



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.

## II PART

### RECERCA EMPÍRICA



*Capítol 4.*  
*Plantejament del problema,*  
*objectius i*  
*hipòtesis*



#### **4.1 PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA.**

Com s'ha exposat al capítol 3, el Programa de Teràpia Institucional (PTI) està integrat per diversos subprogrames que es duen a terme de manera simultània, en el mateix context i que exerceixen la seva acció sobre els mateixos subjectes.

Cada subprograma té les seves bases teòriques i metodològiques que determinen els respectius tipus d'intervenció, els professionals que la realitzen, els àmbits de la persona als quals s'adrecen, els efectes que pretenen generar, els tipus de relació que requereixen, els moments concrets i els espais físics en què es duen a terme.

Totes les intervencions s'adrecen als mateixos subjectes, per tant, l'efecte que pot generar qualsevol d'elles pot tenir influència en l'efecte d'una altra i, al mateix temps, aquest efecte pot ser influenciat per l'efecte que genera qualsevol altra intervenció. Per aquesta raó el conjunt d'intervencions dutes a terme es conceptualitzen com a integrades en un PTI.

Pfeiffer i Strzelecki (1990) ens recorden com és d'habitual recórrer a la metàfora de la simfonia per conceptualitzar aquest tipus de teràpia institucional. Aconseguir una orquestració brillant, commovedora i harmoniosa requereix que les seccions de corda, de vent, de metall i de percussió, toquin totes els respectius instruments amb perícia, i fins i tot magistralment, en sincronia amb cada un dels

altres. La intervenció institucional amb nens i adolescents ha d'observar atentament els factors necessaris per orquestrar un tractament dinàmic, harmoniós i mobilitzador.

Aquest PTI pretén generar efectes en diversos àmbits dels adolescents: organització de la personalitat, aprenentatges acadèmics i laborals, habilitats socials, relacions familiars i autonomia personal. La *imbricació* de les diverses intervencions fa que sigui altament laboriós aïllar i analitzar per separat els efectes que cada una d'elles genera en el subjecte, almenys en la forma global i institucional que abordem en aquest estudi. En canvi, sí que es pot avaluar l'impacte que el PTI, en el seu conjunt, ha generat en els diversos àmbits en els quals pretén produir modificacions.

Al centre El Garraf de Sitges, es realitzava una avaluació periòdica de l'evolució dels pacients, basada en l'intercanvi d'opinions clíniques entre els diversos professionals que intervenien. Aquesta pràctica esdevé útil per avaluar el procés de l'adolescent, replantejar els objectius que es volen aconseguir i prendre decisions sobre l'estratègia d'intervenció.

Tanmateix aquest mètode d'avaluació té serioses limitacions: presenta greus dificultats per determinar els àmbits d'impacte, i per clarificar i objectivar els criteris de canvi. A més, no compta amb instruments estandarditzats de mesura capaços de detectar i quantificar el canvi, avaluar-lo i determinar-ne la seva significació, ni amb un mètode de registre i ordenació sistemàtica de dades.

Les característiques i les limitacions d'aquest mètode d'observació i control clínic han abocat a una situació en la qual, després de 10 anys de funcionament del centre el Garraf, no es disposi de dades, sistemàticament recollides i ordenades, que permetin objectivar el canvi que els subjectes han experimentat ni, conseqüentment, avaluar l'impacte que el PTI ha produït.

A fi de poder obtenir dades objectives sobre els canvis que cada pacient experimenta al llarg del tractament i d'avaluar l'impacte del PTI en el conjunt dels subjectes, l'autor d'aquesta investigació, component de l'equip clínic que fa assistència en salut mental al Centre CR, va dissenyar, l'any 2000, un mètode per fer possible i viable la *monitorització* del tractament i l'avaluació *multimodal* del PTI, identificat amb el nom d'*Spargus*.

La *monitorització* consisteix a avaluar periòdicament determinades variables de cada subjecte relacionades amb els objectius del programa i els seus àmbits d'impacte, registrar sistemàticament les puntuacions obtingudes i ordenar-les de manera normativitzada.

És *multimodal* perquè s'avaluen diferents àmbits de la persona (organització psíquica, funcionament relacional, habilitats socials, afrontament de situacions conflictives, recursos cognoscitius), les dades provenen de diferents informadors, s'obtenen amb diferents tècniques i en diferents moments.

Les dades obtingudes, sistemàticament recollides i ordenades, i degudament interpretades, proporcionen informació útil en quatre nivells:



- a) A nivell individual, perquè faciliten l'avaluació en el moment inicial, a partir del qual es poden formular els objectius per a cada subjecte i organitzar l'estratègia d'intervenció. Posteriorment, es poden constatar els canvis que s'han produït i, en el seu moment, es pot preveure i preparar la finalització del tractament.
  
- b) A nivell institucional, ja que les dades proporcionen informació concreta per a intercanviar amb els diferents professionals que hi intervenen. Aquest intercanvi és imprescindible per dur a terme les tasques de coordinació, introduir coherència en les intervencions interdisciplinars i realitzar-ne l'avaluació.
  
- c) A nivell del propi PTI, perquè les dades són un bon element per avaluar l'impacte del programa en dos moments diferents: a curt i a mitjà termini. Aquesta avaluació esdevé un important indicador de qualitat del servei en el moment d'avaluar l'eficiència del dispositiu.
  
- d) A nivell d'investigació, com que recull i ordena sistemàticament les puntuacions obtingudes en les diferents variables avaluades, es genera una base de dades que permet dissenyar i planificar recerques en el mateix dispositiu on es realitza la tasca assistencial i participar en investigacions multicentre o de cohort.

Pel que fa a la seva conceptualització, metodologia i finalitats aquest mètode s'inspira, bàsicament, en dos models de monitorització de tractaments i d'avaluació de resultats: el model alemany *STUTTGART-HEIDELBERG*<sup>1</sup> (Kordy, et al., 2001) i el model

---

<sup>1</sup> Aquest model 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

nordamericà *ATOM*<sup>2</sup> (Robbins, et al., 2001). Respecte a la utilització del test de Rorschach com a instrument per avaluar els canvis a l'organització de la personalitat, el mètode pren com a referència l'estudi<sup>3</sup> d'Abraham et al. (1994) per la similitud dels subjectes (adolescents, d'ambdós sexes), la patologia que presenten i el tipus de tractament residencial<sup>4</sup>.

Coincidint amb el trasllat del dispositiu assistencial (del Centre El Garraf de Sitges al Centre Can Rubió d'Esparreguera, el mes de febrer de 2002), es va instaurar la *monitorització* del tractament seguint el model *multimodal* descrit.

A partir de les dades obtingudes amb *l'avaluació multimodal*, aquesta recerca es proposa explorar les característiques dels subjectes en el moment inicial, avaluar l'impacte que genera el PTI implantat al Centre CR (Esparreguera, Barcelona) en dos moments diferents: curt termini (8 mesos) i mitjà termini (15 mesos); determinar les tendències que segueix el canvi dels subjectes; veure si el canvi està

---

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 de sistema de salut alemany.

Parteix de la diferenciació de dispositius (diferents interessos, i nivells i indicadors de qualitat), prioritza la qualitat del resultat, i fomenta la "cultura de l'aprenentatge" entesa com la relació, comunicació i discussió en l'equip. Utilitza instruments estandarditzats.

<sup>2</sup> *Adolescent Treatment Outcomes Module*. Model específic per a adolescents. Neix als EUA amb les pretensions de ser un instrument breu, examinar el canvi clínic, monitoritzar múltiples resultats i ser útil en tractaments d'adolescents amb problemes emocionals i de conducta. Se centra en tres àmbits: estat clínic, funcionament relacional i expectatives de la família. Utilitza adaptacions d'instruments estandarditzats.

<sup>3</sup> Estudi dut a terme a The Mapleton Center, *The Devereux Foundation*. Malvern PA, USA.

<sup>4</sup> Cal esmentar com a predecessor l'estudi de Gerstle (1988) dut a terme amb nens en tractament residencial. Aquest estudi només avaluava cinc variables del Rorschach: *es*, *es-EA*, *Lambda*, *Blends* i *Z*.

relacionat amb algunes característiques dels subjectes, i mostrar com es pot esbossar l'evolució clínica partint de l'anàlisi de les tendències.

## **4.2 OBJECTIUS.**

La recerca es planteja els objectius següents:

4.2.1 Conèixer amb detall el moviment de població al centre CR durant els anys 2002, 2003 i 2004.

4.2.2 Constatar el grau de disfuncionalitat que presenten els subjectes, en el moment de l'ingrés al centre CR, en l'organització de la personalitat, el funcionament relacional, l'afrontament de problemes i els recursos cognoscitius, respecte als adolescents del nostre entorn.

4.2.3 Comprovar, a nivell col·lectiu, l'impacte que el PTI que es duu a terme al centre CR opera en l'organització de la personalitat, en el funcionament relacional i en l'afrontament de situacions difícils, en els adolescents atesos, a curt termini (vuit mesos de tractament).

4.2.4 Comprovar, a nivell col·lectiu, l'impacte que el PTI que es duu a terme al centre CR opera en l'organització de la personalitat, en el funcionament relacional i en l'afrontament de situacions

diffícils, en els adolescents atesos, a mitjà termini (15 mesos de tractament).

4.2.5 Determinar la tendència que segueix el canvi experimentat per cada subjecte en una selecció de 17 índexs que pertanyen a l'organització de la personalitat, el funcionament relacional i les estratègies d'afrontament.

4.2.6 Determinar la possible relació entre la tendència del canvi i algunes de les característiques i circumstàncies dels subjectes.

4.2.7 Determinar, a nivell col·lectiu, la tendència del canvi que s'observa en cada un dels 17 índexs analitzats.

4.2.8 Il·lustrar com es pot esbossar l'evolució clínica dels subjectes basant-se en l'anàlisi de les tendències.

### **4.3 HIPÒTESIS GLOBALS.**

D'acord amb els objectius que s'acaben d'exposar, les hipòtesis globals que corresponen a cadascun d'ells són les següents:

4.3.1 El moviment de població al centre CR podria no ser coherent amb el tipus de patologia, l'objectiu i el temps d'estada definits a l'*Acord de Col·laboració entre els Departaments de Benestar Social i de Sanitat i S.S.*

4.3.2 Els adolescents que ingressen a CR presenten trastorns molt heterogenis i el grau de disfuncionalitat afecta a l'organització de la seva personalitat, el seu funcionament relacional, les estratègies

d'afrontament de problemes que empren i els seus recursos cognoscitius.

4.3.3 El PTI que es duu a terme a CR opera algunes modificacions en l'organització de la personalitat, en el seu funcionament relacional, en l'ús d'estratègies d'afrontament més adequades i en una regularització dels recursos cognoscitius dels adolescents atesos, a curt termini (vuit mesos de tractament)

4.3.4 El PTI que es du a terme a CR opera algunes modificacions en l'organització de la personalitat, en el seu funcionament relacional, en l'ús d'estratègies d'afrontament més adequades i en una regularització dels recursos cognoscitius dels adolescents atesos, a mitjà termini (15 mesos de tractament).

4.3.5 Donada la diversitat de les característiques dels subjectes de CR, la tendència del canvi que experimentarà cada subjecte serà diferent en direcció i en intensitat.

4.3.6 La tendència del canvi que es produeixi pot estar relacionada amb algunes característiques i circumstàncies personals dels subjectes.

4.3.7 Donada la diversitat de les característiques dels subjectes, la tendència del canvi es produirà de manera desigual en els diferents àmbits estudiats.

4.3.8 La informació que proporciona l'anàlisi de les tendències d'un subjecte en cada un dels àmbits analitzats és útil a nivell clínic per avaluar-ne el curs i prendre'n decisions, si escau.

## 4.4 OPERATIVITZACIÓ DE LES HIPÒTESIS.

Les hipòtesis, la seva operativització i els índexs que s'analitzaran formen una trama complexa que s'exposa en el quadre 2.

A l'Annex 2 hi ha les explicacions dels índexs del Rorschach.

Quadre 2. Operativització de les hipòtesis i índexs amb què s'analitzen.

HIPÒTESI	ÍNDEXS	PROCEDIMENT		
4.3.1 Coherència del moviment de població	-Ingressos -Desintern -Temps d'estada -Motius desinter.	Còmput i anàlisi		
HIPÒTESI	ÀMBITS	AGRUPACIONS	ÍNDEXS	
4.3.2 Àmbits i grau de disfuncionalitat psíquica dels adolescents quan ingressen a CR	Organització deficitària de la persona-litat	Control i tolerància a l'estrès	-D EA - DAdj. - es - CDI	
		Obertura a l'experiència	-M -X+% -X-% -WSumC -Xu% -Zd -L (lambda)	
		Modulació de les emocions	-WSumC -DEPI -SumC' -Afr -S	
		Elaboració de pensaments	-WSum6 -Ma:Mp -M (a+p) -2AB+(Art+Ay)	
	4.3.3 / 4.3.4 Canvis a curt i a mitjà terminis	Funcionament relacional	Autopercepció	-3r+(2)/R -SumV -MOR -FD -An+Xy
			Percepció relacions interpersonals	-H pura -H pura >(H)+Hd+(Hd) -COP -T -AG
		Estratègies d'afrontament Recursos cognoscitius	Identificació social	-P -Aillam/R -(2) -a:p
			Equilibració emocional i de conducta	-Internalit. - Externalit.
			Estratègies d'afrontament	-Aproximació - Evitació
			Recursos cognoscitius	-Sembl -Vocab -Daus
HIPÒTESI	PROCEDIMENT			
4.3.5 Canvis desiguals en els subjectes	- Equacions i rectes de regressió de 17 índexs de cada subjecte			
4.3.6 Possible relació del canvi amb característiques dels subjectes	- Correlacions entre el canvi i circumstàncies dels subjectes			
4.3.7 Canvi desigual en els àmbits estudiats	- Equacions i rectes de regressió en 17 índexs			
4.3.8 Utilitat clínica de les dades obtingudes	- Evolució clínica basada en les tendències			

Nota: els índexs del Rorschach que no estan en cursiva són els que hem afegit nosaltres, com s'explica al punt 4.4.2.

L'operativització de les hipòtesis es realitza en base a les agrupacions (*clusters*). Cada una de les agrupacions està integrada per diversos índexs que s'especifiquen detalladament a continuació.

#### **4.4.1 Moviment de població.**

S'ha hipotetitzat (4.3.1) que el moviment de població podria no ser coherent amb els objectius i els temps d'estada definits a l'*Acord de Col·laboració*.

Per constatar aquesta hipòtesi es computaran i s'analitzaran: els ingressos, els desinternaments, el temps d'estada i el motiu de desinternament.

*Els àmbits que es contemplen a les hipòtesis segona (4.3.2, característiques dels subjectes en el moment inicial), tercera (4.3.3, canvis a curt termini) i quarta (4.3.4 canvis a mitjà termini) seran analitzats d'acord amb la seqüència que a continuació s'exposa (punts 4.4.2. a 4.4.5).*

#### **4.4.2 Organització de la personalitat.**

Els canvis en l'organització de la personalitat s'estudiaran a partir dels indicadors del test de Rorschach, organitzats en cinc agrupacions (*clusters*) definides en el SC d'Exner (veure quadre 2)<sup>5</sup> :

- indicadors del control i la tolerància a l'estrès.
- indicadors de l'obertura a l'experiència.
- indicadors de la modulació de les emocions.

---

<sup>5</sup> Per a més detall a consultar l'Annex 2, en separata plastificada.

- indicadors de l'elaboració de pensaments.
- indicadors de l'autopercepció.

A cadascuna d'aquestes agrupacions s'inclouen els índexs<sup>6</sup> del Rorschach emprats en els estudis sobre els canvis produïts per la psicoteràpia de llarg termini i curt termini per Weiner i Exner (1991), en la psicoteràpia breu per Exner i Andronikof-Sanglade (1992) i en l'avaluació dels canvis en adolescents en tractament residencial per Abraham et al., (1994).

Per considerar que aporten informació important s'han inclòs, a més, en la present recerca aquests altres índexs del Rorschach:

- l'*es* (estimulació interna, irritació, neguit, malestar), a l'agrupació del control i tolerància a l'estrès;
- el *SumC'* (constricció afectiva) i l'*S* (hostilitat/negativisme), a l'agrupació de modulació de les emocions; i
- el MOR (sentir-se malmès/pensaments pessimistes), el *SumV* (autoinspecció amb autocrítica negativa) i l'*An+Xy* (preocupació per l'àmbit corporal), en l'agrupació de l'autopercepció.

Les hipòtesis van en el línia de presuposar que els subjectes ingressats a CR, comparats amb adolescents "normals" presentaran diferències en els àmbits de la personalitat avaluats (hipòtesi segona 4.3.2), i que en el decurs del tractament es produiran modificacions en aquests àmbits, tendents a adquirir una progressiva normalització de les funcions analitzades i que, en conseqüència, els valors quantitius de cada índex tendiran cap a mides centrals o mitjanes

---

<sup>6</sup>Els índexs del Rorschach que s'inclouen apleixen els requisits que Weiner (1995) considera que han de tenir per ser inclosos en un estudi: "ben definits, fonamentats conceptualment, selectius i codificats de manera fiable" (p.75).



(hipòtesi tercera 4.3.3 i quarta 4.3.4). Donat que cada índex té valors específics, en l'operativització que s'exposa a continuació es concreta la tendència i els valors desitjables per a cada un d'ells.

#### **4.4.2.1 El control i la tolerància a l'estrès.**

*Aquesta agrupació analitza els recursos psíquics, l'habilitat per controlar l'estrès, la capacitat per prendre decisions i per iniciar i mantenir conductes coherents i eficaces amb els esdeveniments de la vida. Disposar de suficients recursos per minvar el malestar subjectiu i mantenir un estil d'afrontament coherent promou tant el benestar psicològic com l'adaptació exitosa a les demandes de la vida.<sup>7</sup>*

El control i la tolerància a l'estrès permeten prendre decisions, iniciar i mantenir la direcció de les pròpies conductes i actuar de forma eficaç per a un mateix.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran cinc índexs del test de Rorschach:

1. La puntuació *D*, que analitza la capacitat per mantenir el control en condicions d'estrès situacional i de no patiment per l'estrès intern i extern.

S'espera que, amb el tractament, el valor *D* tendirà cap a valors = 0.

---

<sup>7</sup> Les descripcions de cada una de les agrupacions del Rorschach que, escrites en cursiva, es fan en aquest apartat provenen de la descripció que fa el programa RIAP-4 PLUS quan elabora una proposta d'informe clínic.

2. La puntuació *DAdjust*, que analitza la capacitat per mantenir el control en condicions habituals i de no patiment per l'estrès intern i extern.

S'espera que, amb el tractament, la *DAdjust* mostrarà tendència cap a valors = 0.

3. L'índex *EA*, que analitza l'accessibilitat i utilització de recursos ideacionals i emocionals propis.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *EA* tendirà a situar-se en valors > 6.

4. L'índex *es*, que analitza l'experiència d'estimulació interna viscuda com a irritació, malestar o incomoditat.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex tendirà a situar-se al voltant del valor 5.

5. L'índex *CDI*, que analitza la inhabilitat social i la manca de recursos.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *CDI* tendirà a situar-se en valors < 4.

#### **4.4.2.2 L'obertura a l'experiència.**

*Aquesta agrupació analitza la manera que té el subjecte de focalitzar la seva atenció en els esdeveniments de la seva vida i com organitza les percepcions que entren en la seva consideració. L'obertura a l'experiència i una organització eficaç de les impressions que hom es forma, promouen una adaptació exitosa. Per contra, veure el món a través d'un angle molt estret o desorganitzat predisposa a diverses dificultats d'adaptació.*

L'obertura a l'experiència fa necessària la flexibilitat i capacitat d'adaptació de la conducta per adequar el funcionament a les exigències de les situacions reals.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran set índexs del test de Rorschach:

1. L'índex *M*, que analitza l'ús deliberat del pensament.  
S'espera que, amb el tractament, l'índex *M* augmenti amb tendència a situar-se en valors = 3.
2. Sumatori ponderat<sup>8</sup> d' FC+CF+C (*WSumC*), que analitza l'expressió dels afectes.  
S'espera que, amb el tractament, l'índex *WSumC* tendeixi a situar-se en valors al voltant de 3.
3. L'índex *X+*%, que analitza la percepció correcta i convencional de la realitat.  
S'espera que, amb el tractament, aquest índex augmentarà fins a aproximar-se al valor .55.
4. L'índex *Xu*%, que analitza la percepció idiosincràtica de la realitat.  
Es pressuposa que, amb el tractament, aquest índex tendirà a situar-se al voltant del valor .25.
5. L'índex *X-*%, que analitza la percepció distorsionada de la realitat.

---

<sup>8</sup> Ponderació dels valors: FC=0.5, CF=1, C=1.5.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex disminuirà fins a aproximar-se a valors  $< .20$ .

6. L'índex  $L$  (Lambda), que analitza el control intel·lectual en el processament de les emocions i en la complexitat dels perceptes.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex disminuirà amb tendència a situar-se en valors  $< 1.20$ .

7. L'índex  $Zd$ , que analitza l'estil de tractament de la informació. S'espera que, amb el tractament, el valor  $Zd$  tendirà a situar-se entre els valors  $\pm 3$ .

#### **4.4.2.3 La modulació de les emocions.**

*Aquesta agrupació analitza la manera i la confortabilitat amb les quals el subjecte processa l'experiència emocional: com es maneja amb els sentiments que provenen del seu interior, com respon als sentiments que provenen dels altres i a les situacions carregades emocionalment.*

Les emocions intervenen de manera essencial en la formulació de judicis, en la presa de decisions i en tot tipus d'activitat psíquica i conducta humana, d'ací la importància de la seva modulació.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran cinc índexs del test de Rorschach:

1. El sumatori ponderat<sup>9</sup> d'FC+CF+C (*WSumC*), que analitza l'expressió dels afectes.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *WSumC* tendeixi a situar-se en valors al voltant de 3.

2. El sumatori de les respostes C' (*SumC'*), que analitza la constricció afectiva, el fre involuntari a l'expressió de les emocions.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex disminuirà amb tendència a situar-se en valors < 2.

3. L'índex *DEPI*, que analitza els components de depressió.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *DEPI* tendirà a disminuir i situar-se en valors < 4.

4. L'índex *Afr.*, que analitza la responsivitat als estímuls emocionals.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *Afr.* tendirà a situar-se en valors compresos entre .32 i .76.

5. L'índex *S*, que analitza els components d'hostilitat/negativisme.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *S* disminuirà amb tendència a situar-se en valors < 3.

#### **4.4.2.4 L'elaboració de pensaments.**

*Aquesta agrupació analitza com el subjecte pensa les experiències que té i les impressions que es forma de les coses que li passen. La gent s'adapta millor si pot pensar en les seves*

---

<sup>9</sup> Ponderació dels valors: FC=0.5, CF=1, C=1.5.

