d'intervenció) i *assessorament*, des dels criteris de salut mental, als altres professionals que intervenen directament amb els adolescents.

Quan és viable, també s'intervé amb les famílies dels pacients amb la finalitat de millorar la comprensió de la dinàmica familiar amb el pacient i introduir-hi alguna modificació.

3.5.3 La infermeria psiquiàtrica.

La precarietat de la representació mental dels adolescents atesos fa que expressin els seus neguits, preocupacions, conflictes i malestars a través de diverses afectacions somàtiques: dolors, ferides, cops,

¹⁵ Cf. Valero, A. Pulido, M.C. i Berlanga, R. (1997) Psicoterapia de grupo en una institución educativo-terapéutica para adolescentes. Una Experiencia. In J. Tomàs (coord) *Reeducación psicomotriz, psicoterapia y atención precoz*. Cuadernos de Paidopsiquiatría III. Barcelona. Laertes.

marejos, desajustaments i accidents de diversa índole. Aquestes afectacions reben una atenció directa per part d'un professional d'infermeria el qual, a més d'atendre la cura que el cos requereix, està a l'aguait de la possible relació de la queixa somàtica amb les dificultats personals i relacionals del pacient i/o amb altres problemes emocionals.

Basada en aquesta premissa, l'activitat d'infermeria consisteix a practicar les cures i els controls referits a la salut, i a promoure, organitzar i coordinar l'atenció a la salut en els vessants curatiu, preventiu i educatiu.

3.5.4 L'activitat escolar.

El centre disposa de dues aules escolars, reconegudes pel Departament d'Ensenyament, que ofereixen una atenció escolar personalitzada i un currículum adaptat individualment, ja que tots els adolescents presenten greus problemes d'aprenentatge i d'adaptació escolar, un elevat endarreriment en aquest àmbit i una escassa motivació per a l'aprenentatge acadèmic. L'activitat escolar, a més de l'adaptació i l'aprenentatge, pretén el desenvolupament i la utilització dels recursos cognitius.

3.5.5 L'activitat prelaboral.

Consisteix a "treballar" en unes activitats concretes i té com a objectiu l'adquisició d'habilitats en la manipulació d'eines i materials, l'aprenentatge de tècniques, i l'adquisició de les nocions de les

obligacions i responsabilitats que comporta la vida laboral. Els nois i noies alternen l'activitat individual amb el treball en equip.

L'activitat als tallers comporta la necessitat d'utilitzar recursos cognitius i aplicar els aprenentatges escolars.

Els tallers de fusteria, hort i granja estan reconeguts com a activitat de formació professional no reglada pel Departament de Treball de la Generalitat, per a nois i noies de 16 a 18 anys.

Tots els nois i noies menors de 16 anys assisteixen a l'aula escolar al matí i al taller prelaboral a la tarda. Els nois i noies de 16 a 18 anys ho fan a l'inrevés

3.5.5.1 *El taller d'hort.*

Consisteix a participar de manera activa en tot el procés de l'horta (preparació de la terra, sembrar, plantar, treure herbes, adobar, regar, ensulfatar, recollir, preparar per al consum) i dels arbres fruiters (cura de l'arbre, recollida del fruit, preparació per al consum, transformació del producte: premsa del raïm, premsa de l'oli, elaboració del codonyat i melmelades).

Aquesta activitat permet als adolescents, a més de l'aspecte relacional, trobar-se amb circumstàncies imprevisibles davant les quals no es pot fer res (inclemències del temps), diferents tipus d'espera (activa, passiva) i l'observació del cicle vital de diferents plantes i arbres.

3.5.5.2 *La cura de la granja.*

Consisteix a participar en la cura dels animals de la granja (oques, gallines, coloms, ponis, ovelles i cabres): alimentació, neteja, obrir-tancar portes. Comporta trobar-se amb diferents tipus d'espera (activa-passiva), permet l'observació directa del cicle vital dels animals i el desenvolupament de la capacitat d'assumir i mantenir compromisos.

L'assumpció i execució del compromís de prendre cura dels animals opera com a organitzador psíquic a nivell individual, grupal i institucional¹⁶.