*experiències i impressions de manera lògica, coherent, flexible, constructiva i només moderadament preocupant.*

El subjecte elabora pensaments partint de la informació que rep. Aquests pensaments han de ser lògics ja que se'n deriven les decisions i les conductes deliberades.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran quatre índexs del test de Rorschach:

1. L'índex ponderat  $WSum6$ , que analitza les fallades en el pensament lògic.

S'espera que, amb el tractament, l'índex  $WSum6$  disminuirà amb tendència a situar-se en valors  $< 11$ .

2. L'índex  $M$ , que analitza l'ús deliberat del pensament.

S'espera que, amb el tractament, l'índex  $M(a+p)$  augmenti amb tendència a situar-se en valors  $= 3$ .

3. L'índex  $Ma:Mp$ , que analitza l'actitud ideacional en l'ús deliberat del pensament: ideació voluntària ( $Ma$ ) *versus* utilització del pensament com a refugi en la fantasia ( $Mp$ ).

S'espera que, amb el tractament, l'índex  $Ma:Mp$  augmentarà en favor de  $Ma$ , de manera que  $Ma > Mp$ .

4. L'índex  $2AB+(Art+Ay)$ , que analitza la intel·lectualització: tendència a mentalitzar l'afecte que produeixen les emocions amb processaments cognoscitius.

S'espera que, amb el tractament, l'índex  $2AB+(Art+Ay)$  tendirà a situar-se en valors entre 1 i 5.

#### **4.4.2.5 L'autopercepció**

*Aquesta agrupació analitza com el subjecte es veu a si mateix, particularment pel que fa referència al seu nivell d'autoestima, a l'abast de la seva autovaloració i la naturalesa de la seva autoimatge.*

L'autopercepció avalua el conjunt d'elements descriptius i valoratius que el subjecte ha anat construint de si mateix, basats principalment en l'autoimatge i en l'autoestima.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran cinc índexs del test de Rorschach:

1. L'índex  $3r+(2)/R$ , egocentricitat, que analitza la capacitat del subjecte per centrar-se en si mateix.

S'espera que, amb el tractament, l'índex  $3r+(2)/R$  tendirà a situar-se entre els valors normatius segons l'edat. (12 anys: .38 - .58; 13 anys: .38 - .56; 14 anys: .37 - .54; 15 anys: .33 - .50; 16 anys: .33 - .48; 17 i més: .32 - .42).

2. L'índex  $MOR$ , que analitza el sentiment de sentir-se malmès i amb pensaments pessimistes.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex disminuirà cap a valors  $< 2$ .

3. L'índex  $FD$ , autoinspecció, que analitza la tendència a mirar cap a si mateix, sense que hi intervinguin els afectes.

S'espera que, amb el tractament, l'índex  $FD$  tendirà cap a valors  $< 2$ .

4. L'índex *SumV*, autoinspecció, que analitza la tendència a mirar cap a sí mateix, amb autocrítica negativa.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *SumV* ( $FV+VF+V$ ) tendirà a valors = 0.

5. L'índex *An+Xy*, que analitza la preocupació pel propi cos (quan és molt elevada pot indicar distorsió en l'autoimatge deguda a la presència de trastorns psicossomàtics o components hipocondríacs).

S'espera que, amb el tractament, l'índex *An+Xy* tendirà a valors < 3.

#### 4.4.3 Funcionament relacional.

Pel que fa al funcionament relacional s'ha hipotetitzat que els canvis en l'esfera adaptativa del subjecte es farien palesos en el funcionament relacional–interpersonal del subjecte. En aquest cas es contemplen tres agrupacions d'indicadors, dues d'elles obtingudes a partir d'índexs del test de Rorschach, i la tercera en base als índexs obtinguts en la prova YSR fonamentada en la teoria d'Achenbach (1991).

Les agrupacions són les següents:

- indicadors de la percepció de les relacions interpersonals.
- indicadors de la identificació social.
- indicadors de l'equilibració de conflictes emocionals i de problemes de conducta.



A l'agrupació de les relacions interpersonals s'han inclòs els índexs COP (actituds de col·laboració) i l'AG (fantasies agressives)<sup>10</sup> per considerar-los importants en aquest àmbit.

A continuació s'exposen els índexs de cadascuna d'aquestes agrupacions i es donen els valors vers els quals se suposa que han de tendir com a efecte del PTI.

#### **4.4.3.1 La percepció de les relacions interpersonals.**

*Aquesta agrupació analitza com el subjecte es relaciona amb els altres, particularment les actituds cap a les altres persones, el grau d'interacció que hi té i la manera d'iniciar i mantenir les vinculacions interpersonals.*

Les relacions interpersonals són un dels àmbits constitutius de la conducta humana i en elles és on més fàcilment s'hi produeixen conflictes.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran sis índexs del test de Rorschach:

1. L'índex *H pura*, que analitza l'interès en altres persones. S'espera que, amb el tractament, l'índex *H pura* tendirà a valors  $> 3$ .
2. L'índex *H pura*, interès en altres persones basat en experiències reals, en contrast amb l'índex  $\{(H)+Hd+(Hd)\}$ , interès en altres persones basat en dades imaginàries.

---

<sup>10</sup> AG: fantasies agressives que poden manifestar-se en la conducta amb actituds agressives, competitives o dominants, considerades com a normals pel subjecte.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *H pura* serà  $> \{(H)+Hd+(Hd)\}$ .

3. L'índex *T*, que analitza la necessitat d'intimitat en les relacions (implica cert grau de dependència).

S'espera que, amb el tractament, l'índex *T* serà  $= 1$ .

4. L'índex *a:p*, que avalua l'activitat-passivitat (dependència) en les relacions amb els altres.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *a:p* s'incrementarà en favor d'*a*, de manera que  $a > p+1$ .

5. L'índex *COP*, que analitza les actituds cooperatives en les relacions humanes i representa la tendència a establir vincles positius.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex s'incrementarà aproximant-se a valors al voltant d'1.

6. L'índex *AG*, que analitza les fantasies agressives que poden manifestar-se en actituds agressives, competitives o dominants en la conducta, considerades normals pel subjecte.

S'espera que, amb el tractament, aquest índex disminuirà amb tendència a valors  $\leq 1$ .

#### 4.4.3.2 *La identificació social.*

*Aquesta agrupació, organitzada per Abraham et al. (1994), analitza l'interès i la capacitat d'un individu per adonar-se d'allò que representa pertànyer a un grup i ser reconegut com a membre del grup i comprèn, també, les seves expectatives socials, els privilegis i les responsabilitats.*

La identificació social requereix una adequada relació, connexió i reconeixement del món extern.

Per contrastar aquesta hipòtesi s'empraran cinc índexs del test de Rorschach:

1. L'índex *P*, que analitza la convencionalitat, l'adaptació del subjecte a les normes del grup.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *P* tendirà a situar-se en valors entre 4 i 8.

2. L'índex (2) que, basant-se en la simetria, analitza la capacitat de percebre dos objectes diferenciats<sup>11</sup>.

S'espera que, amb el tractament, l'índex (2) tendirà a situar-se en valors entre 1 i 8.

3. L'índex *Aïllam/R*, que analitza el grau d'aïllament-implicació en les interaccions socials.

S'espera que, amb el tractament, l'índex *Aïllam/R* tendirà a situar-se en valors  $< .24$ .

---

<sup>11</sup> Cf. Smith, Bruce I. *Tu terrible simetria: Naricismo y Relaciones Objetales en el Rorschach*. Comunicació presentada al XVIII Congrés Internacional de Rorschach i Mètodes projectius, Barcelona, 2005.

4. H pura, ja descrit a l'agrupació de les relacions interpersonals.
5. a:p (ídem).

#### **4.4.3.3 Equilibració emocional i de conducta.**

*L'adaptació psicològica a l'adolescència prové de la interacció entre els múltiples canvis que s'esdevenen durant aquest període tant en l'àmbit de les emocions (internalització) com en l'àmbit de la conducta (externalització). Les manifestacions psicopatològiques poden provenir del tipus de percepció que el subjecte tingui dels factors de risc i de protecció, segons l'edat i el sexe.*

L'efecte de la intervenció institucional propiciarà una disminució de la intensitat dels conflictes emocionals (internalització) i dels problemes de conducta (externalització).

L'equilibració emocional i de conducta serà analitzada amb les agrupacions *Internalització – Externalització* del *Youth Self Report* (YSR), d'Achenbach (1991).

S'espera que, amb el tractament, en ambdós casos es tendirà a valors propers a la normalitat segons el barem utilitzat.

#### **4.4.4 Estratègies d'afrontament.**

En relació amb els estils d'afrontament de problemes s'ha hipotetitzat que els canvis derivats del tractament es manifestaran en una millor adequació de les estratègies emprades en l'afrontament de problemes i situacions difícils.

*L'afrontament (coping) es defineix com el continu intercanvi transaccional entre l'individu i l'entorn. Lazarus i Folkman (1984)*

*concreten l'afrontament com l'intercanvi constant d'esforços que fa el subjecte per gestionar (reduir, minimitzar, tolerar o controlar) les demandes específiques, internes o externes, que sorgeixen entre la persona i el seu entorn, i que són percebudes com que esgoten o sobrepassen els recursos del subjecte.*

El suport social, que afecta l'adaptació, incrementarà l'ús d'estratègies d'*aproximació*, més actives, i disminuirà l'ús d'estratègies d'*evitació* en l'afrontament de situacions difícils.

Les estratègies d'afrontament seran analitzades a través de les agrupacions *Aproximació – Evitació* del test *Coping Responses Inventory* (CRI) de Moos (1993).

Amb el tractament, la modificació en l'ús de les estratègies d'afrontament es manifestarà en una millor adequació de les puntuacions corresponents del CRI.

#### **4.4.5 Recursos cognoscitius.**

També s'ha hipotetitzat que l'acció de la teràpia institucional, afectarà els *recursos cognoscitius*, facilitarà la seva reorganització (increment i/o homogeneització) i el seu ús.

L'adequació dels recursos cognoscitius serà analitzada mitjançant els subtests de *Semblances, Vocabulari i Daus* de l'Escala d'Intel·ligència de Weschler (1998) per a Nens -Revisada- (WISC-R).

S'espera que, amb el tractament, les puntuacions obtingudes s'aproximaran més als valors mitjans per a cada edat.

#### **4.4.6 Tendència del canvi (nivell individual).**

A la hipòtesi cinquena (4.3.5) es pressuposa que, donada la diversitat de les característiques i circumstàncies dels subjectes, el canvi que el tractament operi tindrà una tendència (direcció i intensitat) diferent en cada un d'ells.

Mitjançant la regressió lineal (calculada pel mètode dels mínims quadrats) s'obtindrà l'equació i la representació gràfica de la tendència del canvi per a cada subjecte, en cada un dels 17 índexs analitzats.

#### **4.4.7 Relació entre canvi i circumstàncies personals.**

A la hipòtesi sisena (4.3.6) es pressuposa que, donada la diversitat de característiques i circumstàncies dels subjectes, la tendència del canvi dels subjectes pot estar relacionada amb algunes d'aquestes característiques i circumstàncies.

La possible relació entre la tendència del canvi, d'una banda i les característiques i circumstàncies dels subjectes, de l'altra, s'operativitzarà mitjançant la correlació d'Spearman.

#### **4.4.8 Tendència del canvi en cada índex (nivell col·lectiu).**

A la hipòtesi setena (4.3.7) es pressuposa que, donades les característiques i circumstàncies dels subjectes, el canvi que el tractament operi es produirà de manera diferent en cada un dels àmbits estudiats.

Agrupant les tendències, calculades mitjançant la regressió lineal, que es donen en cada un dels índexs analitzats, s'obtindrà la intensitat de l'impacte que el PTI ha operat en cada un d'aquests índexs, en el conjunt dels subjectes.

#### **4.4.9 Utilitat clínica de l'anàlisi de les tendències.**

A la hipòtesi vuitena (4.3.8) s'anuncia la utilitat de l'anàlisi de les tendències per avaluar el curs clínic que segueix un subjecte.

Es farà un esbós de l'evolució clínica partint de l'anàlisi de les tendències.

## ***Capítol 5.***

### ***Mètode***

***Subjectes***

***Materials***

***Procediment***





## 5.1 SUBJECTES.

### 5.1.1 Subjectes inclosos

En el període febrer 2002–novembre 2004 al centre CR van ingressar, de bell nou, 41 subjectes<sup>12</sup>, 22 nois (53,7 %) i 19 noies (46,3 %).

D'aquests 41 subjectes s'han exclòs d'aquesta recerca:

- 2 subjectes, nois, perquè havien estat ingressats anteriorment al centre El Garraf.
- 4 subjectes (1 noi i 3 noies), dels quals no es va poder fer ni la primera avaluació perquè van estar pocs dies al centre.
- 4 subjectes (3 nois i 1 noia), que presentaven antecedents de reiterats ingressos en centres i de molt llargues estades en unitats psiquiàtriques. Les puntuacions obtingudes en la primera avaluació els situaven en posició *outlier* en quasi tots els índexs. D'altra banda, per la seva evolució mòrbida, aquests subjectes van requerir llargs ingressos en unitats psiquiàtriques i/o centres de Justícia Juvenil.

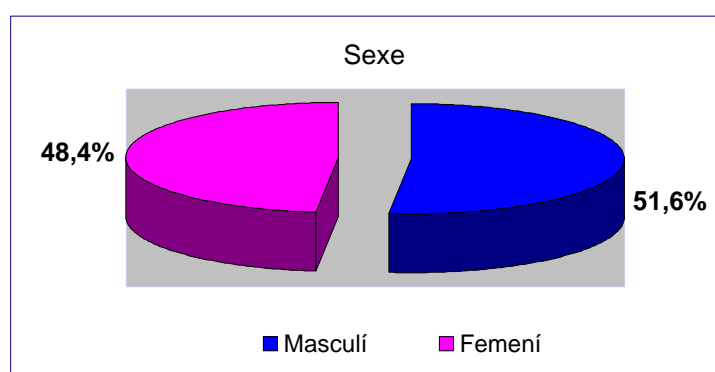
Així doncs, en la primera avaluació hi participen 31 subjectes.

---

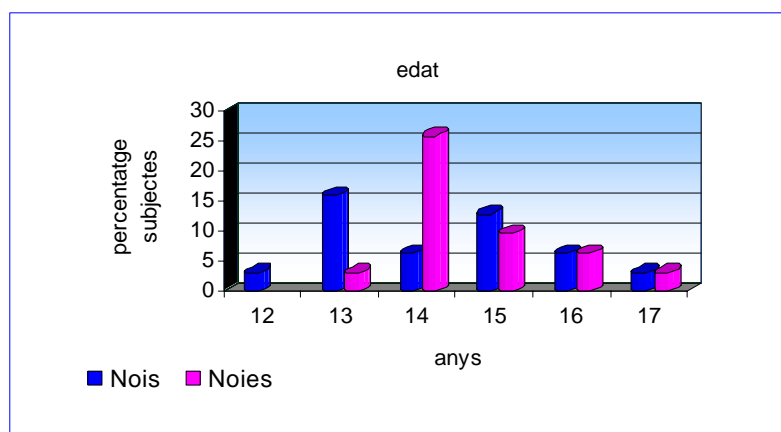
<sup>12</sup> No s'inclouen en aquest còmput els 18 subjectes procedents del centre El Garraf.

### 5.1.2 Característiques socials i demogràfiques dels subjectes inclosos.

· *Sexe i edat.* En la primera avaluació hi participen 31 subjectes, 16 nois (51,6%) i 15 noies (48,4 %) com indica la gràfica 1. Les seves edats, en el moment de l'ingrés, estan compreses entre 12 i 17 anys com mostra la gràfica 2.

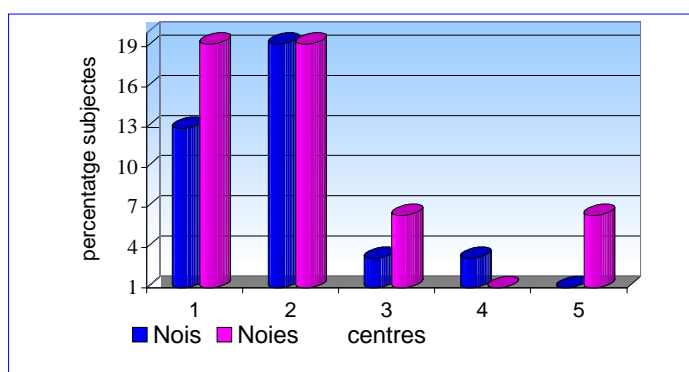


Gràfica 1. Distribució dels subjectes segons el sexe, en el moment inicial.

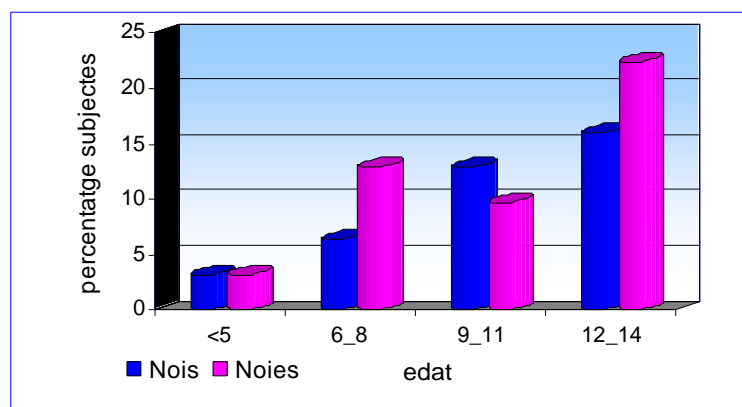


Gràfica 2. Edats dels subjectes en el moment de l'ingrés a CR, segons el sexe.

- *Ingressos anteriors en centres:* 27 subjectes (87,1%) havien estat ingressats prèviament en centres de la DGAIA entre 1 i 5 vegades, segons es distribueix -per sexe- a la gràfica 3, i havien tingut el primer ingrés a edats que oscil·len entre 2 i 14 anys ( $\bar{x} = 10,4$ ) tal com s'expressa a la gràfica 4.



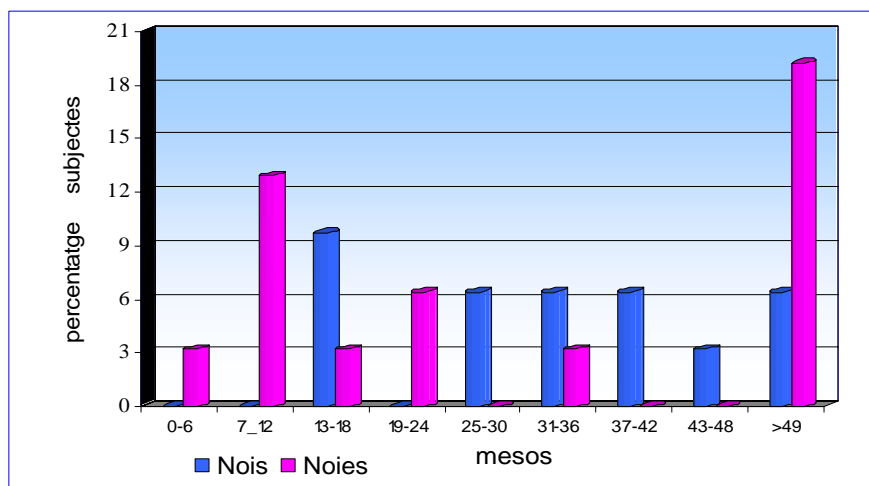
Gràfica 3. Nombre d'ingressos en centres anteriors.



G

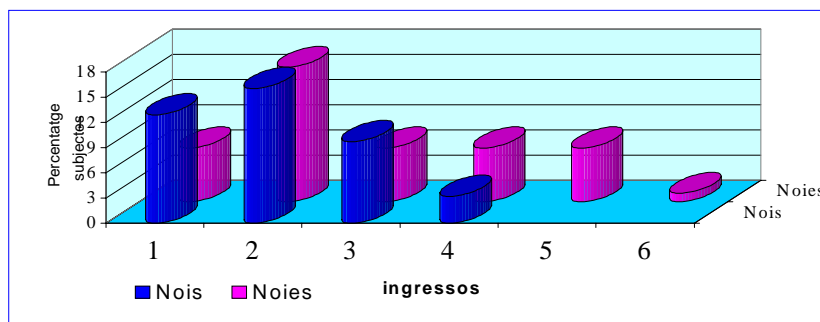
Gràfica 4. Edat en el moment del primer ingrés en centres, segons el sexe.

Els períodes d'estada acumulats en aquests centres oscil·len entre 1 i 108 mesos ( $\bar{x} = 40$ ) tal com indica la gràfica 5.

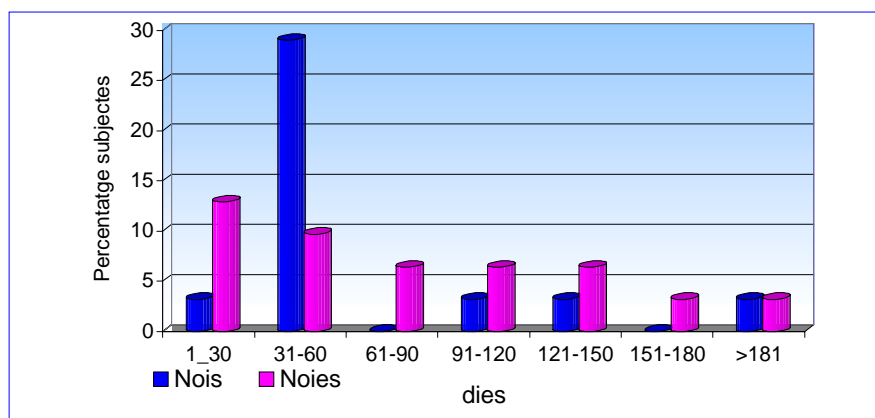


Gràfica 5. Temps d'estada en centres anteriors.

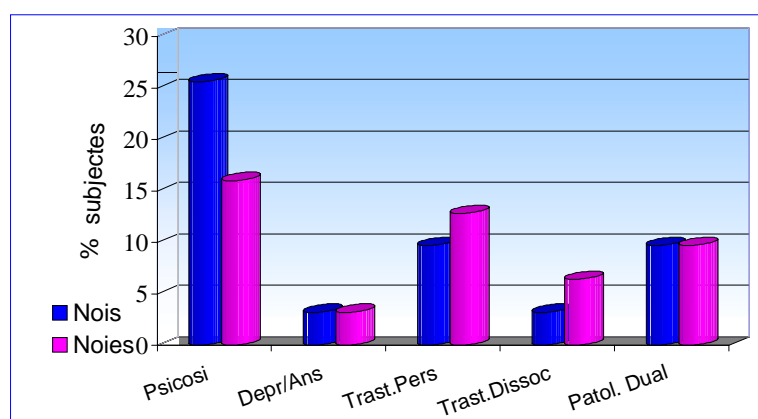
- *Tractament psiquiàtric:* tots els subjectes (100 %) havien seguit tractament psiquiàtric ambulatori i 27 (87,1%) havien estat ingressats entre 1 i 6 vegades en unitats psiquiàtriques, com mostra la gràfica 6, en períodes que oscil·len entre 7 i 222 ( $\bar{x} = 70,9$ ) dies com es veu a la gràfica 7.



Gràfica 6. Nombre d'ingressos en unitats psiquiàtriques



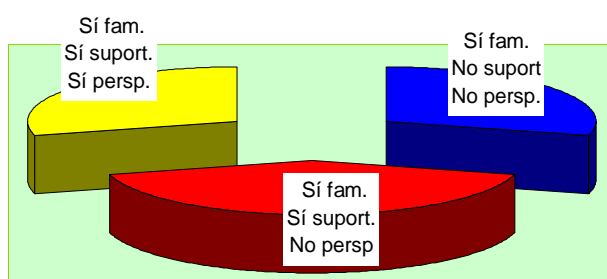
Gràfica 7. Temps d'estada en unitats psiquiàtiques.



Gràfica 8. Patologia psíquica en el moment de l'ingrés.

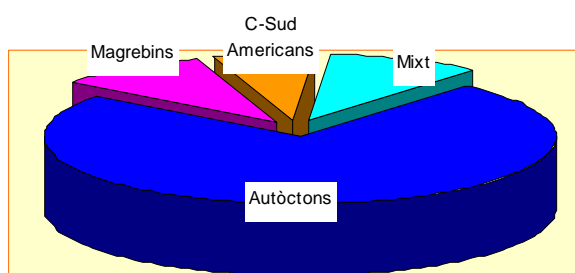
· *Patologia psíquica*: segons els informes dels dispositius de salut mental que van derivar els pacients, la patologia psíquica que presentaven en el moment de l'ingrés, es pot classificar en les categories següents: 13 (41,6 %), psicosis, 2 (6,4 %) depressió/ansietat, 7 (22,4%) trastorn de personalitat, 3 (9,7 %) trastorn dissociat i 6 (19,2 %) patologia dual (trastorn mental i deficiència mental). La gràfica 8 mostra aquestes dades segons el sexe dels subjectes.

· *Suport familiar:* 9 (29 %) (sector blau) tenen algun familiar però no els aporta cap suport efectiu ni els ofereix expectatives de convivència en el futur; 13 (42 %) (sector vermell) tenen família que els aporta suport efectiu però no ofereix expectatives de convivència en el futur, i 9 (29 %) (sector groc) tenen família que sí que els aporta suport efectiu i els ofereix expectatives de convivència en el futur, tal com es mostra a la gràfica 9.



Gràfica 9. Suport familiar dels subjectes

· *Procedència:* 23 (74,2 %) són del país, 3 (9,7 %) són d'origen magrebí, 2 (6,4 %) procedeixen de Centre/Sudamèrica, i 3 (9,7 %) són d'origen mixt, tal com indica la gràfica 10.



Gràfica 10. Zona d'origen dels subjectes

### 5.1.3 Casos perduts (*drop out*).

Entre l'avaluació en el moment inicial i la segona avaluació, vuit mesos després, s'han perdut 6 subjectes pels motius següents:

- 3 subjectes (noies), desinternament per llarga absència del centre.
- 1 subjecte (noia), desinternament per ordre judicial.
- 1 subjecte (noi), desinternament per majoria d'edat.
- 1 subjecte (noi), desinternament per “alta voluntària”<sup>13</sup>.

Així doncs, en l'avaluació a curt termini (vuit mesos després de l'ingrés) hi participen 25 subjectes: 14 nois (56 %) i 11 noies (44 %).

Entre l'avaluació a curt termini i l'avaluació a mitjà termini (set mesos després) s'han perdut 6 casos:

- 1 subjecte (noia), desinternament per llarga absència.
- 5 subjectes (3 nois i 2 noies), no s'ha acomplert el termini de set mesos en el moment de tancar la recollida de dades per a la investigació (juny de 2005).

Així doncs, en l'avaluació a mitjà termini (15 mesos després de l'ingrés) hi participen 19 subjectes: 11 nois (57,9 %) i 8 noies (42,1 %).

---

<sup>13</sup> Després d'una llarga absència del centre, aquest subjecte, la seva família i els diversos estaments implicats van pactar el seu desinternament.



## **5.2 MATERIALS.**

En la investigació s'han utilitzat aquests quatre instruments:

### **5.2.1 El test de les Taques de Tinta de Hermann Rorschach, (1921).**

Consisteix en una sèrie de 10 làmines (les mateixes que l'autor va dissenyar el 1921) amb taques simètriques de color gris i negre -làmines: I, IV, V i VII-, combinant gris, negre i vermell -làmines: II i III-, i combinant tots els colors -làmines: VIII, IX i X-. No requereix cap habilitat lectora.

En la forma d'administració, consigna, registre i codificació de les respostes, i organització del resum estructural s'ha seguit estrictament el SC d'Exner (1986, 1990, 1995). Com s'ha exposat al capítol 3, el SC incorpora els aspectes més positius dels mètodes anteriors i ofereix una quantificació empírica que li atorga propietats psicomètriques i garanties de precisió i objectivitat.

Les dades normatives del SC provenen de 1.390 nens i adolescents nordamericans d'edats compreses entre 5 i 16 anys. Segons Exner i Weiner (1995), la seva fiabilitat per a la majoria de les variables se situa entre .80 i .90, tot que les ratios i percentatges de resum estructural -amb major pes específic en la interpretació- mostren una major estabilitat que les variables per si soles.

Respecte a la validesa, Weiner (1999) fa una exhaustiva exposició de les característiques del test i dels múltiples estudis sobre

aquest aspecte. Entre els estudis destaca la meta-anàlisi de Parker, Hanson i Hunsley<sup>14</sup> (1988) segons la qual el Rorschach presenta una fiabilitat i estabilitat quasi equivalents al WAIS i al MMPI, i una validesa convergent equivalent al MMPI, conclouent que “es pot considerar que l’MMPI i el Rorschach ambdós tenen propietats psicomètriques adequades si són utilitzats amb els fins per als quals van ser dissenyats i validats” (p. 367).

Des de la publicació del SC el 1978, a Espanya s’han realitzat diverses aproximacions a la normativització d’aspectes concrets per a la població espanyola. En un principi es varen contrastar els valors de les respostes P (populars) en adults a Madrid i el seu entorn (Sendín, 1981), i, més tard, a Barcelona i el seu entorn (Larraz i Valero, 1990), i a Portugal (Silva, Novo i Prazeres, 1990), i es va trobar que les respostes P eren menys freqüents a la mostra de Barcelona que a les altres mostres.

El 1993 es publica el primer estudi normatiu en adults realitzat a Barcelona i el seu entorn (n = 250) per Álvarez, Baeza, Campo, García, Guardia, Montlleó et al. (1993) i més tard, per a població adulta espanyola (n = 520), elaborat per Campo i Vilar el 1999 (Erdberg i Shaffer, 1999).

Al *XVIè International Congress of Rorschach and Projective methods* celebrat a Amsterdam el juliol de 1999, es van presentar diversos estudis normatius en adults i nens (de 6 a 12 anys) a diversos països d’Europa, Amèrica, Àsia i Nord d’Àfrica (Erdberg i

---

<sup>14</sup> Parker, Hanson i Hunsley (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103, 367-373.

Shaffer, 1999). En població adolescent només es van presentar dos estudis normatius realitzats a Itàlia (n = 99) i als EUA (n = 50) respectivament.

I més recentment Sultan, Andronikof, Fouques, Lemmel, Mormont, Réveillère et al. (2004), van publicar els resultats preliminars de la baremació (n = 146) per a adults francòfons.

Al·ludint als estudis dels darrers anys Weiner (1999) afirma que “recerques ben dissenyades continuen amb regularitat per sostenir la utilitat del Rorschach, per proporcionar avaluacions vàlides de les característiques de la personalitat i facilitar, no només el diagnòstic diferencial, sinó també la planificació del tractament i la seva avaluació” (p.1131)

### **5.2.2 El Youth Self Report (YSR) de Thomas M. Achenbach (versió de 1991)<sup>15</sup>.**

Es tracta d'un autoinforme de 112 ítems per a adolescents. El contingut fa referència a les seves habilitats i problemes en els àmbits cognitiu, somàtic, emocional, conductual i relacional. Està dissenyat per ser respost per joves d'11 a 18 anys. Ofereix tres possibilitats de resposta: 0.- no és cert, no passa mai; 1.- és una mica cert, passa de vegades; 2.- és molt cert, passa moltes vegades.

---

<sup>15</sup> Inicialment es van utilitzar també el *Teacher's Report Form (TRF)* que havia de ser contestat pels mestres i el *Child Behavior Check List (CBCL)* que havia de ser contestat per l'educador-tutor. La baixa taxa de resposta d'uns i altres fa que no es puguin incloure en aquesta investigació.

També pot ser administrat oralment, com a entrevista tancada, a aquells pacients que tenen problemes de lectura. La seva aplicació és relativament breu (uns 25 minuts), pot ser administrat periòdicament.

La informació que aporta és organitzada en vuit escales: I Aïllament, II Queixes Somàtiques, III Ansietat-Depressió, IV Problemes Socials, V Problemes de Pensament, VI Problemes d'Atenció, VII Conductes Delinqüents i VIII Conducta Agressiva. Compta amb una escala addicional per a nois: IX Autodestrucció – Problemes d'Identitat, i amb la Puntuació Total del test.

La suma de les escales I, II i III componen l'agrupació de síndromes (problemes que es donen junts) d'*internalització*, i la suma de les escales VII i VIII, l'agrupació de síndromes d'*externalització*.

El manual del YSR (Achenbach, 1991) ofereix la conversió de les puntuacions directes de cada una de les escales en puntuacions *T* i n'estableix tres rangs: a) puntuacions inferiors a 66, no significatives des de la perspectiva clínica; b) puntuacions entre 67 i 70, *borderline*; i c) puntuacions superiors a 71, clínicament significatives.

Per al total del test i les agrupacions de síndromes els rangs de les puntuacions *T* són aquests: a) puntuacions inferiors a 60, no significatives des de la perspectiva clínica; b) puntuacions entre 60 i 63, *borderline*; i c) puntuacions superiors a 63, clínicament significatives.

Aquest test, per la facilitat en la seva implementació, per la informació que aporta i per la possibilitat de contrastar-la amb la d'altres informadors (mestres i pares a través de *Teacher's Report Form* -TRF- i el *Child Behavior Check List* -CBCL- respectivament), està essent emprat cada cop més en l'àmbit clínic i en l'àmbit escolar amb infants i adolescents.

Segons l'autor (Achenbach, 1991), les escales del test tenen una elevada *fiabilitat* test-retest:  $r = .68$  en edats d'11 a 14 anys, i  $r = .82$  en edats de 15 a 18 anys. En les agrupacions de síndromes:  $r = .65$  en edats d'11 a 14 anys, i  $r = .83$  en edats de 15 a 18 anys. I en la puntuació total:  $r = .70$  en edats d'11 a 14 anys, i  $r = .91$  en edats de 15 a 18 anys. La seva *estabilitat*, en un període de 7 mesos, era:  $r = .50$  en les escales,  $r = .49$  en el total del test, en població general d'11 a 14 anys. En població clínica de 12 a 17 anys d'edat, l'estabilitat, en un període de 6 mesos, era:  $r = .69$  pel total del test. A l'esmentat manual s'exposen les proves que confirmen la *validesa* del test per discriminar significativament entre joves que consulten i joves de la població general, després de descartar els efectes de les característiques demogràfiques.

Està validat per a la població espanyola per Abad, Forns i Gómez (2002) ( $n = 1.342$ , -685 nois i 657 noies-) i mostra un nivell de consistència interna al voltant de .85 per a les escales de banda ampla (agrupació de síndromes) i de .70 per a les escales de banda estreta.

### **5.2.3 El Coping Responses Inventory (CRI-Youth Form) de Rudolf H. Moos (1993).**

Es tracta d'un qüestionari de 48 ítems. S'adreça a joves de 12 a 18 anys, sans i amb problemes psicològics, emocionals, conductuals i de salut. Se li demana al subjecte que pensi i digui el problema més important o la situació més difícil que hagi viscut en els darrers 12 mesos. Amb subjectes que presenten problemes de lectura pot ser administrat en forma d'entrevista estructurada.

Els 48 ítems es refereixen als tipus d'estratègies que el subjecte posa en marxa per afrontar aquest succés estressant o situació difícil. La prova ofereix quatre possibilitats de resposta a cada ítem, des de *gens* fins a *molt sovint*. S'estructura en vuit categories d'afrontament:

1) Anàlisi Lògica (LA)<sup>16</sup>; 2) Reavaluació Positiva (PR); 3) Cerca d'Orientació i Suport (SG); 4) Solució de Problemes (PS); 5) Evitació Cognitiva (CA); 6) Acceptació o Resignació (AR); 7) Cerca de Recompenses Alternatives (SR) i, 8) Descàrrega Emocional (ED).

Les escales combinen les conductes d'*aproximació* - *evitació* i les estratègies *cognitives* - *conductuals* de manera que les escales 1 a 4 mesuren respostes d'aproximació i les escales 5 a 8 mesuren respostes d'evitació. Així mateix, les escales 1, 2, 5 i 6 mesuren

---

<sup>16</sup> Les inicials entre parèntesis responen a la terminologia original anglesa: LA, Logical Analysis; PR, Positive Reappraisal; SG, Seeking Guidance and Support; PS, Problem Solving; CA, Cognitive Avoidance; AR, Acceptance or Resignation; SR, Seeking Alternative Rewards; ED, Emotional Discharge.

estratègies cognitives d'afrontament i les escales 3, 4, 7 i 8 mesuren estratègies conductuals d'afrontament.

El manual de l'autor (Moos, 1993) aporta el full de conversió de les puntuacions directes de cada escala en puntuacions *T* i criteris per als rangs de normalitat - patologia:

<i>Punt T</i>	<i>Descripció.</i>
$\leq 34$	Considerablement per sota de la mitjana.
35-40	Molt per sota de la mitjana.
41-45	Una mica per sota de la mitjana.
46-54	En la mitjana.
55-59	Una mica per sobre de la mitjana.
60-65	Molt per sobre de la mitjana.
$\geq 66$	Considerablement per sobre de la mitjana.

L'autor (Moos, 1993) aporta dades sobre la moderada *estabilitat* del test en un interval de 12-15 mesos,  $r_s = .29$  per a nois i  $r_s = .34$  per a noies, per a les vuit escales. L'Evitació Cognitiva i la Descàrrega Emocional es mostraven més estables en nois ( $r_s = .46$  i  $r_s = .39$ , respectivament) que en noies ( $r_s = .27$  per a noies en ambdues escales). En canvi, l'Anàlisi Lògica i la Cerca d'Orientació i Suport eren més estables en noies ( $r_s = .31$  i  $r_s = .41$ , respectivament) que en nois ( $r_s = .17$  i  $r_s = .22$ , respectivament).

Respecte a la consistència interna, l'autor (Moos, 1993) aporta dades per a cada escala en nois i noies. L'Alpha de Cronbach oscil·la entre  $.55$  i  $.72$  en nois ( $n = 179$ ) i entre  $.59$  i  $.79$  en noies ( $n = 221$ ).

Està validat per a la població espanyola per Zanini, Forn i Kirchner (2005) (n= 1.362, -613 nois, 749 noies- d'edats compreses entre 12 i 16 anys,  $\bar{x}$  = 13a. 9m.). Per a la població espanyola, presenta una consistència interna, Alfa de Cronbach, de .77 per a *Aproximació* i de .72 per a *Evitació*; de .76 per a l'escala *conductual* i de .71 per a l'escala *cognitiva*.

#### **5.2.4 Els subtests de Semblances, Vocabulari i Cubs de l'Escala d'Intel·ligència de Wechsler per a Nens – Revisada (WISC-R)<sup>17</sup>.**

El WISC-R està dissenyat i organitzat com una prova per mesurar la intel·ligència general i obtenir un índex útil i significatiu de la capacitat del subjecte (Wechsler, 1998). L'edició que s'utilitza va ser revisada per D. Wechsler el 1974. Està adaptat a la població espanyola<sup>18</sup>.

Aquesta Escala consta de 12 subtests agrupats en dos àmbits, Verbal i Manipulatiu, cada un proporciona un índex de mesura de la intel·ligència. La suma d'ambdós proporciona el quocient intel·lectual total.

Cada subtest mesura un aspecte específic de les habilitats intel·lectuals. A fi d'obtenir un índex de les capacitats intel·lectuals dels subjectes s'ha optat per tres d'aquests subtests considerats com els que millor mesuren la intel·ligència general.

---

<sup>17</sup> Inicialment, en lloc del subtest de Cubs, es va administrar el *Test de Inteligencia No Verbal (TONI-2)* de L. Brown, R. J. Sherbenou i S. K. Johnsen, (TEA, Madrid, 2000) el qual es va descartar per considerar que donava unes puntuacions excessivament altes del nivell intel·lectual.

<sup>18</sup> Departament de I+D de TEA Ediciones (Madrid) 1993.



**Semblances** consisteix a presentar 17 parells de paraules que denominen objectes, substàncies o idees; es requereix que el subjecte identifiqui la semblança essencial entre elles i la diferència de la superficial. La prova avalua la capacitat per efectuar diferents graus d'abstracció.

En l'adaptació a la població espanyola el subtest de Semblances presenta una fiabilitat que oscil·la entre .52 i .73 per a les edats de 12 a 16 anys, i un índex d'estabilitat de .85.

**Vocabulari** consisteix en una llista de 32 paraules, presentades en ordre de dificultat creixent, que el subjecte ha de definir, descriure o dir-ne un sinònim. Segons Glasser i Zimmerman (1991), és probablement la millor mesura aïllada del nivell intel·lectual (factor "g") de l'escala.

En l'adaptació a la població espanyola el subtest de Vocabulari presenta una fiabilitat que oscil·la entre .74 i .87 per a les edats de 12 a 16 anys i un índex d'estabilitat de .85.

**Daus - Cubs de Kohs-** consisteix a reproduir amb cubs bicolores els dibuixos geomètrics que es presenten al subjecte. Aquesta prova requereix la percepció, l'anàlisi, la síntesi i la reproducció de dibuixos abstractes, i explora aspectes lògics i de raonament aplicats a les relacions espacials, la formació de conceptes no-verbals i la coordinació visomotriu.

En l'adaptació a la població espanyola el subtest de Cubs presenta una fiabilitat que oscil·la entre .77 i .87 per a les edats de 12 a 16 anys, i un índex d'estabilitat de .86.

### **5.2.5 Programa d'intervenció.**

L'aplicació del programa d'intervenció, objecte d'aquesta avaluació, es fa efectiu en una planificació de la vida a la institució, on els subjectes viuen en un context organitzat, en el qual s'atenen les seves necessitats bàsiques relacionades amb la conservació de la vida (alimentació, higiene, relació, salut) i amb el desenvolupament integral. També s'atenen preocupacions i demandes de caire més individual.

Tots els subjectes assisteixen a activitats escolars, prelaborals i de "màsters" al centre, i a activitats esportives i recreatives dins i fora del centre.

Tots reben atenció mèdica (dins i fora del centre), atenció d'infermeria i atenció des de l'àmbit de salut mental en una o diverses de les modalitats descrites.

Tots ells tenen contacte amb l'exterior segons el grau d'autonomia i el que la situació o el moment de cadascú aconsella, i se'ls acompanya en les diverses gestions relacionades amb l'obtenció/renovació de documentació i assistència a citacions judicials quan han estat requerits.

Mantenen amb la seva família la relació (telefònica, de visites al centre, de sortides del centre, de visites a casa, pernocta o d'estades a casa) que la situació familiar i el moment del pacient aconsellen.

El PTI detallat en la seva filosofia i contingut es troba descrit al capítol 3 d'aquesta Tesi.

### **5.3 PROCEDIMENT.**

Amb la presentació d'una còpia del projecte de recerca es va sol·licitar i es va obtenir autorització per escrit de la Direcció General d'Atenció al Menor<sup>19</sup> (DGAM) (Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya) per dur a terme aquesta recerca al centre *El Garraf*, ubicat al terme de Sitges. Aquesta Direcció General és la titular del centre i, atès que els nois i noies es troben en situació de desemparament i són tutelats per l'Administració Pública, la pròpia DGAM n'assumeix i exerceix la tutela. Per tant aquesta autorització es pot considerar equivalent al consentiment informat dels tutors legals.

Just quan s'anava a començar la recollida de dades, la DGAM va determinar el canvi d'ubicació i de nom d'aquest centre. Es va sol·licitar i es va obtenir, també per escrit, ratificació de l'autorització<sup>20</sup> esmentada (Annex 1), per dur a terme la recerca al

---

<sup>19</sup> Escrit de la Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Direcció General d'Atenció al Menor, de data 29 de desembre de 2000, Registre de sortida nº 000126, data 02.01.2001.

<sup>20</sup> Escrit de la Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Direcció General d'Atenció al Menor, de data 13 de novembre de 2001, Registre de sortida nº 074905, data 14.11.2001.

nou centre *Can Rubió* ubicat al terme municipal d'Esparreguera (comarca del Baix Llobregat).

El projecte de recerca i la metodologia de treball van ser presentats a la direcció del centre, a l'equip educatiu i als mestres sol·licitant i obtenint el seu compromís de col·laboració.

En el plantejament i la realització d'aquesta recerca s'han tingut com a referència i guia els *Estàndards d'Avaluació de Programes* del Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) sobre utilitat, procediment, ètica i adequació.

### **5.3.1 Recollida de dades i anàlisi de protocols.**

Com ha quedat dit, la primera avaluació *-moment inicial-* es va dur a terme entre la segona i quarta setmana després de l'ingrés, per considerar que el subjecte ja s'havia adaptat mínimament, i havia realitzat almenys una visita amb l'equip clínic. La segona avaluació, denominada "*curt termini*", es va realitzar quan el pacient portava vuit mesos al centre, i la tercera, denominada "*mitjà termini*", es va fer quan hi portava 15 mesos.

L'administració de les proves l'ha dut a terme en totes les ocasions l'autor de la recerca, al mateix despatx i seguint les consignes del manual de cada instrument. Les condicions físiques del lloc (privacitat, confortabilitat, mobiliari, silenci i il·luminació) han estat constants i es consideren adequades. Es va iniciar el maig de 2002 i es va acabar el juny del 2005.

---

En el cas del test de Rorschach una experta-sènior, correctora oficial en la Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius, ha revisat la codificació de cada un dels protocols inclosos en aquesta investigació.

Les dades de les codificacions del test de Rorschach han estat tractades amb el programa informàtic RIAP-4 PLUS®<sup>21</sup> d'Exner i Weiner (2001) per obtenir la seqüència de les codificacions, el resum estructural i les constel·lacions.

En la majoria dels casos el YSR s'ha administrat en forma d'entrevista estructurada, atenent les dificultats de lectura de molts dels subjectes. En general no hi ha hagut problemes de comprensió dels ítems tal com venen redactats en la versió bilingüe català-castellà de J. Abad i M. Forns que s'ha utilitzat.