3.5.5.3 *El taller de fusteria.*

Consisteix a manipular la matèria primera (fusta) i realitzar produccions de complexitat creixent. Requereix adquirir i exercitar habilitats bàsiques cada cop més complexes (tallar, serrar, passar paper de vidre, encolar, buidar amb enformador, marcar fusta, raspallar, encaixar), utilitzar les eines (escaire, xerrac, enformador, martell, massa, llima, ribot, pinzells) i la maquinària (serra de cinta, serra circular de banc, regruixadora, trepant de sobretaula, serra de coixí, fresadora, serra circular tronçadora) necessàries per a cada producció.

La utilització d'aquestes eines i màquines exigeix una atenció constant per part dels adults, i requereix dels adolescents un elevat grau de responsabilitat, tant per la possibilitat de prendre mal com pel perill de fer-ne un ús inadequat.

¹⁶ Cf. Valero, A. i Puldio, MC. (1995) El cuidado del animal como organizador psíquico individual, grupal e insitucional. Comunicación presentada al III Congreso Internacional "Animales de compañía, fuente de salud", organitzat per la Fundació Purina. Madrid.

El tipus d'acompanyament i l'activitat individual-grupal es van articular segons les característiques i el moment de cada noi/a.

3.5.5.4 El taller de cuina.

Neix de la necessitat de transformar els productes de l'hort i de la granja. Consisteix a participar activament en l'elaboració de diferents tipus d'aliments cosa que requereix la manipulació de la matèria primera, la utilització de diferents estris, l'aprenentatge de diferents processos (preparació de plats freds, bullir, fregir, al forn), de les propietats dels aliments i formes de combinació i presentació.

L'aprenentatge de la cuina és particularment important de cara a la pròpia autonomia dels adolescents i com a possible sortida laboral.

3.5.6 Els espais de paraula.

Tot el programa d'intervenció està marcat per la prioritització de la paraula i del pensament sobre l'acció, a fi de contrarrestar la tendència d'aquests adolescents a actuar en lloc de pensar i parlar.

El recurs al diàleg es manté des de tots els àmbits d'intervenció, tant a nivell individual com grupal i general.

Cada grup d'aula i cada grup de taller realitza setmanalment una *assemblea d'aula/taller* per revisar la dinàmica seguida, parlar dels conflictes relacionals i parlar dels projectes.

Des dels inicis del Centre el Garraf el 1992, es va instaurar i s'ha mantingut (dia i hora de realització, inclosos) un espai de paraula

setmanal: l'assemblea. En aquest espai, conduït per un educador, es poden posar com a punts a tractar tots aquells temes que directament o indirecta afectin la convivència, l'organització, els serveis i la infraestructura del centre. També es poden formular demandes, queixes i suggeriments. Educadors, mestres i equip clínic poden assistir-hi i participar-hi.

Es va procurar que aquest fos un espai en el qual es poguessin debatre els conflictes relacionals que apareixen en la convivència. Amb l'expressió "*qué pasa con... X*" els nois i noies van començar a formular, a l'assemblea, els conflictes relacionals entre els propis menors o entre els menors i els adults.

Tots els temes que han aparegut en l'assemblea i la seva pròpia dinàmica, són portats, sistemàticament, a la reunió general de tot l'equip del centre. És així com l'assemblea esdevé un analitzador de la institució.

3.5.7 La relació amb la família.

Des que el noi/a ingressa al centre es procura contactar amb la família i establir un règim progressiu de visites. El pla estàndard del centre -que s'adapta a les característiques de la família i al seu funcionament- és: visites al centre, sortides d'unes hores al poble, sortides més llargues, visites a casa sense pernocta, visites a casa amb pernocta, estades més llargues a casa.

La relació també es manté per telèfon. Els nois/es tenen assignats dies i hores per fer trucades i per rebre'n. Amb la generalització de l'ús dels telèfons mòbils, la relació per telèfon és més difícil de regular.

3.5.8 Els “màsters”¹⁷

Es tracta d'activitats relacionades amb l'expressió, l'adquisició d'habilitats manuals i l'aprenentatge de tècniques diverses. S'instauren aquelles activitats en les quals hi ha un acord entre els adults encarregats de dirigir-les i els adolescents que les han seguir. La seva durada és trimestral, prorrogable si així s'acorda. Entre aquestes activitats s'han realitzat “màsters” de: guitarra, ràdio, astronomia, balls de saló, natura, marroquineria, àudio i vídeo, discoteca, percussió, cançó actual, relaxació, actuació en *playback*.