Les dades del YSR han estat tractades amb el programa informàtic The CROSS®<sup>22</sup> (Arnold i Jacobowitz, 1993), que proporciona el perfil, les puntuacions directes, clíniques i *T* per a cada una de les escales, per al total del test i per a les agrupacions (*internalització* –*externalització*) de síndromes.

També el CRI s'ha administrat en la majoria dels casos en forma d'entrevista estructurada. En general no hi ha hagut problemes de comprensió dels ítems però ha calgut recordar, en ocasions, que els ítems estaven referits al problema més important o situació més

---

<sup>21</sup> Rorschach Interpretation Assistance Program: Version 4 Plus for Windows. Psychological Assessment Resources.

<sup>22</sup> The Cross-informant program for the CBCL/4-18, YSR and TRF.

diffícil referit al principi de la prova. S'ha utilitzat el formulari en versió bilingüe català-castellà de M. Fornés i D. Zanini.

Els tres subtests del WISC-R també s'han administrat seguint les instruccions del manual, s'han utilitzat els corresponents apartats del full per registrar les respostes, i els criteris i els barems dels manual espanyol per puntuar-les i establir les puntuacions típiques.

### 5.3.2 Disseny

La recerca segueix un disseny quasiexperimental, la mostra no és aleatòria. Es tracta d'un estudi longitudinal de mesures repetides amb subjectes que segueixen un Programa de Teràpia Institucional en un medi residencial.

Les avaluacions es realitzaran en tres moments diferents:

- Moment inicial, entre la segona<sup>23</sup> i quarta setmana després de l'ingrés.
- Curt termini, al vuitè mes d'estar al centre.
- Mitjà termini, als 15 mesos d'estar al centre.

Les puntuacions obtingudes en el moment inicial determinen el punt de partida. Aquestes puntuacions es compararan amb les puntuacions obtingudes en les dues avaluacions posteriors (curt i mitjà terminis) per determinar la significació estadística de les diferències en les puntuacions, i es calcularà la mida de l'efecte (*Effect Size*), per determinar la significació clínica dels canvis en cada un dels terminis.

---

<sup>23</sup> Cfr. Dies, R. (1995) “...les investigacions recents suggereixen que pot ser aconsellable postposar l'administració del test al menys una setmana” (p.116).

El tipus de subjectes (adolescents en situació de desemparament, amb patologia mental greu) i el tipus d'institució -única a Catalunya- fan que no sigui possible disposar de grup control ja que els subjectes semblants en característiques demogràfiques i psicopatologia es troben dispersos per tot el territori, en situacions molt dispars, i rebent alguns tipus de tractament que no seria ètic alterar.

Aquest tipus de procediment està justificat en determinades situacions com constaten Blatt, Berman, Cook i Ford (1988), Grizenko (1997), Salvador i Pelegrina (1999), i com especifica Anguera (2001):

“en l'avaluació de programes, esdevé impossible la implantació d'un disseny experimental per diversos motius: la no viabilitat en l'obtenció de subjectes o grups equivalents en totes les variables rellevants, tret dels que estiguin al programa, la manca de garantia per preservar el control de les variables alienes al llarg del seguiment i els impediments de caire ètic.” (pp.171-172).

També Exner, Kinder i Curtis (1995) consideren que es pot procedir així quan l'objectiu se centra en comprendre millor les característiques dels subjectes del grup:

“la inaccessibilitat als grups control no hauria de desmerèixer la investigació, i sota cap circumstància l'investigador hauria d'intentar formar un grup de control 'insensat', relativament mancat de sentit, com ara depressius ingressats, per utilitzar-lo com a base des de la qual estudiar la seva mostra. Aquesta mena de comparacions només serveixen per ennuvol·lar les dades descriptives referents a la mostra objecte d'estudi.” (p.150).

### 5.3.3 Anàlisi estadístiques.

Les dades demogràfiques i les dades obtingudes amb els quatre instruments en cada una de les tres avaluacions van ser introduïdes a l'SPSS 10.0<sup>24</sup> amb el qual s'han realitzat els càlculs estadístics.

Atesa la dimensió de la mostra, i per tal de ser més estrictes, s'ha optat per proves no paramètriques:

▪ Les dades mitjanes de les puntuacions obtingudes en el moment inicial es compararan amb les mitjanes del barem de referència en cada un dels instruments, amb la fórmula de comparació de mitjanes per a mostres petites amb dades independents de Domènech (1975; 1980) (p. 211 i p. 384, respectivament):

$$t = |\bar{x}_1 - \bar{x}_2| / \sqrt{s^2/n_1 + s^2/n_2}$$

en la qual

$$s^2 = [(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2] / (n_1 + n_2 - 2)$$

per obtenir les diferències entre els subjectes de CR i les dades normativitzades.

▪ En la comparació de les dades del test de Rorschach amb les puntuacions del grup BCN-88, donat que es disposa de les puntuacions directes d'aquest grup, s'utilitzarà la prova de contrast *U* de Mann Whitney -grups independents- per determinar la significació estadística de les diferències entre les puntuacions de tots dos grups.

---

<sup>24</sup> Statistical Package for Social Science, versió 10.0



- S'aplicarà el *Test* de Wilcoxon per obtenir la significació estadística de les diferències entre les puntuacions obtingudes, amb cada un dels instruments, a curt i a mitjà termini en relació amb les puntuacions obtingudes en el moment inicial.

- Es calcularà la dimensió de la diferència (quantitat de canvi) (“*Mida de l’Efecte*”<sup>25</sup>, “*Effect Size*”, “*Tamaño del Efecto*” -*ES*-) observada entre les mitjanes de les puntuacions obtingudes a curt termini i a mitjà termini en relació amb les puntuacions obtingudes en el moment inicial, a fi de discriminar si la diferència observada és suficientment petita com per ser atribuïda a l’atzar, o és raonable atribuir-la a una diferència real entre dos moments, és a dir, atorgar significació clínica al canvi (impacte del programa). Aquest càlcul es realitzarà amb la fórmula original de Cohen (1977, 1988), adoptada per Casey i Berman (1985), i en el nostre entorn per Salamero (2000) i per Botella i Barriopedro (2001):

$$\Delta/\delta = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \qquad \mathbf{d} / \mathbf{ES} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{ds}$$

(versió original) (versió actual)

Com a criteri de significació clínica s’adoptarà el valor que Lipsey i Wilson (1993) van obtenir a través de la revisió de 302 metaanàlisis per a estudis de les característiques de la nostra recerca (test-retest): quan el valor d’*ES* és  $\geq 0,37$  de  $\sigma$  es considera que la diferència és clínicament significativa. Aquest criteri ha estat adoptat per autors del nostre entorn dedicats a l’estudi del tractament amb

---

<sup>25</sup> El Dr. J. M. Domènech Massons, director del Laboratori d’Estadística Aplicada de la UAB proposa *Mida de l’Efecte* com a traducció més usual al català de l’expressió anglesa *Effect Size*. (Comunicació personal).

suport empíric, i a la pràctica clínica basada en l'evidència (Frías, Pascual i García, 2000; Pascual, Frías i Monterde, 2004).

▪ Es procedirà a l'anàlisi visual de les dades segons descriuen Parsonson i Baer (1978). Aquesta anàlisi permet visualitzar la trajectòria individual i en quin moment es produeix cada canvi (Bein, 1998). Amb aquesta finalitat es calcularà la tendència lineal per a una selecció de 17 índexs, procedents de tres instruments diferents, de cada un dels 19 subjectes que han estat avaluats en els tres moments (inici, curt i mitjà terminis) mitjançant la Regressió Simple (model lineal):

$$Y = a + b * X$$

pel mètode dels mínims quadrats (*least squares*) calculats amb el programa informàtic STATGRAPHICS v.5.1., que proporciona l'equació de regressió i la seva representació gràfica.

▪ Es calcularà el coeficient de correlació d'Spearman per obtenir significació de la relació entre la tendència (intensitat i direcció del canvi) observada i les característiques i circumstàncies dels subjectes.



***Capítol 6.***

***Anàlisis***

***i***

***Resultats***



*L'exposició de les Anàlisis i dels Resultats s'organitza en vuit àmbits que es corresponen amb els Objectius i Hipòtesis formulats als punts 4.2 i 4.3, pàgines 98 i 99, respectivament:*

*1r) anàlisi del moviment de població -ingressos i desinternaments- que s'han produït al centre Can Rubió durant els anys 2002, 2003 i 2004 (punt 6.1),*

*2n) característiques psicològiques de la població inclosa en aquesta investigació, en el moment inicial (punt 6.2),*

*3r) anàlisi de l'impacte del PTI a curt termini -8 mesos de tractament- (punt 6.3),*

*4t) anàlisi de l'impacte del PTI a mitjà termini, -15 mesos de tractament- (punt 6.4),*

*5è) anàlisi de les tendències (direcció i intensitat dels canvis), a nivell individual i agrupades per subjectes (punt 6.5),*

*6è) anàlisi de la relació entre la tendència del canvi i les circumstàncies dels subjectes (punt 6.6),*

*7è) anàlisi de les tendències, agrupades per índexs estudiats (punt 6.7),*

*8è) esbós de l'evolució clínica basat en l'anàlisi de les tendències (punt 6.8).*



## **6.1 ANÀLISI DEL MOVIMENT DE POBLACIÓ AL CENTRE CAN RUBIÓ DURANT ELS ANYS 2002, 2003 I 2004 (Hipòtesi 4.3.1).**

### **6.1.1 Ingressos**

En el moment que el centre CR va iniciar la seva activitat (febrer de 2002) s'hi van incorporar 18 subjectes (9 nois i 9 noies) procedents del Centre El Garraf de Sitges, d'edats compreses entre 13 i 17 anys ( $\bar{x} = 15,6$  anys). Aquests subjectes portaven ingressats al Centre El Garraf entre 2 i 68 mesos ( $\bar{x} = 20,3$ ) i van romandre al centre CR entre 1 i 37 mesos més ( $\bar{x} = 16,88$ ).

Sumant la permanència d'aquests subjectes en ambdós centres s'obtenen unes estades compreses entre 6 i 74 mesos ( $\bar{x} = 37,33$  mesos). Aquestes estades sobrepassen en més d'un 50% el temps d'estada màxim previst (24 mesos) en *l'Acord de Col·laboració*.

Posteriorment van anar ingressant a CR nous subjectes d'edats compreses entre 12 i 17 anys.

L'ingrés d'un noi/a al centre és decidit per la DGAIA<sup>26</sup> en funció de la informació que té de la situació del menor i dels seus

---

<sup>26</sup> Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (Dept. de Benestar i Família, Generalitat de Catalunya).



críteris de prelatió. Donat que la DGAIA té llista d'espera, l'ingrés es produeix immediatament que queda una plaça lliure al centre. D'ací que la quantitat i el ritme d'ingressos estan en funció de la quantitat i ritme dels desinternaments que es produeixen.

La taula 1 recull tots els ingressos que s'han registrat de bell nou<sup>27</sup> a CR durant els anys 2002, 2003 i 2004, distribuïts per edat, any d'ingrés i sexe, i que s'inclouen en aquesta recerca.

Taula 1. Ingressos al centre CR durant els anys 2002, 2003 i 2004, segons sexe i edat del subjectes.

Edat	12-13			14-15			16-17			
Anys	'02	'03	'04	'02	'03	'04	'02	'03	'04	Total
Nois	1	3	3	4	1	3	5	-	2	22
Noies	-	-	-	4	4	6	2	1	2	19
Total anys	1	3	3	8	5	9	7	1	4	41
% per edats	17 %			54 %			29 %			100 %

Font: Memòries Equip Clínic HSJD-Centre CR, corresponents als anys 2002, 2003 i 2004

S'observa que els ingressos es reparteixen de forma irregular. Als anys 2002 i 2004 se'n registren 16 cada un. L'any 2003 en registra 9, quantitat sensiblement inferior a la dels altres dos anys. Atenent les edats, es veu que poc més de la meitat, 54 % (22 subjectes), ingressen amb 14 i 15 anys, edat que, en principi, ofereix expectatives de possible canvi. Com ja s'ha dit, els ingressos estan condicionats, necessàriament, pels desinternaments que es produeixen.

<sup>27</sup> No s'inclouen en aquesta taula els 18 subjectes procedents del centre El Garraf.

### 6.1.2 Desinternaments

El desinternament del centre pot ser degut a cinc motius principals:

- a) *Alta clínica* quan es considera que el subjecte ha fet el procés de millora que era d'esperar i pot residir en un altre medi més socialitzador,
- b) *Majoria d'edat* quan el subjecte compleix els 18 anys d'edat i ha de passar a la xarxa d'adults,
- c) *Llarga absència* quan el subjecte s'absenta del centre, pel seu compte, per més de dos mesos ininterromputs,
- d) *Ordre judicial*, un jutge o un fiscal disposa que el subjecte ha d'anar a un altre dispositiu o revoca la tutela administrativa, i e) *Embaràs*, quan una noia queda en estat de gestació.

Arribat el moment de l'*Alta clínica* o de la *Majoria d'edat*, procedir al desinternament és relativament fàcil si el noi/a té família que li ofereix possibilitats de convivència.

El desinternament dels adolescents presenta dificultats molt serioses quan els pacients no disposen de família i quan, per alta clínica o per arribar a la majoria d'edat, han d'anar a un altre dispositiu de la pròpia DGAIA, de l'ICASS<sup>28</sup> o de la xarxa de Salut Mental (SM).

Aquestes institucions poden trigar llargs mesos, o inclusivament anys, en proporcionar als adolescents de CR una plaça residencial en els seus dispositius. Aquesta circumstància fa que les estades al centre CR es perllonguin més enllà del que és necessari, terapèutic i raonable. Les llargues estades que d'aquesta circumstància es deriven produeixen

---

<sup>28</sup> Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, Departament de Benestar i Família, Generalitat de Catalunya.

iatrogènia en els pacients, distorsionen la dinàmica de la institució, qüestionen l'objectiu del programa i condicionen el flux de pacients.

La taula 2 recull els desinternaments<sup>29</sup> que s'han produït durant els anys 2002, 2003 i 2004 relacionats amb els temps d'estada al centre i amb els motius de desinternament<sup>30</sup>.

Les dades expressades a la taula 2 indiquen que: durant aquests tres anys s'han efectuat 7 desinternaments per *Alta Clínica* (color verd) que representen el 20 % (1/5 part) del total dels desinternaments. L'estada d'aquests subjectes ha estat entre 19 i 39 ( $\bar{x} = 29$ ) mesos.

---

<sup>29</sup> Aquesta taula inclou els desinternaments dels nois/es procedents del centre El Garraf.

<sup>30</sup> La diferència de 6 subjectes entre les xifres globals d'ingressos (41) i de desinternaments (35) s'explica perquè Can Rubió va iniciar la seva activitat amb els 18 nois/es del Centre El Garraf, amb la possibilitat de fer 7 ingressos més (fins a 25 places). D'aquests 7 subjectes de diferència es descompta un perquè en el moment de tancar l'any 2004 queda una plaça lliure al centre.

Taula 2. Desinternaments relacionats amb temps d'estada al centre i motiu del desinternament durant els anys 2002, 2003 i 2004.

Temps estada	Motiu de desinternament												Em	T	%
	Llarga absència			Majoria d'edat			Alta clínica			Ordre judicial					
mesos	'02	'03	'04	'02	'03	'04	'02	'03	'04	'02	'03	'04			
0-3			1							1				2	22,9
4-6	1	2			1							1	1	6	
7-9	1	1	1											3	11,4
10-12				1										1	
13-15				1		1								2	5,7
16-18														0	
19-21			1						2					3	14,3
22-24						1						1		2	
25-27							1		3					4	17,1
28-30						1						1		2	
31-33	1				1									2	11,4
34-36		1											1	2	
37-39		1							1					2	5,7
40-42														0	
43-60					1	2								3	8,6
> 60				1										1	2,9
<b>Total anys</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Total motiu desint</b>	<b>11 (31,4 %)</b>			<b>11 (31,4 %)</b>			<b>7 (20 %)</b>			<b>4 (11,4 %)</b>			<b>2</b> 5,7	<b>35</b>	<b>100 %</b>

Font: Memòries Equip Clínic HSJD-Centre CR, corresponents als anys 2002, 2003 i 2004.

Em: Embaràs. T: Total.

Els desinternaments dels subjectes que **no** s'han produït per *Alta clínica* es distribueixen, segons hagin superat o no l'estada de 24 mesos, de la manera següent:

- dels 17 subjectes (48,6 % del total) que han estat al centre menys de 24 mesos (color rosat a la taula 2): 8 subjectes s'han desinternat per haver estat llarg temps absents del centre; 5 per haver acomplert la majoria d'edat; 3 per disposició judicial i 1 per embaràs.

- dels 11 subjectes (31,4 % del total) que han estat al centre més de 24 mesos (color taronja a la taula 2): 3 subjectes s'han desinternat per haver estat llarg temps absents del centre; 6 per haver acomplert la majoria d'edat; 1 per ordre judicial i 1 per embaràs.

Els desinternaments per *Llarga absència, Majoria d'edat, Ordre judicial i Embaràs* comprenen el 80 %, és a dir 4/5 dels casos. Aquests motius de desinternament no estan relacionats, necessàriament, amb l'evolució educativa i clínica dels subjectes.

Aquesta descripció fa palès que el grup analitzat és d'alt risc des del punt de vista de la salut mental, de la seva escassa capacitat per seguir el programa de teràpia institucional plantejat (adherència al tractament) i, posteriorment, per ubicar-los en un altre dispositiu residencial de qualsevol xarxa.

### **6.1.3 Índex de rotació.**

L'índex de rotació informa de la relació entre els subjectes que han fet estada al centre durant un any natural i el nombre de places. Es calcula sumant el nombre de subjectes presents a l'inici de l'any i el nombre d'ingressos durant l'any; la suma es divideix pel nombre de places. Atès que l'estada màxima prevista és de 24 mesos, l'índex de rotació mínim esperable és d'1,50.

Segons les *Memòries Equip Clínic HSJD-Centre Can Rubió*, corresponents als anys 2002, 2003 i 2004, els índexs de rotació van ser: 1,40, 1,36 i 1,64 respectivament.

*A continuació s'exposen les puntuacions obtingudes en l'avaluació inicial dels subjectes. Aquestes puntuacions, comparades amb els grups de referència ja esmentats, dibuixen el perfil psicològic dels adolescents en el moment d'iniciar el PTI descrit al capítol 3. En relació a aquestes dades s'analitzaran, posteriorment, els canvis que poden ser atribuïts a l'acció del PTI, objecte d'avaluació en aquesta recerca.*

## **6.2 CARACTERÍSTIQUES PSICOLÒGIQUES DELS SUBJECTES EN EL MOMENT INICIAL (Hipòtesi 5.3.2).**

En primer lloc s'exposen les característiques en el moment inicial: perfils dels subjectes determinats per les mitjanes de les puntuacions obtingudes en el moment inicial en cada una de les agrupacions d'índexs analitzades. Els estadístics descriptius del Rorschach dels subjectes de CR, moment inicial, es troben a l'Annex 3.

En absència de dades normatives del Rorschach per a adolescents en població espanyola es prenen i mostren com a valors de referència:

a) les puntuacions normatives dels adolescents italians (Erdberg i Shaffer, 1999) (n = 99, edat mitjana 15,03), que es troba a l'Annex 4, per ser uns valors específicament per a adolescents i per pertànyer a una zona cultural i geogràfica semblant a Catalunya, en el benentès que “les dades normatives es poden utilitzar per il·luminar per desviacions i no com a grup control” (Exner, 1995).

b) les puntuacions del grup que denominarem “BCN-88”, procedent d’una recerca d’Aguirre (1988)<sup>31</sup>, compost per 66 subjectes, 31 nois (47 %) i 35 noies (53 %), d’edats compreses entre 13 i 16 anys ( $\bar{x} = 14,55$ ), assistents tots a un mateix centre escolar de Barcelona, (Annex 5).

Per al *Youth Self Report* (Achenbach 1991) es prenen com a referència els valors de la baremació de Barcelona (Abad, et al., 2002). Per al *Coping Responses Inventory* (Moos, 1993) es prenen els valors de referència de la població de Barcelona (Zanini, et al., 2005) i, en el cas els

---

<sup>31</sup> La Dra. G. Aguirre del Dept. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic de la Universitat de Barcelona ens va proporcionar la seqüència de codificació i el resum estructural de 78 subjectes del seu estudi.

Segons Aguirre (1988) “es tracta d’un grup natural (dos grups-classe) d’un centre escolar amb població estable, del barri de Sants de Barcelona la població del qual està constituïda majoritàriament per obrers qualificats, petits comerciants i artesans que fa temps que viuen al barri. Tots els subjectes han nascut a Barcelona (...). Es tracta d’una escola privada subvencionada, antiga escola religiosa, actualment cooperativa de mestres (...) És un centre acreditat al barri, amb bon nivell de relació humana i exigent pel que fa al rendiment escolar” (pp. 267-269).

Vàrem introduir la codificació de les respostes d’aquests protocols en el programa RIAP4 Plus a fi d’obtenir els estadístics descriptius del grup i uns nous resums estructurals. En aquest procés no es van introduir les respostes que sobrepassaven de 5 en una mateixa làmina (19 protocols).

Se’n van excloure: 1 protocol la seqüència de respostes del qual estava incompleta, 1 protocol per ser manifestament anòmal ( $WSum6=119$ ). El programa no va computar 10 protocols perquè tenien menys de 14 respostes. Així, doncs, el grup “BCN-88” va quedar compost per 66 subjectes. D’aquesta manera es van obtenir els estadístics descriptius d’aquest grup. (ANNEX 5)

Cal fer notar que algunes puntuacions del Rorschach d’aquest grup BCN-88 són molt diferents de les dades dels adolescents italians o dels d’EUA (Erdberg i Shaffer, 1999), entre elles: el nombre de respostes en tots tres tipus de moviment, el  $L = .93$  (més baix) que propicia l’augment de respostes cromàtiques, acromàtiques i de fosc-clar, el qual, al seu torn, fa que s’elevin els índexs  $EA$ ,  $es$ , actiu, passiu i Blends/R.

També apareix molt elevat l’índex  $WSum6$ , degut a l’abundància de DV, DR, INC i FAB.

Aquestes característiques poden ser degudes al fet que es tracta d’adolescents “voluntaris” i que, tractant-se d’una escola cooperativa de mestres -en aquella època amb vocació integradora-, acceptés en les seves aules alumnes psíquicament “peculiaris”.

subtests del WISC-R, les puntuacions típiques de la baremació espanyola (Wechsler, 1998).

A les taules s'indica amb un asterisc (\*) quan la diferència observada entre les mitjanes obtingudes en els nostres subjectes i les mitjanes de referència és estadísticament significativa  $p < .05$ , amb dos asteriscs (\*\*) quan  $p < .01$ , i amb dos guions "--" quan la diferència no és significativa. Aquesta significació s'ha obtingut aplicant la fórmula de comparació de mitjanes especificada al capítol anterior<sup>32</sup> (p. 143).

En primer lloc s'exposen les agrupacions més directament implicades en l'organització de la personalitat: control i tolerància a l'estrès, obertura a l'experiència, modulació de les emocions, elaboració de pensaments i autopercepció. En segon lloc s'exposen els resultats relacionats amb l'esfera adaptativa: percepció de les relacions interpersonals, identificació social, equilibració de conflictes emocionals i de problemes de conducta, estratègies d'afrontament i recursos cognoscitius.

En el moment inicial es compta amb subjectes següents:  $n = 31$  en el Rorschach i el YSR,  $n = 29$  en el CRI,  $n = 30$  en Sembl. i Vocab. i  $n = 22$  en Cubs.

---

<sup>32</sup> Degut a la particular forma de puntuar i als barems de cada índex del Rorschach, petites variacions que no s'observen a la gràfica poden tenir significació estadística i, a l'inrevés, diferències molt visibles gràficament poden no tenir significació estadística.



## 6.2.1 Agrupacions relacionades amb l'organització de la personalitat. (Hipòtesi 4.4.2)

### 6.2.1.1 Control i tolerància a l'estrès (Hipòtesi 4.4.2.1).

La figura 1 mostra les puntuacions dels subjectes de CR en el moment inicial, els valors dels dos grups de referència i el grau de significació de les diferències en els índexs del test de Rorschach implicats en el control i tolerància a l'estrès: Punt D, DAdjust, EA, es i CDI.

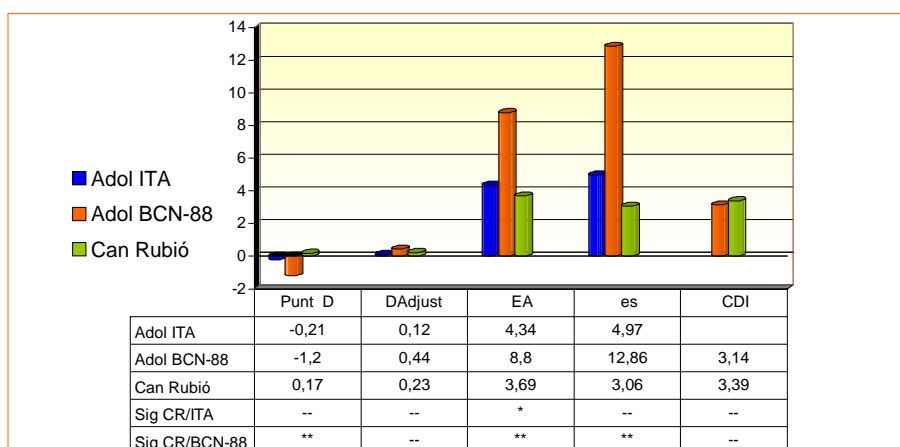


Figura 1. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en el control i la tolerància a l'estrès. Grau de significació de les diferències.

Aquestes dades indiquen que les puntuacions dels adolescents de CR estan molt més properes a les dels adolescents italians, d'ací que entre els grups CR i els italians només s'observa una diferència significativa ( $p < .05$ ) en l'índex EA, és a dir, els adolescents de CR disposen de menys recursos ideacionals i afectius per controlar i tolerar l'estrès.

El grup BCN-88 aporta puntuacions molt elevades en EA i *es*, d'ací que apareguin diferències estadísticament significatives entre els adolescents de CR i el grup BCN-88 en aquests dos índexs ( $p < .01$ ). Això indica que si bé els subjectes del grup BCN-88 disposen de molts més recursos per controlar i tolerar l'estrès (EA) que els de CR, també han de fer front a una experiència soferta més elevada (*es*). D'ací que la diferència en l'índex DAdj no sigui significativa i la significació que apareix en l'índex D indiqui un elevat patiment psíquic dels adolescents del grup BCN-88.

### 6.2.1.2 Obertura a l'experiència (Hipòtesi 4.4.2.2)

La figura 2 mostra els valors dels índexs del Rorschach dels adolescents de CR en el moment inicial, dels dos grups de referència i el grau de significació de les diferències, corresponents a l'obertura a l'experiència: M, WSumC, X+%, Xu%, X-%, L i Zd.

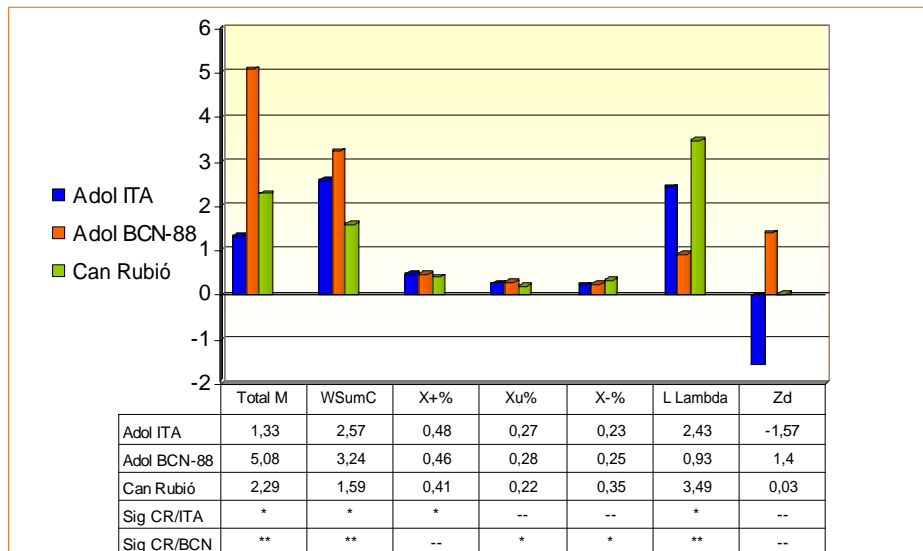


Figura 2. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en l'obertura a l'experiència. Grau de significació de les diferències.

Es poden observar diferències estadísticament significatives en cinc dels set índexs que s'analitzen en aquesta agrupació. El grup BCN-88 dona puntuacions elevades en tots tres tipus de moviment i més baixa en el *L*.

Fet aquest advertiment, a la figura 2 s'observen tres diferències estadísticament significatives ( $p < .01$ ) entre les puntuacions dels adolescents de CR i el grup BCN-88 i dues diferències significatives en el nivell  $p < .05$ . Amb els adolescents italians s'observen quatre diferències significatives en el nivell  $p < .05$ .

Aquestes diferències fan paleses les múltiples dificultats dels adolescents de la nostra recerca per processar l'experiència degut, principalment, a la manca de recursos de pensament (baix *M*), a que no perceben prou les seves pròpies emocions -dissociació- (elevada puntuació en el *L*), i a que els recursos afectius que els vinculen amb els altres també són escassos (baix *WSumC*). Tampoc perceben la realitat amb suficient correcció (baix *X+*%) i la distorsionen més del que és d'esperar (elevat *X-*%) en detriment d'una percepció idiosincràtica (*Xu*%).

### **6.2.1.3 Modulació de les emocions (Hipòtesi 4.4.2.3).**

La figura 3 recull les puntuacions mitjanes dels índexs del Rorschach, dels adolescents de CR en el moment inicial, les dels dos grups de referència i el grau de significació de les diferències, relacionades amb la modulació de les emocions: Afr. *WSumC*, *SumC'*, *S* i *DEPI*.

Respecte al grup italià només s’observa una diferència estadísticament significativa ( $p < .05$ ) en l’índex WSumC. Respecte al grup BCN-88 s’observa una diferència estadísticament significativa ( $p < .01$ ) en l’índex WSumC indicant que els adolescents de CR perceben i posen molt menys en joc els afectes. En canvi amb el mateix nivell de significació, les dades indiquen que aquests adolescents perceben menys constricció afectiva, menys hostilitat i menys elements de depressió que el grup BCN-88.

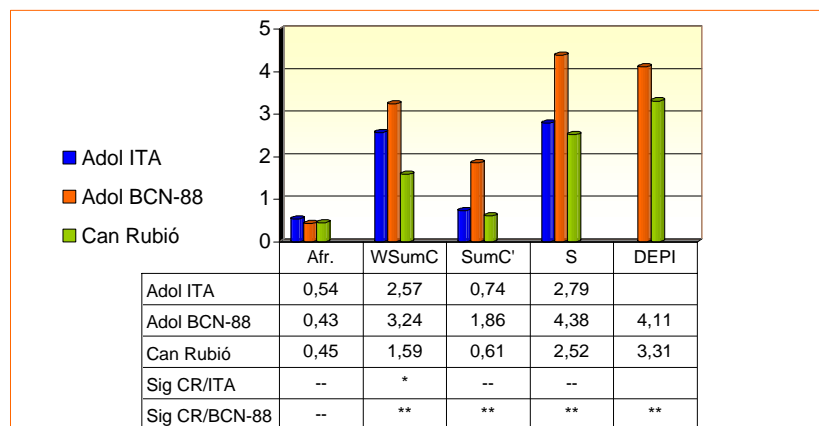


Figura 3. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en la modulació de les emocions. Grau de significació de les diferències

Pel que fa a l’*Afr.* no s’observen diferències significatives. Tots tres grups presenten puntuacions dins l’interval esperable, entre .32 i .76, definit al punt 5.4.2.3, tot i que tendeixen a estar a la part baixa de l’interval, principalment els grups CR i BCN-88.

En conseqüència es pot dir que tant l’activitat psíquica com la relació interpersonal dels adolescents de CR es veuran mancades d’intercanvis afectius i amb tendència a defugir (manca de desig i manca d’interès) els estímuls emocionals.

**6.2.1.4. Elaboració de pensaments. (Hipòtesi 4.4.2.4)**

La figura 4 conté les puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, les dels dos grups de referència i els graus de significació de les diferències, en els índexs del Rorschach corresponents a l'agrupació de l'elaboració de pensaments: WSum6, Ma+p, Ma, Mp i Intel.

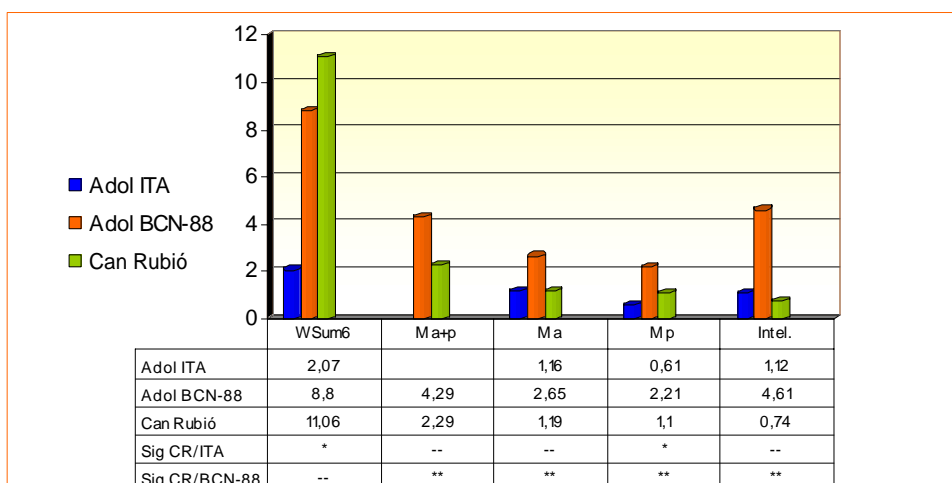


Figura 4. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en l'elaboració de pensaments. Grau de significació de les diferències.

Els adolescents de CR presenten una puntuació en WSum6 en el límit superior esperable, i donen una diferència estadísticament significativa ( $p < .05$ ) amb el grup italià, la qual cosa informa dels molts trastorns del curs i del contingut del pensament que presenten els adolescents de CR, com un dels principals components de la seva patologia psíquica que incideix en el processos de pensament, en la presa de decisions i en el comportament “deliberat”.

Els adolescents de CR fan molt menys ús ( $p < .01$ ) del pensament deliberat (Ma) que els de BCN-88 i recorren més que els de BCN-88 i els italians ( $p < .01$  i  $p < .05$ , respectivament) a l'ús del pensament com a refugi en la pròpia fantasia (Mp).

Amb aquestes puntuacions és previsible que els adolescents de CR es trobin amb greus dificultats per pensar en les seves experiències i per elaborar pensaments de manera lògica i coherent.

#### 6.2.1.5 Autopercepció (Hipòtesi 4.4.2.5).

La figura 5 mostra les puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, les dels dos grups de referència i el grau de significació de les diferències en els índexs del Rorschach que configuren l'agrupació d'autopercepció: 3r+(2)/R, MOR, FD, FV i An+Xy.

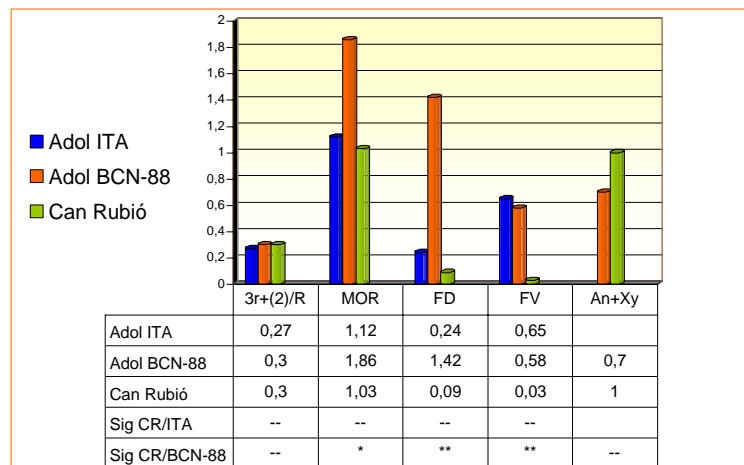


Figura 5. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en l'autopercepció. Grau de significació de les diferències.

Les dades de la figura 5 indiquen que en els índexs que componen aquesta agrupació no hi ha diferències significatives entre els adolescents de CR i els adolescents italians.

En canvi, amb els adolescents del grup BCN-88 s'observen diferències significatives ( $p < .05$ ) en els índexs MOR, FD i FV. Aquestes dades indiquen que els adolescents de CR se senten menys malmesos i amb menys pensaments pessimistes (MOR), i tenen menys tendència a l'autoinspecció tant si la fan sense que intervinguin els afectes (FD) com quan la fan amb autocrítica negativa (FV).

## **6.2.2 Agrupacions relacionades amb el funcionament relacional (Hipòtesi 4.4.3).**

### **6.2.2.1 *Percepció de les relacions interpersonals (Hipòtesi 4.4.3.1).***

La figura 6 mostra les puntuacions mitjanes dels subjectes de CR en el moment inicial, les puntuacions dels dos grups de referència i el grau de significació de les diferències, en els índexs del Rorschach inclosos en l'agrupació relativa a les relacions interpersonals: H pura, Cont Humà, Sum T, mov actiu, mov passiu, COP i AG.

En aquesta figura s'observa com, respecte als adolescents italians, només la diferència en l'índex *moviment passiu* obté significació estadística ( $p < .05$ ), la qual cosa informa que, en les interaccions dels adolescents de CR amb altres persones, hi haurà més predomini de la *passivitat* consistent a: evitar responsabilitats

(compromisos), no buscar solucions noves, no presentar iniciatives o no iniciar nous patrons de conducta.

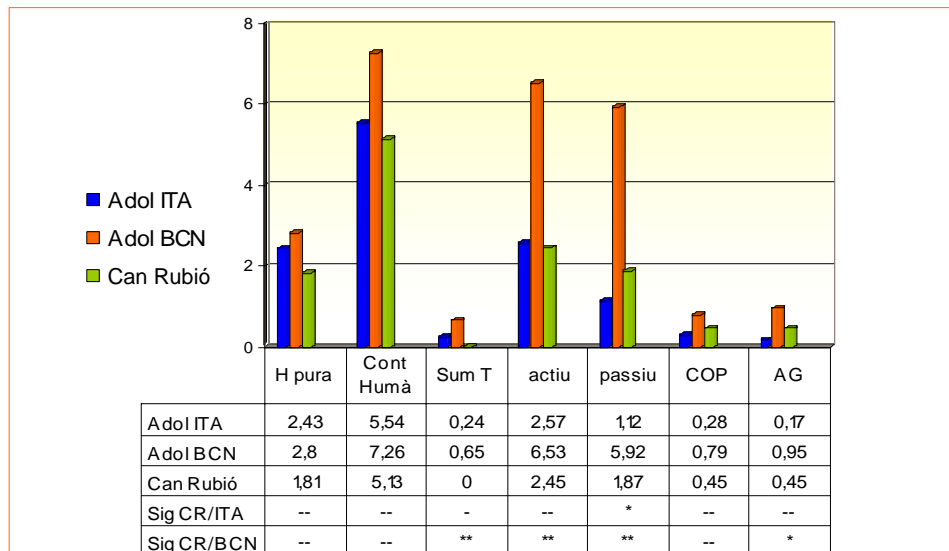


Figura 6. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88, en els índexs que intervenen en les relacions interpersonals. Grau de significació de les diferències.

Respecte al grup BCN-88, els adolescents de CR també mostren puntuacions significativament més baixes ( $p = .000$ ) en la necessitat de proximitat-intimitat en les relacions (T) i en l'activitat en les relacions amb l'entorn (mov. actiu). En canvi, en les relacions amb l'entorn els adolescents de CR es mostraran significativament ( $p < .05$ ) menys agressius.

Les diferències en els altres índexs (interès en les altres persones) no aporten significació rellevant.



### 6.2.2.2 Identificació social (Hipòtesi 4.4.3.2).

La figura 7 conté les puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, les puntuacions dels dos grups de referència i la significació de les diferències en els índexs del Rorschach que componen l'agrupació d'identificació social: H pura, Populars, Parells (2), mov. actiu, mov. passiu i Aïllam/R.

Les diferències en mov. actiu i mov. passiu s'acaben de comentar en l'agrupació anterior.

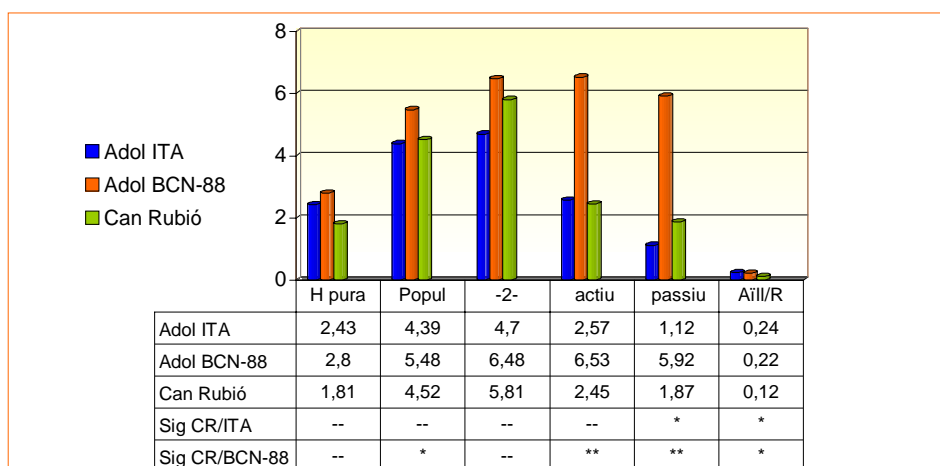


Figura 7. Perfil dels adolescents de CR en el moment inicial, dels adolescents italians i del grup BCN-88 en els índexs que intervenen en la identificació social. Grau de significació de les diferències.

S'observen diferències estadísticament significatives ( $p < .05$ ) en l'índex Aïllam/R. Tanmateix la literatura al respecte (Sendín, 1995) indica que aquest índex té valor quan presenta una puntuació alta ( $>.25$ ), en canvi no té valor interpretatiu quan és molt baix com en aquest cas.

· *Internalització – Externalització.* A la taula 3 es mostren les mitjanes, les DS, els ETM, i les mínimes i màximes de l'IC al 95 % de les puntuacions directes obtingudes en cada una de les escales del *Youth Self Report* pels subjectes de CR en el moment inicial.

Taula 3. Descriptius dels adolescents de CR al YSR, moment inicial.

<b>Escales</b>	$\bar{x}$	<b>DS</b>	<b>ETM</b>	<b>IC (95%)</b>	
				<i>Min</i>	<i>Max</i>
I <i>Aïllament</i>	5,71	2,85	,51	4,66	6,76
II <i>Q Somàtiqu</i>	6,52	3,85	,69	5,10	7,93
III <i>Ans/Dep</i>	12,74	5,89	1,06	10,58	14,90
IV <i>P Social</i>	4,87	2,53	,45	3,94	5,80
V <i>Pr Pensam</i>	5,10	2,80	,50	4,07	6,12
VI <i>Pr Atenció</i>	9,13	3,47	,62	7,86	10,40
VII <i>Con Delin</i>	8,16	4,75	,85	6,42	9,90
VIII <i>Con Agre</i>	14,45	6,74	1,21	11,98	16,92
<i>Internalit</i>	24,35	10,25	1,84	20,60	28,11
<i>Externalit</i>	22,52	10,40	1,87	18,70	26,33

A la figura 8 es mostren les puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, les puntuacions mitjanes de la baremació a la població de Barcelona i les puntuacions patològiques (mitjanes + 2DS per a cada escala, en la baremació de Barcelona), i el grau de significació de les diferències entre les puntuacions mitjanes.

La figura 8 mostra clarament les grans diferències, estadísticament significatives ( $p < .01$ ) en les dues agrupacions sindròmiques (*internalització*: problemes emocionals; *externalització*: problemes de conducta) i en les escales que les

componen en relació a les dades normatives. D'altra banda també es revelen diferències significatives en les altres tres escales que no carreguen en cap de les agrupacions sindròmiques: problemes socials, problemes de pensament i problemes d'atenció.

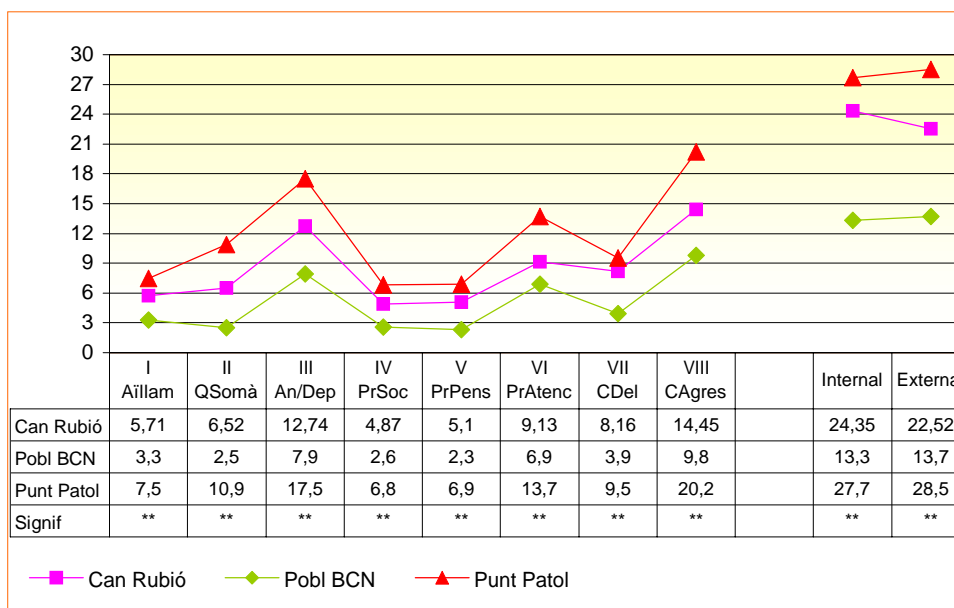


Figura 8. Perfil dels adolescents de CR (n=31), en el moment inicial, en les escales del YSR, dades de la població de BCN i puntuacions patològiques. Grau de significació de les diferències entre els subjectes de CR el barem de BCN.