Els resultats dels “màsters” s'exposa i s'exhibeix en les festes d'estiu i de Nadal.

3.5.9 El serveis.

Els nois i noies s'encarreguen d'endreçar i netejar els seus espais individuals i, per torns, alguns dels espais col·lectius. Es tracta de tenir cura dels espais relacionats més directament amb les activitats que tenen a veure amb la conservació de la vida: menjar, dormir i higiene.

¹⁷ Quan, en els inicis, un educador intentava denominar aquestes activitats, s'hi va referir amb el nom de “màsters” i des de llavors es denominen així.

3.5.10 La relació amb l'exterior.

La relació amb l'exterior forma part del procés del noi/a al centre, en la mesura en què li pot ser útil atenent el seu grau d'autonomia. Així, les sortides en grup, acompanyats per adults, en petits grups de nois/es o sols, per realitzar activitats concretes, o “de passeig” es van instaurant a mesura que es considera que el noi/a se'n pot beneficiar.

Es procura que aquells adolescents que estan en condicions de beneficiar-se'n s'integrin en activitats organitzades en l'entorn: equips esportius, esplais, grups de castellers i grups de teatre.

També en alguns casos s'inicien en el món laboral en entitats de fora del centre. La perruqueria i l'hosteleria acostumen a ser àmbits en els quals s'integren aquests adolescents.

3.5.11 L'activitat esportiva.

L'activitat esportiva afavoreix la integració de l'esquema i la imatge corporals (en constant canvi a l'adolescència) i la modulació de la distància emocional amb els altres a través de les relacions de cooperació, competitivitat i rivalitat. Permet a l'adolescent situar-se de manera més adequada davant les emocions que comporten l'èxit i el fracàs. Contribueix a millorar l'organització i utilització dels recursos joics en tant que entren en joc les variables bàsiques: espai, temps, relació, activitat i normativa. Aquestes variables permeten a l'adolescent tenir

referents, sentir-se ubicat i anar prenent consciència de les seves possibilitats i habilitats, i gaudir de posar-les en joc.

Algunes activitats esportives es duen a terme en instal·lacions públiques, fora del centre.

3.5.12 Les festes d'estiu, de Nadal, tradicionals i personals.

Des dels inicis a Sitges, se celebren al centre dues grans festes: al voltant de Sant Joan, la *fiesta d'estiu* que marca el final del curs i inici del període estival, i la *fiesta de Nadal*, que marca el final d'un any i el començament d'un altre. Les festes consisteixen en activitats esportives al matí, exposició dels treballs realitzats als tallers, escola i "màsters", repartiment de premis i trofeus, "dinar de germanor" i, a la tarda, exhibició artística. La festa d'estiu s'acaba amb la inauguració de la temporada de piscina.

En aquestes festes s'invita a les persones de diverses entitats relacionades amb el centre.

Les festes tradicionals també tenen el seu lloc: els Reis, el carnaval, la *mona* de Pasqua, la revetlla de St. Joan, la castanyada, són algunes de les festes que se celebren de manera específica.

També se celebren de manera sistemàtica els aniversaris i l'acomiadament del centre de cada noi i noia.

3.5.13 L'edició de la revista "La Granja"

Dins de l'àmbit escolar s'edita, dos cops l'any, la revista "*La Granja*" (anteriorment "*La Guarderia*", "*La Garrafada*"). Es tracta d'un mitjà d'expressió gràfica i literària que està obert a la participació de tots els nois/es i del personal del centre. Es distribueix coincidint amb les festes d'estiu i de Nadal.

3.6 RECURSOS HUMANS I MATERIALS.

Per dur a terme el programa que s'acaba de detallar, el centre compta amb un equip educatiu (direcció, subdirecció, 25 educadors), dos mestres d'escola i dos mestres de taller, un equip clínic (dos psicòlegs clínics, un psiquiatre i un infermer), i personal de manteniment i serveis.

Com a recursos materials, la finca "Can Rubió" consta de: edificacions i instal·lacions per a la residència, les aules escolars, el taller de fusteria, i per a les activitats recreatives, dels "*màsters*" i esportives; a més de la granja i camps de conreu per a l'hort i arbres fruiters.

Es compta també amb els recursos i serveis de diversa índole de la comarca.