Es pot afirmar que els adolescents de CR presenten un perfil preocupant en tots els aspectes que mesura aquest instrument.

### 6.2.3 Estratègies d'Afrontament (Hipòtesi 4.4.4).

La taula 4 mostra les puntuacions mitjanes, les DS, els ETM, les mínimes i les màximes de l'IC al 95 %, obtingudes pels adolescents de CR en cada una de les escales del *Coping Responses Inventory*.

Taula 4. Descriptius dels adolescents de CR al CRI, moment inicial.

<i>Escales</i>	<i>n = 29</i>			<b>IC (95%)</b>	
	$\bar{x}$	<b>DS</b>	<b>ETM</b>	<i>Min</i>	<i>Màx</i>
LA <i>Analisi Lògica</i>	7,79	4,19	,78	6,20	9,39
PR <i>Reaval Positiva</i>	6,07	4,07	,76	4,52	7,62
SG <i>Busq Orientació</i>	7,93	4,30	,80	6,30	9,57
PS <i>Solució Problem</i>	7,69	4,45	,83	6,00	9,38
CA <i>Evitació Cognitiv</i>	6,34	3,92	,73	4,85	7,84
AR <i>Accept/Resignac</i>	8,90	4,06	,75	7,35	10,44
SR <i>Disfrut Alternati</i>	7,59	4,80	,89	5,76	9,41
ED <i>Descàrreg Emoci</i>	8,03	4,36	,81	6,37	9,69
<i>Aproximació</i>	29,38	12,32	2,29	24,69	34,07
<i>Evitació</i>	30,86	11,01	2,04	26,67	35,05

La figura 9 mostra les puntuacions mitjanes dels adolescents de CR i les puntuacions de la baremació per a la població de Barcelona del *Coping Responses Inventory*.

Aquestes puntuacions indiquen que els adolescents de CR mostren menys actituds per posar en marxa estratègies

d'aproximació: anàlisi lògica, reavaluació positiva i solució del problema. En canvi opten per posar en marxa estratègies d'evitació: evitació cognitiva i descàrrega emocional.

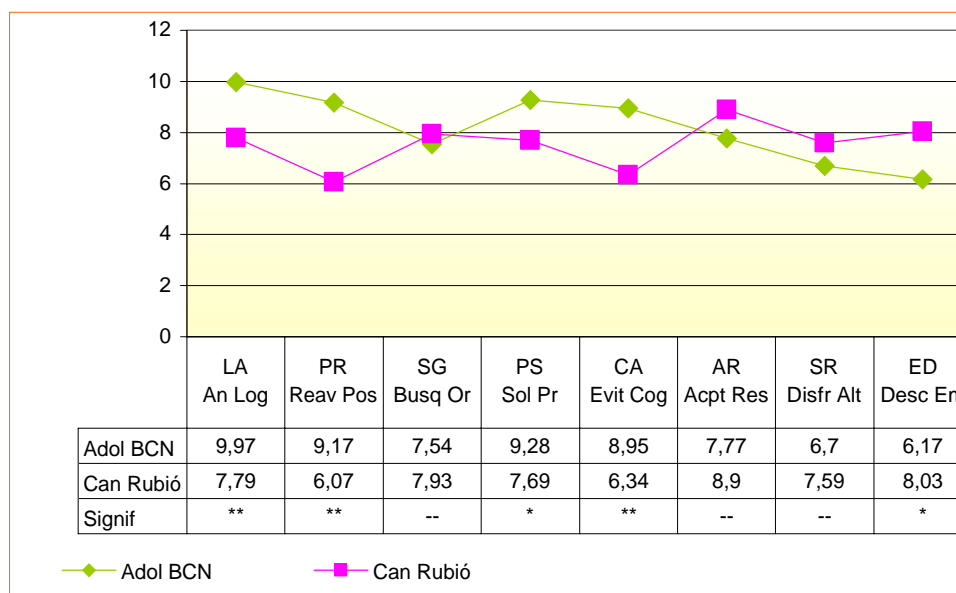


Figura 9. Perfil dels adolescents de CR (n=29) en el moment inicial, i de les puntuacions dels adolescents de BCN al CRI.

La situació que es descriu és simple: menys aproximació i més evitació, deixant que la situació quedi dominada per la resignació, la recerca d'ajuda i, en tot cas, per buscar altres fonts de satisfacció.

#### 6.2.4 Recursos cognoscitius (Hipòtesi 4.4.5).

La figura 10 mostra la mitjana de les puntuacions típiques obtingudes pels adolescents de CR, a l'avaluació inicial, als subtests de Semblances, Vocabulari i Cubs, del WISC-R. S'indiquen també les puntuacions mitjanes típiques per a la població espanyola.

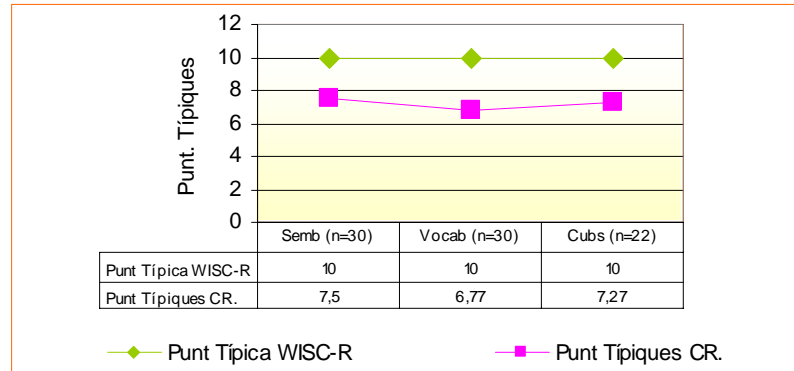


Figura 10. Puntuacions típiques als subtests del WISC-R dels subjectes de CR, en el moment inicial, i puntuacions típiques del test.

Aquestes puntuacions indiquen que els recursos cognoscitius són més aviat escassos en els adolescents de CR. Aquesta característica condicionarà l'aprofitament de les activitats educatives i terapèutiques que se'ls proporcionen i les possibilitats de beneficiar-se'n.

### 6.2.5 Síntesi de les característiques dels subjectes de CR en el moment inicial.

De les dades acabades d'exposar fins ara es pot resumir que, en el moment d'iniciar el seu tractament, en el funcionament psíquic i relacional dels adolescents de CR destaquen les característiques següents:

- a) Predominen greus problemes emocionals i de conducta (YSR) que els dificulten les relacions amb si mateixos, amb els altres i amb la societat.

b) Davant de problemes i de situacions difícils posen en marxa mecanismes d'evitació o de dependència, i compten amb poques actituds per posar en marxa estratègies de solució (CRI).

c) Disposen de molt pocs recursos (baix EA) per controlar l'estrès (tensió provinent de l'exterior i del malestar interior), d'ací que tindran tendència a l'actuació sense mediació del pensament ni un maneig adequat dels afectes.

d) Presenten serioses dificultats per obrir-se a l'experiència i processar-la adequadament degut a les fallades en la connexió i percepció de la seva realitat interna i a la percepció errònia de la realitat externa (*L* elevat, *X+*% baix, *X-*% alt). A més disposen de pocs recursos ideacionals (*Ma*) i emocionals (*WSumC*) per fer que una i altra realitats interactuïn.

e) Pel que fa als seus processos de pensament estan impregnats per múltiples trastorns en el curs i el contingut (elevat *WSum6*) i, a més, utilitzen el pensament per refugiar-se en la seva pròpia fantasia (*Mp*).

f) Finalment, respecte a les relacions humanes cal esmentar la manca d'interès en els altres, l'actitud de passivitat, dependència i exigència amb que es relacionen amb l'entorn, i les dificultats per moure's en la convencionalitat i adaptar-se a les normes del grup.

### **6.3 IMPACTE DEL PTI A CURT TERMINI**

#### **(8 mesos) (Hipòtesi 4.3.3).**

A continuació s'exposen els resultats obtinguts d'aplicar la prova no paramètrica *Test de Wilcoxon* i de calcular la mida de l'efecte (*Effect Size*, en endavant "ES") de Cohen (1988) entre les puntuacions que determinen el moment inicial (inici del tractament) i les puntuacions obtingudes a curt termini (8 mesos de tractament).

En aquesta comparació moment inicial – curt termini hi participen els següents subjectes:  $n = 25$  per al test de Rorschach, el YSR, Semblances i Vocabulari;  $n = 22$  per al CRI i  $n = 18$  per a Cubs. En aquesta exposició se seguirà el mateix ordre emprat a l'operativització de les hipòtesis.

La significació estadística s'indicarà amb un asterisc (\*) quan  $p < .05$ , i la significació clínica s'indicarà amb les sigles ES (*Effect Size*, mida de l'efecte). La mida de l'efecte es considerarà clínicament significativa quan sigui  $> 0,37$ . Com s'ha indicat al Procediment, aquest índex el van obtenir Lipsey i Wilson (1993) després d'una metaanàlisi de 302 meta-anàlisis de recerques en el tractament psicològic, educatiu i conductual duts a terme en els quinze anys precedents. Les puntuacions mitjanes s'expressaran amb el sufix  $\bar{x}_1$  per al moment inicial, el sufix  $\bar{x}_2$  per al curt termini i el sufix  $\bar{x}_3$  per al mitjà termini.



La taula 5 conté valors de  $\bar{x}_1$ ,  $\bar{x}_2$ , diferència entre  $\bar{x}_1$  i  $\bar{x}_2$ , el valor de  $z$ , valor de  $p$ , valor de l'ES i valors mínim i màxim d'ES per a l'IC de 95 % dels índexs dels tres instruments que experimenten canvi, amb algun nivell de significació, a curt termini. Entre parèntesi s'expressen els valors de  $p$  i de l'ES que no són significatius. Les dades d'aquesta taula s'aniran especificant en cada una de les figures corresponents a cada agrupació d'índexs.

Taula 5. Dades dels índexs del Rorschach, del YSR i del CRI que experimenten canvi significatiu a curt termini

Índex	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_2$	Dif de $\bar{x}$	$z$	$p$	ES	IC (95 %)	
							Min	Max
ROR. - EA	3,40	4,24	0,84	-2,46	.041	(0,32)	--	--
ROR.- WSumC	1,50	4,12	2,63	-1,89	(.058)	0,54	-0,10	1,19
ROR.- MOR	1,08	1,52	0,44	-1,32	(.18)	0,39	-0,17	0,96
ROR.- mov.pas	1,76	2,40	-0,64	-1,16	(.24)	0,39	-0,99	0,20
YSR- I Aillam	6,00	4,04	1,96	-3,30	.001	0,80	0,39	1,22
YSR-IV Pr Social	5,08	4,12	0,96	-2,00	.045	0,39	0,017	0,78
YSR-VI Pr Pens	8,76	7,60	1,16	-1,99	.046	(0,31)	--	--
CRI- PR Rea Pos	5,77	7,05	-1,28	-1,37	(.17)	0,38	-0,95	0,18
CRI-PS Soluc Pr	7,32	5,77	1,55	-,94	(.34)	-0,37	-0,23	0,98

Nota: Les dades de  $p$  i d'ES entre parèntesi no són significatives.

*En primer lloc s'exposen els resultats relacionats amb els índexs que analitzen més directament els factors implicats en l'organització de la personalitat.*

### 6.3.1 Canvis en les agrupacions relacionades amb l'organització de la personalitat (Hipòtesi 4.4.2).

#### 6.3.1.1 Control i tolerància a l'estrès. (Hipòtesi 4.4.2.1).

La figura 11 recull les puntuacions mitjanes dels components d'aquesta agrupació en el moment inicial i a curt termini. Es pot observar com només la puntuació *EA* presenta una diferència de les mitjanes estadísticament significativa ( $\bar{x}_1 = 3,40$ ,  $\bar{x}_2 = 4,24$ ,  $p = .041$ ), i indica un increment en l'accessibilitat i utilització dels recursos ideacionals i emocionals. Al mateix temps s'acosta al valor desitjable ( $> 6$ ). L'ES de 0,32 ve a indicar que, tot i la seva significació estadística, el canvi no ha estat gaire gran.

L'increment de l'*EA*, com es veurà més endavant, ve donat per l'augment en el WSumC -manifestació de les emocions- ja que l'altre component de l'*EA* -les M- pràcticament no experimenta canvi.

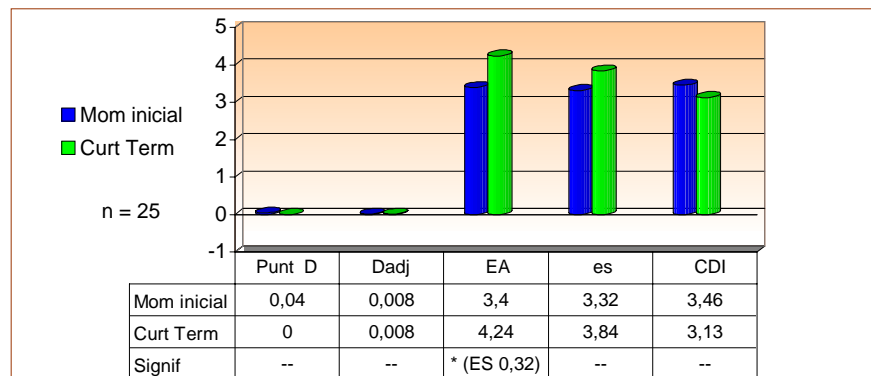


Figura 11. Puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i tipus de significació de les diferències en els índexs que intervenen en el control i tolerància a l'estrès.

Com es pot observar, les diferències entre les puntuacions dels altres quatre índexs que componen l'agrupació no experimenten canvis significatius.

#### **6.3.1.2 Obertura a l'experiència (Hipòtesi 4.4.2.2).**

Com mostra la figura 12, en aquesta agrupació només s'observa una diferència clínicament significativa entre les mitjanes ( $\bar{x}_1 = 1,5$ ,  $\bar{x}_2 = 4,12$ , ES 0,54) de les puntuacions de l'índex WSumC, que indica un considerable increment en la manifestació dels afectes.

No s'observen diferències significatives en les mitjanes de les puntuacions dels altres índexs d'aquesta agrupació: M, X+%, Xu%, X-%, L (Lambda), i Zd. És a dir, com reflecteix la figura 12, a curt termini les puntuacions es mantenen en valors molt similars als del moment inicial.

Aquesta manca de significació de les diferències informa que no s'han produït canvis significatius en l'ús de recursos ideacionals, en la percepció de la realitat, en el control intel·lectual sobre les emocions ni en l'estil de tractament cognoscitiu de la informació que es percep.

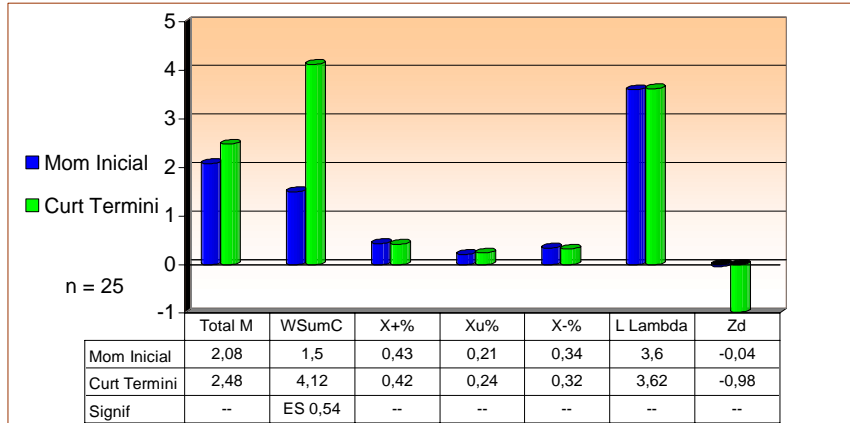


Figura 12. Puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i tipus de significació de les diferències en els índexs que configuren l'agrupació de l'obertura a l'experiència.

### 6.3.1.3 Modulació de les emocions (Hipòtesi 4.4.2.3).

Com mostra la figura 13 en aquesta agrupació només l'índex WSumC experimenta un canvi clínicament significatiu ( $\bar{x}_1 = 1,5$ ,  $\bar{x}_2 = 4,12$ , ES 0,54) ja comentat en l'agrupació anterior.

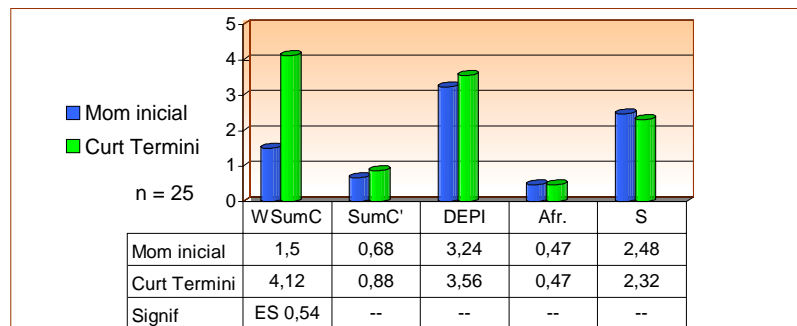


Figura 13. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències en els índexs que componen l'agrupació de modulació de les emocions.

Les puntuacions en altres índexs que componen aquesta agrupació: SumC', DEPI, Afr, i S, en el moment inicial i a curt termini, són molt similars, de manera que no hi ha cap diferència

significativa entre elles. Això indica que, a curt termini, no es modifiquen la irritació i el malestar interns, els components de depressió, la responsivitat als estímuls emocionals i l'hostilitat/negativisme.

#### 6.3.1.4 L'elaboració de pensaments (Hipòtesi 4.4.2.4).

La figura 14 fa palesa la manca de canvis significatius en les puntuacions dels índexs d'aquesta agrupació:  $WSum6$ ,  $M(a+p)$ ,  $Ma:Mp$ ,  $2AB+(Art+Ay)$  entre el moment inicial i curt termini.

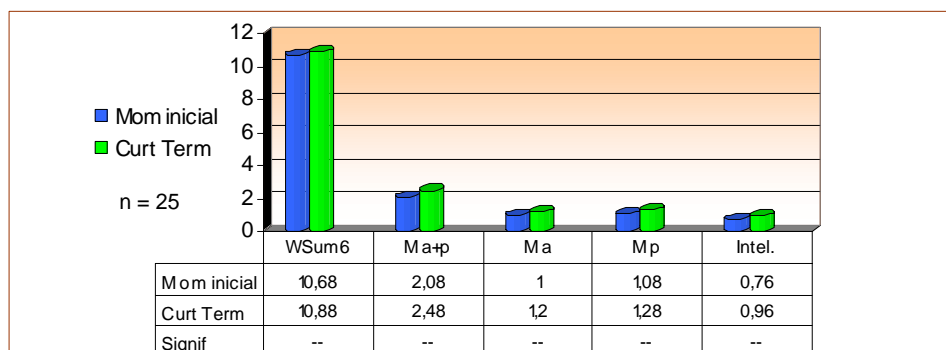


Figura 14. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'elaboració de pensaments.

Aquestes similituds en les dades indiquen que no hi ha hagut canvis en les funcions que analitzen: fallades en el pensament lògic, ús deliberat del pensament, ideació voluntària *versus* refugi en la fantasia, tendència a mentalitzar l'afecte.

#### 6.3.1.5 Autopercepció . (Hipòtesi 4.4.2.5).

Com es pot constatar a la figura 15, en aquesta agrupació s'observa que l'índex *MOR* (sentir-se malmès i amb pensaments pessimistes) experimenta un increment clínicament significatiu ( $\bar{x}_1 = 1,08$ ,  $\bar{x}_2 = 1,52$ , ES 0,39). Els altres índexs integrants d'aquesta agrupació:  $3r+(2)/R$ ,

An+Xy, FD i FV presenten unes puntuacions pràcticament idèntiques en el moment inicial i a curt termini.

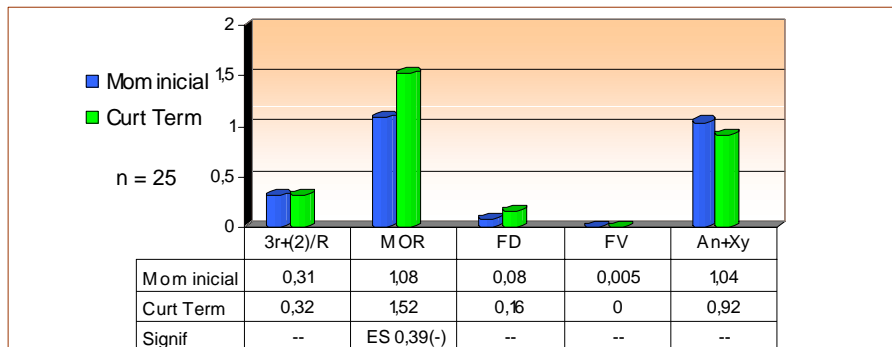


Figura 15. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'autopercepció.

Cal fer notar que els índexs FD (autoinspecció) i FV (mirar-se amb autocrítica negativa), pràcticament no obtenen puntuació en cap dels dos moments. L'increment de la puntuació MOR podria ser degut a un augment en la consciència d'estar danyat físicament.

### 6.3.2 Canvis en les agrupacions implicades en el funcionament relacional (Hipòtesi 4.4.3).

#### 6.3.2.1 Percepció de les relacions interpersonals (Hipòtesi 4.4.3.1).

Els resultats en els índexs que intervenen en les relacions interpersonals es distribueixen segons apareix a la figura 16 i indiquen que cap índex adquireix una diferència amb significació estadística.

El moviment passiu experimenta un increment (direcció inversa a l'esperada) clínicament significatiu ( $\bar{x}_1 = 1,8$ ,  $\bar{x}_2 = 2,25$ , ES 0,39) i l'índex COP obté una diferència molt propera a la significació clínica ( $\bar{x}_1 = 0,4$ ,  $\bar{x}_2 = 0,7$ , ES 0,36).

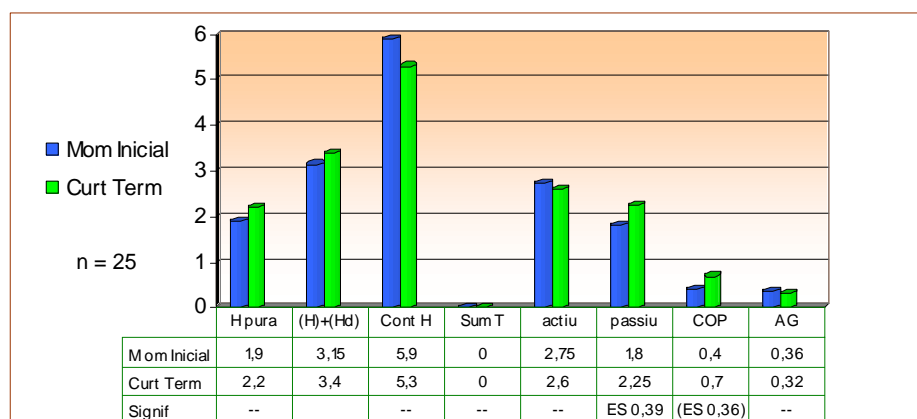


Figura 16. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en les relacions interpersonals.

Pel que fa a l'interès en les persones, els índexs implicats {H, [(H)+Hd+(Hd)]}, tot i que molt discretament, es mouen en la direcció esperada. Cal tenir present, però, que es manté la proporció  $H < [(H)+Hd+(Hd)]$  indicant que aquest interès encara està basat, principalment, en dades imaginàries.

Pel que fa a l'activitat – passivitat en les relacions, disminueix lleugerament l'activitat (direcció no esperada) i augmenta la passivitat (direcció no esperada). D'ací que la ratio  $a : p$  (activitat versus passivitat en les relacions) es manté en  $a > p$  però no s'arriba al desitjable  $a > p + 1$ , proporció que quasi s'acomplia en el moment inicial.

En una i altra avaluacions no s'obtenen puntuacions en l'índex T (necessitat d'intimitat en les relacions). El component AG (actitud hostil en les relacions) pràcticament no es mou i sí que augmenten les actituds de col·laboració.

Ara bé, quant a les relacions interpersonals d'aquests adolescents, les dades indiquen que a curt termini encara estan molt basades en relacions imaginàries -no en experiències reals- i marcades per la passivitat consistent a: evitar responsabilitats (compromisos), no buscar solucions noves, no presentar iniciatives o no iniciar nous patrons de conducta.

### 6.3.2.2 Identificació social (Hipòtesi 4.4.3.2).

Tal com es pot observar a la figura 17 només l'índex moviment passiu, ja comentat en l'agrupació anterior, experimenta un increment clínicament significatiu (direcció inversa a l'esperada) que informa d'una major dependència i exigència vers l'entorn.

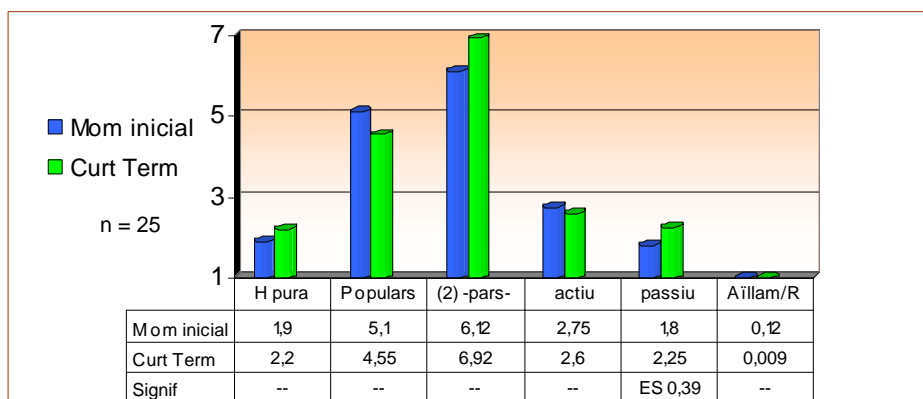


Figura 17. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències dels índexs implicats en la identificació social.



Els altres índexs: H pura, Populars, mov. actiu i Aïllam/R no experimenten canvis significatius. Per tant, a curt termini no milloren els elements que faciliten l'adaptació social.

### 6.3.2.3 Equilibració emocional i de la conducta.

#### *Internalització – Externalització (Hipòtesi 4.4.3.3).*

La figura 18 reflecteix amb detall les variacions que experimenten els subjectes a curt termini en aquesta prova:

No s'observen diferències significatives en cap de les agrupacions sindròmiques *internalització – externalització*.

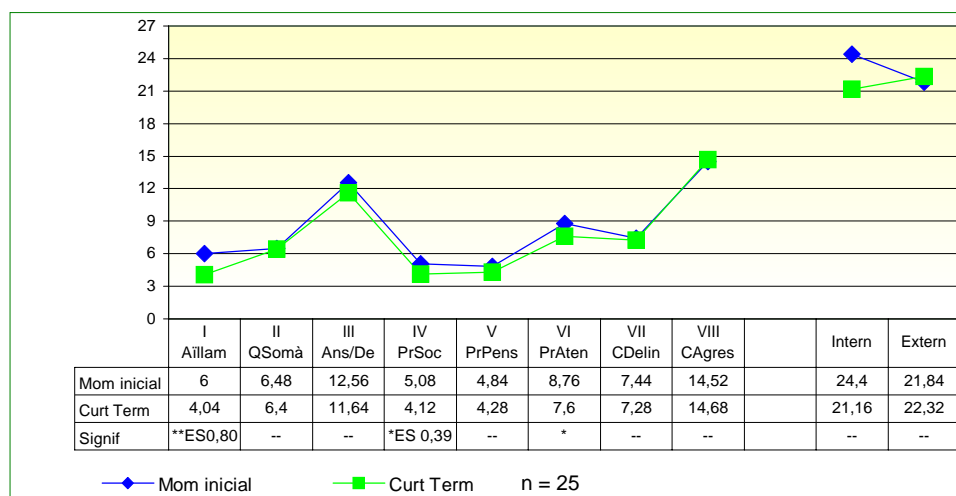


Figura 18. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en la *internalització* i l'*externalització*.

Pel que fa a les escales, que carreguen a les agrupacions: l'escala I *Aïllament* experimenta un descens estadísticament significatiu ( $\bar{x}_1 = 6$ ,  $\bar{x}_2 = 4,04$ ,  $p = .001$ ,  $ES = 0,80$ ) i indica un considerable descens en l'aïllament.

D'entre les altres escales de la prova, que no carreguen en cap agrupació sindròmica, cal esmentar que l'escala IV *Problemes Socials* experimenta una diferència de mitjanes ( $\bar{x}_1 = 5,08$ ,  $\bar{x}_2 = 4,12$ ,  $p = .045$ , ES = 0,39) estadísticament significativa en la direcció esperada, que indica una millor adaptació social. Les diferències en VI *Problemes d'Atenció* apareixen com a estadísticament significatives ( $\bar{x}_1 = 8,76$ ,  $\bar{x}_2 = 7,60$ ,  $p = .046$ ) tot i que l'ES (0,31) no arribi a tenir una mida clínicament significativa.

Aquestes dades indiquen que els adolescents de CR mostren, a curt termini, poca evolució en l'àmbit dels conflictes emocionals, i pràcticament cap canvi en les manifestacions conductuals.

### **6.3.3 Canvis observats en les estratègies d'afrontament: Aproximació – Evitació (Hipòtesi 4.4.4).**

A les figures 19 i 19 bis es pot observar la similitud entre les mitjanes de les puntuacions obtingudes en el moment inicial i a curt termini en aquesta prova.

A les escales que analitzen les *estratègies d'aproximació*, s'observen dos canvis clínicament significatius: PR -reavaluació positiva dels problemes- ( $\bar{x}_1 = 5,77$ ,  $\bar{x}_2 = 7,05$ , ES 0,38) i PS -solució dels problemes- que experimenta un canvi en la direcció inversa a l'esperada ( $\bar{x}_1 = 7,32$ ,  $\bar{x}_2 = 5,77$ , ES 0,37).

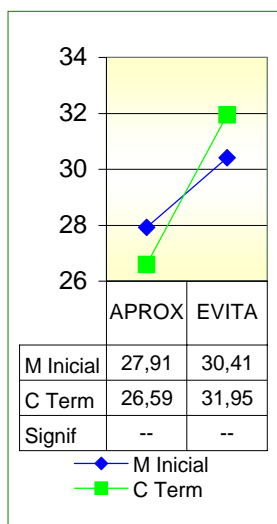


Figura 19.

Figura 19. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a curt termini i grau de significació de les diferències en les agrupacions d'*aproximació* i *evitació*.

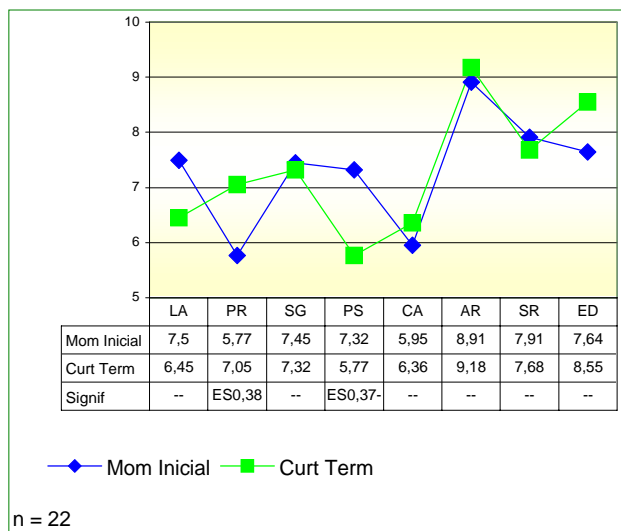


Figura 19 bis.

Figura 19 bis. 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.

A les escales que analitzen les *estratègies d'evitació* s'observa que, pràcticament, no s'ha produït cap canvi en aquest període.

En conjunt, les dades del CRI indiquen que a curt termini no s'observen diferències significatives en les dimensions *d'aproximació – evitació* com a estratègies d'afrontament de l'estrès i situacions difícils.

### 6.3.4 Canvis observats en l'àmbit dels *recursos cognoscitius* (Hipòtesi 4.4.5).

La figura 20 mostra les puntuacions mitjanes obtingudes als subtests de Semblances, Vocabulari i Cubs del WISC-R en el moment inicial i a curt termini. Com es pot observar, unes i altres són molt semblants i no experimenten diferències significatives ni estadísticament ni clínicament.

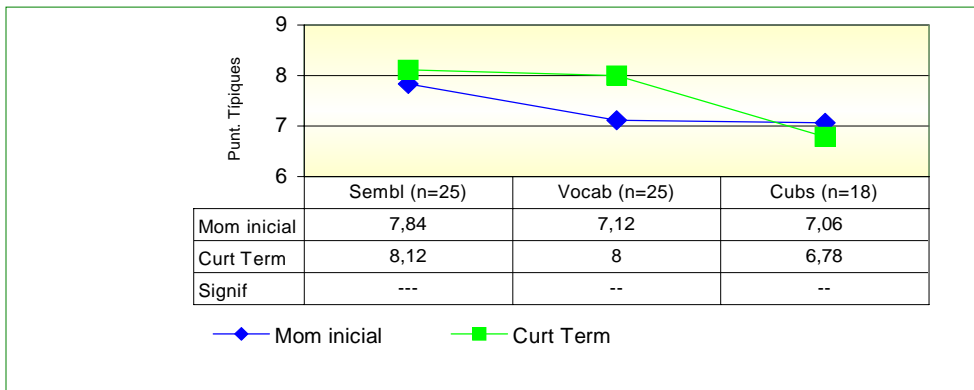


Figura 20. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR a Sembl., Vocab. i Cubs en el moment inicial, a curt termini, i grau de significació de les diferències.

Les puntuacions són tan semblants que no registren ni l'augment que seria esperable per efecte del retest.

### 6.3.5 Síntesi dels principals canvis constatats a curt termini (8 mesos)

Com s'ha pogut constatar en els resultats acabats d'exposar, a curt termini s'observen molt pocs canvis significatius.

El test de Rorschach palesa dos canvis en la direcció esperada (millora cap a la salut):

- Increment de l'EA, recursos ideacionals i afectius per controlar l'estrès.
- Increment del WSumC, capacitat per expressar els afectes.

I dos canvis en la direcció inversa a l'esperada (no millora):

- Increment de MOR, sentir-se malmès i amb pensaments pessimistes.
- Increment en mov. passiu, major dependència i exigència respecte a l'entorn.

Tot i el canvi estadísticament significatiu (en la direcció esperada) en tres escales del YSR i el canvi clínicament significatiu, també en la direcció esperada, en dues escales del CRI, no apareix cap canvi significatiu en les agrupacions sindròmiques *internalització* - *externalització*, ni en les estratègies d'afrontament *d'aproximació* - *evitació*, respectivament.

Així doncs, es pot concloure que, a curt termini i a nivell col·lectiu, el PTI ha produït molt poc impacte en l'organització psíquica, en el funcionament relacional, en les estratègies d'afrontament i en els recursos cognoscitius dels adolescents de CR.

## 6.4 IMPACTE DEL PTI A MITJÀ TERMINI (15 mesos) (Hipòtesi 4.3.4).

A continuació s'exposen els resultats obtinguts en la prova no paramètrica *Test de Wilcoxon* i de calcular la mida de l'efecte (*Effect Size*, "ES") de Cohen (1988) entre les puntuacions obtingudes en el moment inicial i les obtingudes a mitjà termini (15 mesos de tractament).

En aquesta comparació moment inicial – mitjà termini hi participen els següents subjectes: n = 19 per al YSR, Semblances i Vocabulari, n = 18 per al test de Rorschach, n = 15 per al CRI i n=13 per a Cubs. Es tracta de subjectes que han romàs al centre durant un període suficientment llarg com perquè se n'hagin pogut beneficiar.

Taula 6. Dades dels índexs del test de Rorschach que experimenten canvi a mitjà termini (n =18).

<i>Índex</i>	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_3$	Dif de $\bar{x}$	<b>z</b>	<b>p</b>	ES	<b>IC (95 %)</b>	
							Min	Max
<i>DAdj</i>	,11	,39	,28	-1,06	(.28)	0,38	0,38	1,16
<i>EA</i>	3,38	4,38	1,0	-1,73	(.83)	0,37	0,06	0,80
<i>WSum6</i>	12,17	8,39	3,78	-1,02	(.30)	0,47	-,16	1,11
<i>3r+(2)/R</i>	,32	,40	,08	-2,44	.015	0,53	-,93	0,13
<i>An+Xy</i>	1,22	,61	,61	-2,39	.017	0,57	0,14	1,0
<i>COP</i>	,39	,94	,56	-2,48	.013	0,68	0,20	1,18
<i>Cont H</i>	4,72	5,94	1,22	-1,61	(.10)	0,58	0,25	1,36
<i>(2)</i>	6,11	8,56	2,45	-2,99	.003	0,83	0,37	1,30

*Nota: Les dades de p entre parèntesi no són significatives*

La taula 6 conté valors de  $\bar{x}_1$ ,  $\bar{x}_3$ , diferència entre  $\bar{x}_1$  i  $\bar{x}_3$ , valor de  $z$ , valor de  $p$ , valor de l'ES i valors mínim i màxim de l'ES per a l'IC de 95 % dels índexs del test de Rorschach que experimenten canvi, amb algun nivell de significació, a mitjà termini. Entre parèntesi s'expressen els valors de  $p$  que no són estadísticament significatius.

La taula 7 conté valors de  $\bar{x}_1$ ,  $\bar{x}_3$ , diferència entre  $\bar{x}_1$  i  $\bar{x}_3$ , valor de  $z$ , valor de  $p$ , valor de l'ES i valors mínim i màxim de l'ES per a l'IC de 95 % dels índexs dels tests YSR i CRI que experimenten canvi, amb algun nivell de significació, a mitjà termini. Entre parèntesi s'expressen els valors de  $p$  i de l'ES que no són estadísticament o clínicament significatius, respectivament.

Taula 7. Dades dels índexs del test YSR (n =19) i del CRI (n=15) que experimenten canvi a mitjà termini.

Índex	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_3$	Dif de $\bar{x}$	$z$	$p$	ES	IC (95 %)	
							Mín	Máx
YSR- I Aïllam	5,89	4,79	1,11	-2,29	.022	(0,21)	--	--
YSR-III Ans/Dep	12,74	8,95	3,79	-2,27	.023	0,63	0,04	1,22
YSR-IV P Soc	5,42	3,95	1,47	-2,19	.028	0,59	0,05	1,14
YSR-V P Pens	4,89	3,32	1,57	-2,31	.021	0,60	0,13	1,06
YSR-VI P Atenc	8,79	6,21	2,58	-2,67	.007	0,72	0,23	1,21
YSR-VII C Del	7,26	6,00	1,26	-1,21	(.22)	0,41	-,17	0,99
YSR-Internal.	24,47	20,05	4,42	-2,41	(.10)	0,38	-,30	1,07
YSR-External.	22,11	19,11	3,00	-1,49	(.13)	0,37	-,20	0,96
CRI-PR ReavPos	5,59	8,18	2,59	-2,48	.13	0,84	0,25	1,43
CRI-SG Bus Ori	6,47	7,94	1,47	-1,43	(.15)	0,46	0,26	1,20
CRI-PS Sol Pr	6,65	8,59	1,94	-1,33	(.18)	0,54	-,13	1,21
CRI- Aproxim	26,35	32,53	6,18	-2,08	.037	0,59	0,09	1,09

Nota: Les dades de  $p$  i de l'ES entre parèntesi no són significatives

Les dades de les taules 6 i 7 s'aniran especificant en cada una de les figures corresponents a cada agrupació d'índexs seguint el mateix ordre i la mateixa nomenclatura que en l'exposició de resultats a curt termini.

#### 6.4.1 Canvis en les agrupacions relacionades amb l'organització de la personalitat (Hipòtesi 4.4.2).

##### 6.4.1.1 Control i tolerància a l'estrès (Hipòtesi 4.4.2.1).

Com es pot observar a la figura 21, en aquesta agrupació només la diferència de mitjanes en dos dels índexs arriba a obtenir significació clínica: l'índex EA ( $\bar{x}_1 = 3,38$ ,  $\bar{x}_3 = 4,38$ ; ES 0,37) indicant un increment en l'accessibilitat i utilització dels recursos ideacionals i emocionals, aproximant-se al valor  $> 6$  que és desitjable, i l'índex DAdj ( $\bar{x}_1 = 0,11$ ,  $\bar{x}_3 = 0,39$ ; ES 0,38) que indica que aquestes capacitats, en principi, els resultaran útils en situacions habituals, és a dir que no presentin una sobrecàrrega d'estrès.

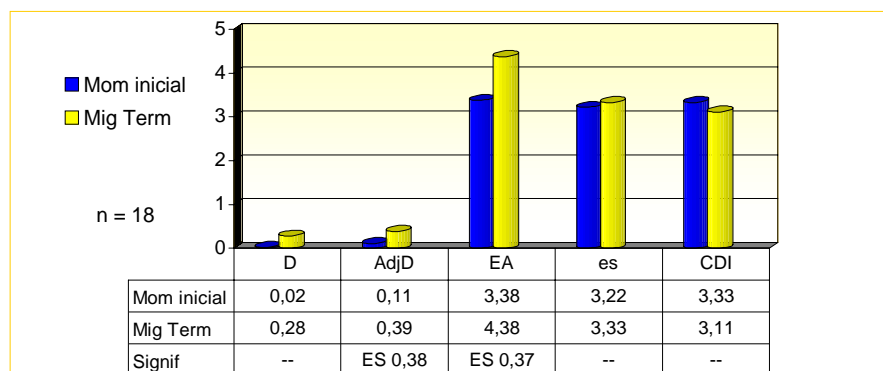


Figura 21. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en el control i la tolerància a l'estrès.



Els altres tres índexs D, es i CDI no presenten diferències amb cap grau de significació.

#### 6.4.1.2 Obertura a l'experiència. (Hipòtesi 4.4.2.2).

La figura 22 fa palesa la manca de canvi, amb algun tipus de significació, en cap dels set índexs que componen aquesta agrupació.

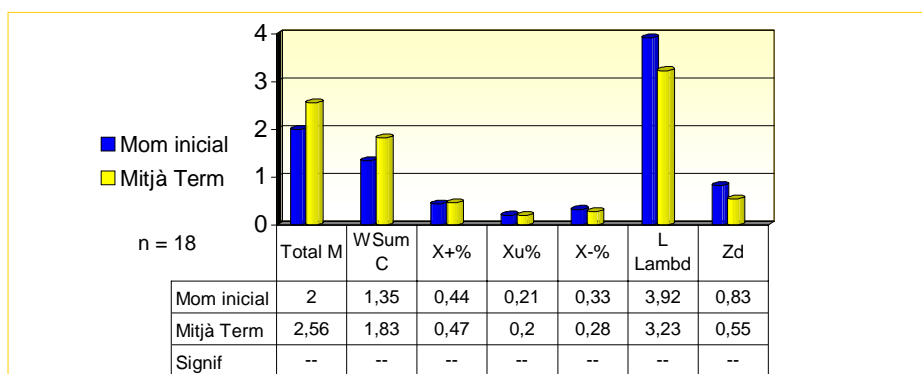


Figura 22. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que componen l'obertura a l'experiència.

Només es pot dir que, tot i així, els petits canvis que s'observen es mouen en la direcció esperada.

#### 6.4.1.3 Modulació de les emocions (Hipòtesi 4.4.2.3).

La figura 23 reflecteix les puntuacions en els índexs implicats en el control de les emocions. Com s'hi pot observar, a mitjà termini, cap dels índexs experimenta una diferència estadísticament ni clínicament significativa. Les puntuacions romanen pràcticament idèntiques.

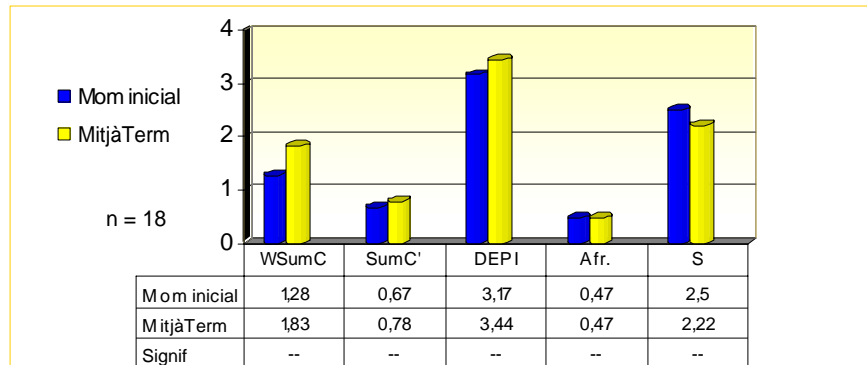


Figura 23. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs corresponents a la modulació de les emocions.

#### 6.4.1.4 Elaboració de pensaments. (Hipòtesi 4.4.2.4).

Tal com es pot apreciar a la figura 24, dels cinc índexs que componen aquesta agrupació, només el WSum6, que analitza les fallades en el pensament lògic, experimenta una disminució clínicament significativa ( $\bar{x}_1 = 12,17$ ,  $\bar{x}_3 = 8,39$ , ES 0,47), i queda situat per sota del valor 11, tal com es pretenia. Aquesta és una millora apreciable en el curs del pensament. El canvi de les Ma i Mp és molt modest i Intel. es manté en el mateix valor.

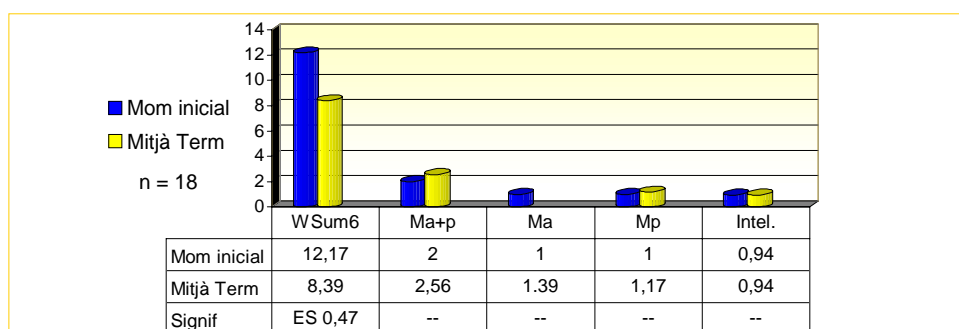


Figura 24. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'elaboració de pensaments.

#### 6.4.1.5 Autopercepció (Hipòtesi 4.4.2.5).

Com es pot observar a la figura 25, l'índex 3r+(2)/R que analitza l'egocentricitat en tant que capacitat de centrar-se en si mateix -relacionada amb l'autoimatge i l'autoestima- experimenta un increment estadísticament significatiu ( $\bar{x}_1 = .32$ ,  $\bar{x}_3 = .40$ ,  $p = .015$ , ES 0,53) i se situa dins l'interval que s'espera en adolescents de 12 a 18 anys. En absència de respostes de reflex, aquest increment es deu només a un dels seus integrants: (2) -parells- i això indica que la millora prové de l'experiència de relació amb els altres.

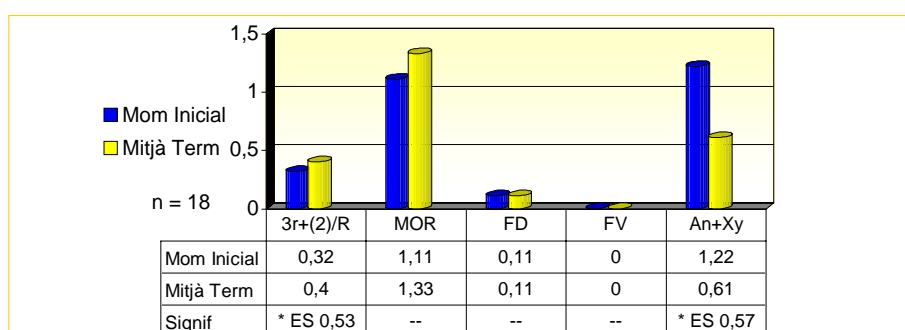


Figura 25. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs que intervenen en l'autopercepció.

L'índex An+Xy també experimenta un canvi, estadísticament significatiu, en la direcció esperada ( $\bar{x}_1 = 1,22$ ,  $\bar{x}_3 = 0,61$ ,  $p = .017$ ,  $ES = 0,57$ ) que indica una disminució en la preocupació pel propi cos.

Els altres tres índexs romanen pràcticament en les mateixes puntuacions.

\*\*\*\*

*Tot seguit s'exposen els resultats de contrastar les diferències entre les puntuacions obtingudes en el moment inicial i les obtingudes a mitjà termini en els factors que analitzen més directament les esferes adaptativa i relacional.*

## 6.4.2 Canvis a les agrupacions implicades en el funcionament relacional (Hipòtesi 4.4.3.)

### 6.4.2.1 Percepció de les relacions interpersonals (Hipòtesi 4.4.3.1).

Els resultats continguts a la figura 26 informen dels canvis que han experimentat els índexs que intervenen en les relacions interpersonals.

L'índex COP experimenta un canvi estadísticament significatiu ( $\bar{x}_1 = 0,39$ ,  $\bar{x}_3 = 0,94$ ,  $p = .013$ , ES 0,68), indicador d'una millora en les actituds cooperatives en les relacions interpersonals.

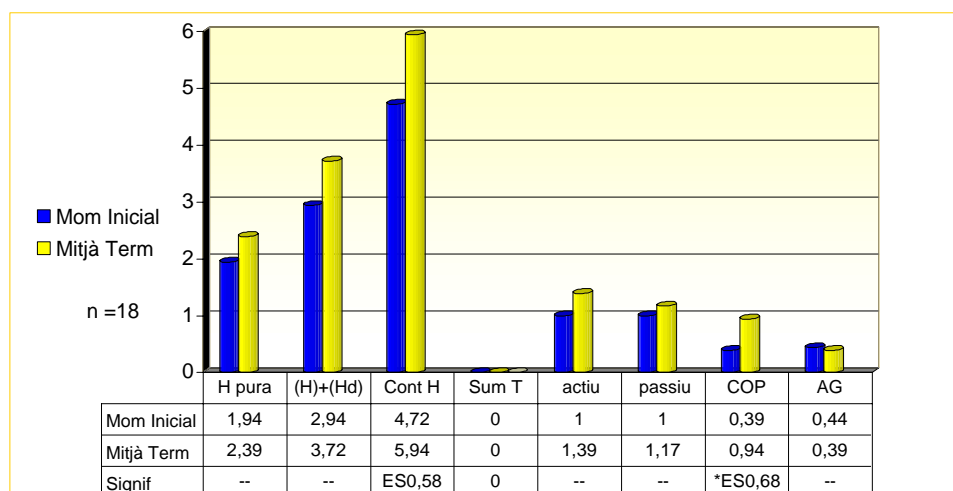


Figura 26. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en les relacions interpersonals.

L'índex Cont H experimenta un canvi clínicament significatiu ( $\bar{x}_1 = 4,72$ ,  $\bar{x}_3 = 5,94$ , ES 0,58) que dona compte de l'increment en tot allò que és d'interès humà.

Tot i aquests increments, l'H pura encara està per sota del valor mínim desitjable ( $>3$ ) i es manté la ràtio  $H < [(H) + Hd + (Hd)]$ ; és a dir, l'interès en les persones basat en experiències reals encara és menor que l'interès basat en dades imaginàries. D'altra banda el mov. actiu no s'ha incrementat de manera suficient com per arribar a la proporció desitjable  $a > p+1$ .

D'ací que es pot esperar que, en les relacions interpersonals d'aquests adolescents, malgrat les millores esmentades, encara hi predomini la passivitat que consisteix a evitar iniciatives i responsabilitats (compromisos).

#### 6.4.2.2 Identificació social (Hipòtesi 4.4.3.2).

La figura 27 informa que, en aquest àmbit, l'índex (2) -parells- ha experimentat un increment estadísticament significatiu ( $\bar{x}_1=6,11$ ,  $\bar{x}_3=8,56$ ,  $p=.003$ , ES 0,83) que indica una millora en la capacitat de centrar-se en si mateix a partir de la relació amb altres.

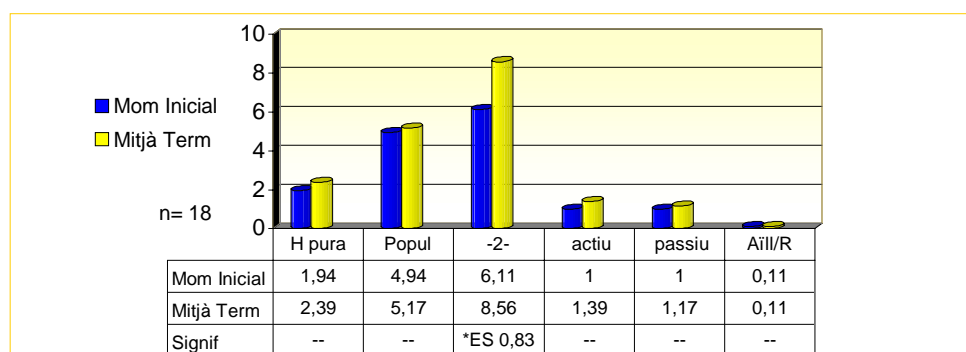


Figura 27. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els índexs implicats en la identificació social.

Els índexs H pura, mov. actiu i mov. passiu ja s'han comentat en el punt anterior de les relacions interpersonals. Els altres índexs no han experimentat cap canvi significatiu.

#### **6.4.2.3 Equilibració emocional i de conducta: Internalització – Externalització (Hipòtesi 4.4.3.3).**

La figura 28 fa palesos els decrements que s'observen en les dues agrupacions sindròmiques *internalització – externalització* i en sis de les vuit escales que integren la prova. Vist en detall es constata que:

- En la *internalització* (conflictes emocionals) la diferència entre les mitjanes de les puntuacions directes entre el moment inicial i mitjà termini ( $\bar{x}_1 = 24,47$  i  $\bar{x}_3 = 20,05$ , ES 0,38) és clínicament significativa, cosa que indica, en principi, una apreciable disminució en els conflictes emocionals. Aquest canvi prové principalment de:

- L'escala I *Aïllament*, que presenta una diferència de mitjanes ( $\bar{x}_1 = 5,89$  i  $\bar{x}_3 = 4,79$ ,  $p = .022$ ) estadísticament significativa, tot i que la mida de l'efecte és considerablement petita (ES = 0,21), i no arriba a la significació clínica.

- L'escala III *Ansietat/Depressió*, que experimenta un canvi estadísticament significatiu ( $\bar{x}_1 = 12,74$  i  $\bar{x}_3 = 8,95$ ,  $p = .023$ ) i una àmplia mida de l'efecte (ES 0,63).

- En l'*externalització* (problemes de conducta), la diferència entre les mitjanes de les puntuacions directes ( $\bar{x}_1 = 21,11$ ,

$\bar{x}_3 = 19,11$ , ES 0,37) arriba a la significació clínica i indica una apreciable disminució en els problemes de conducta.

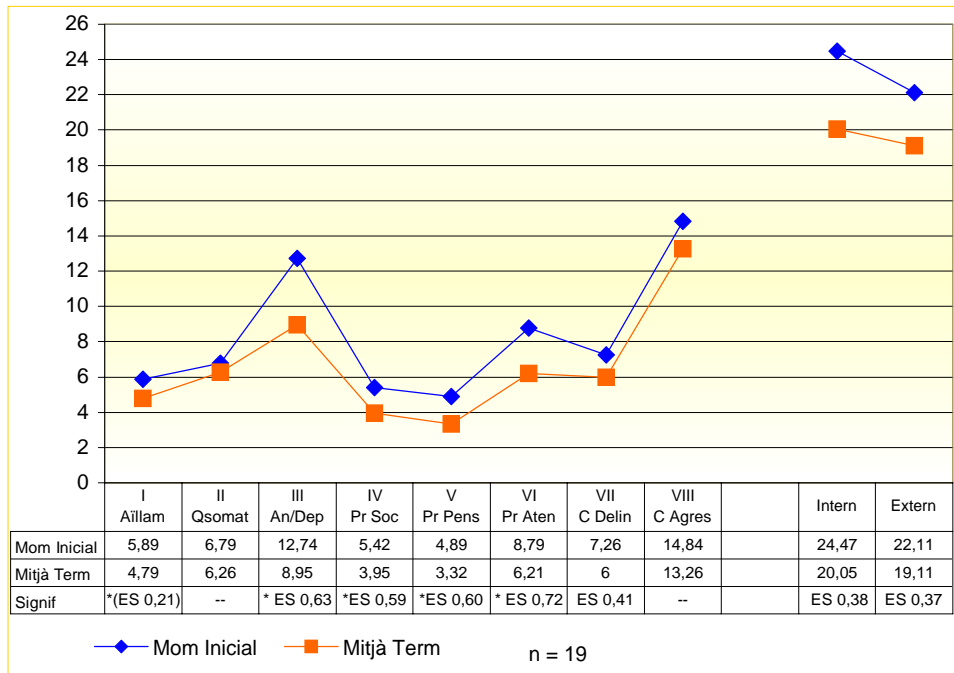


Figura 28. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències a les escales del YSR i les agrupacions *internalització – externalització*.

Aquest canvi ve donat, principalment, per la disminució clínicament significativa que s’observa a l’escala VII *Conducta Delinqüencial* ( $\bar{x}_1 = 7,26$ ,  $\bar{x}_3 = 6,0$ , ES = 0,41). L’altra escala que també carrega en aquest síndrome, VIII *Conducta Agressiva*, si bé experimenta una disminució (direcció esperada) no arriba a tenir significació.

A les altres tres escales, que no carreguen en les agrupacions sindròmiques esmentades, s’observen canvis amb significació estadística i amb una considerable mida de l’efecte en totes tres:



· L'escala IV *Problemes Socials* ( $\bar{x}_1 = 5,42$  i  $\bar{x}_3 = 3,95$ ,  $p = .028$ , ES = 0,59), que indica la millora en les relacions socials.

· L'escala V *Problemes de Pensament* ( $\bar{x}_1 = 4,89$  i  $\bar{x}_3 = 3,32$ ,  $p = .021$ , i ES = 0,60), que indica que disminueixen considerablement els problemes en l'àmbit del pensament.

· L'escala VI *Problemes d'Atenció* ( $\bar{x}_1 = 8,79$  i  $\bar{x}_3 = 6,21$ ,  $p = .007$ , i ES = 0,72), que indica una millora en el la capacitat per mantenir l'atenció.

Aquestes dades informen que els adolescents de CR mostren, a mitjà termini, una evolució favorable en les agrupacions sindròmiques *d'internalització* (problemes emocionals), *externalització* (problemes de conducta) i en els altres tres àmbits -problemes socials, de pensament i d'atenció- que l'autoinforme avalua encara que no carreguin en cap de les dues agrupacions sindròmiques.

#### **6.4.3 Canvis en les estratègies d'afrontament *Aproximació – Evitació* (Hipòtesi 4.4.4). (n = 15)**

Les dades que explicita la figura 29 informen que s'ha produït un increment estadísticament significatiu ( $\bar{x}_1 = 26,35$  i  $\bar{x}_3 = 32,53$ ,  $p=.037$ , ES=0,59), (direcció esperada) en l'agrupació d'*Aproximació*: ús d'estratègies actives per fer front als problemes i situacions difícils, entre el moment inicial i mitjà termini.

Aquest increment ve donat per l'augment que experimenten tres de les quatre escales que componen l'agrupació (Figura 29 bis): PR,

*Reavaluació Positiva*, que assoleix una diferència estadísticament significativa ( $\bar{x}_1 = 5,59$ , i  $\bar{x}_3 = 8,18$ ,  $p = .013$ ,  $ES = 0,84$ ); *SG, Cerca d'Orientació*, que experimenta un increment clínicament significatiu ( $\bar{x}_1 = 6,47$ ;  $\bar{x}_3 = 7,94$ ;  $ES = 0,46$ ); i *PS, Solució de Problemes*, que també experimenta una diferència clínicament significativa ( $\bar{x}_1 = 6,65$ ;  $\bar{x}_3 = 8,59$ ;  $ES = 0,54$ ).

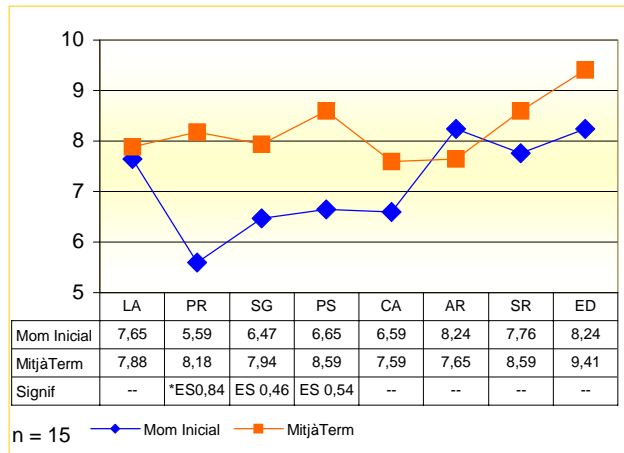
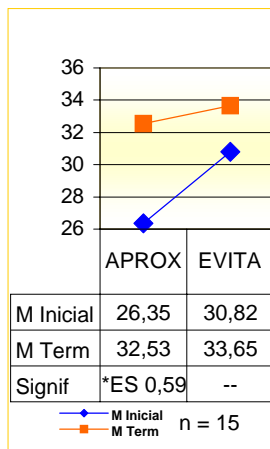


Figura 29.

Figura 29 bis.

Figura 29. 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 *aproximació-evitació*.

Figura 29 bis. 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.

També es pot observar un lleuger increment, que no arriba a assolir significació clínic, de les estratègies d'*Evitació* degut a un major recurs a l'evitació cognitiva -CA-, la cerca de satisfaccions alternatives -SR-, i la descàrrega emocional -ED-.

#### 6.4.4 Canvis observats en l'àmbit dels *recursos cognoscitius*. (Hipòtesi 4.4.5).

La figura 30 mostra les puntuacions mitjanes en els subtests Semblances, Vocabulari i Cubs en el moment inicial i a mitjà termini.

S'hi constata com les variacions en les puntuacions no assoleixen cap tipus de significació i com tampoc registren l'efecte del retest.

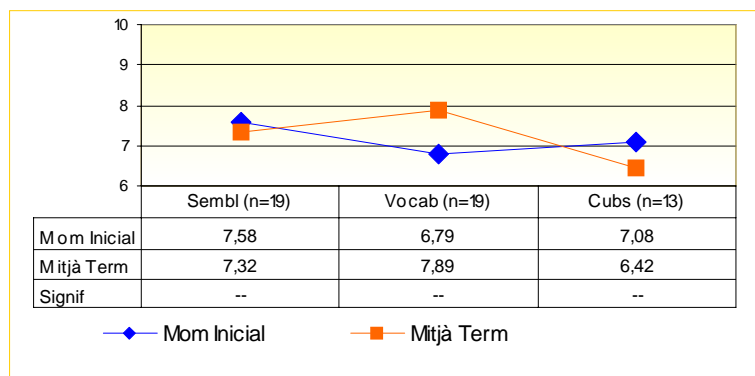


Figura 30. Puntuacions mitjanes dels adolescents de CR, en el moment inicial, a mitjà termini, i grau de significació de les diferències en els subtests Semblances, Vocabulari i Cubs del WISC-R.

#### 6.4.5 Síntesi dels principals canvis constatats a mitjà termini (15 mesos).

A mitjà termini els principals canvis que es constaten són els següents:

- a) Augment estadísticament significatiu dels recursos personals (EA) per a *la tolerància i el control de l'estrès* en situacions habituals (DAdj), però no en situacions amb sobrecàrrega d'estrès (D).
  
- b) Pel que fa a *l'elaboració de pensaments*, els trastorns del curs i del contingut del pensament (WSum6) experimenten, numèricament, una considerable disminució, amb significació clínica de la diferència.

- c) En l'agrupació d'*autopercepció* es constata un increment, estadísticament significatiu, en la capacitat per centrar-se en si mateix (autoestima, autoimatge)  $[3r+(2)/R]$ . És també estadísticament significativa la disminució que experimenta la preocupació pel propi cos (An+Xy).
- d) En la *percepció de les relacions interpersonals*, augmenten, de manera estadísticament significativa, les actituds de col·laboració (COP) i de manera clínicament significativa l'interès en tot allò humà (Cont H).
- e) Pel que fa a la *identificació social*, millora, de manera estadísticament significativa, la capacitat per centrar-se en si mateix partint de la relació amb els altres (2) -parells-.
- f) Millora en l'àmbit dels conflictes emocionals *-internalització-* i dels problemes socials *-externalització-*; ambdues agrupacions experimenten una disminució clínicament significativa.
- g) Augmenta l'actitud d'afrontar activament els problemes, l'*aproximació* experimenta un increment estadísticament significatiu.

El grau de significació de les diferències observades en els puntuacions del moment inicial respecte als corresponents grups i barems de comparació, i el grau de significació de les diferències de les puntuacions a curt termini i a mitjà termini respecte a les puntuacions del moment inicial, es poden observar, de manera sintètica, a les taules 8 i 9.

Taula 8. RESUM DELS RESULTATS: Diferències de puntuacions en el moment inicial, canvis a curt i a mitjà terminis contrastats pel Rorschach.

Operativització Hipòtesi (Agrupació)	Índex	Ref. BCN-88	Ref. ITA	Canvis		Canvis	
		M. Inici <sup>36</sup>	M.Inici. <sup>33</sup>	Curt Termini <sup>34</sup>	Mitjà Term <sup>35</sup>	ES	ES
		<i>U</i> M Whitney	$\chi$	$\chi$	ES	$\chi$	ES
4.4.2.1 Control i tolerància a l'estrès	D	**	-	-	-	-	-
	DAdjust	-	-	-	-	-	0,38
	EA	**	*	*	(0,32)	-	0,37
	es	**	-	-	-	-	-
4.4.2.2 Obertura a l'experiència	CDI	-	-	-	-	-	-
	Tot M	**	*	-	-	-	-
	WSmC	**	*	-	0,54	-	-
	X+%	-	*	-	-	-	-
4.4.2.3 Modulació de les emocions	Xu%	-	-	-	-	-	-
	X-%	*	-	-	-	-	-
	L	**	*	-	-	-	-
	Zd	-	-	-	-	-	-
4.4.2.4 Elaboració de pensaments	WSumC	**	*	-	-	-	-
	SumC'	**	-	-	-	-	-
	DEPI	**	-	-	-	-	-
	Afr.	ns	-	-	-	-	-
4.4.2.5 Autopercepció	S	**	-	-	-	-	-
	WSum6	-	*	-	-	-	0,47
	M(a+p)	**	-	-	-	-	-
	Ma	**	-	-	-	-	-
4.4.3.1 Percepció de les relacions interpersonals	Mp	**	*	-	-	-	-
	Intel.	**	ns	-	-	-	-
	3r+(2)/R	-	-	-	-	*	0,53
	MOR	*	-	-	0,39-	-	-
4.4.3.2 Identificació social	FD	**	-	-	-	-	-
	FV	**	-	-	-	-	-
	An+Xy	-	-	-	-	*	0,57
	H pura	-	-	-	-	-	-
4.4.3.3 Identificació social	Cont Hum	-	-	-	-	-	0,58
	T	**	-	-	-	-	-
	a	**	-	-	-	-	-
	p	**	*	-	0,39-	-	-
4.4.3.4 Identificació social	COP	-	-	-	-	*	0,68
	AG	-	-	-	-	-	-
	P	*	-	-	-	-	-
	(2)	-	-	-	-	*	0,83
4.4.3.5 Identificació social	Aiil/R	*	-	-	-	-	-

Llegenda: \* p.< .05; \*\* p.< .01; ES: clínicament significatiu. “-“ no significatiu.

<sup>33</sup> Comparacions de mitjanes –mostres petites- de les puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial amb les puntuacions dels adolescents italians.

<sup>34</sup> Comparacions, *T* de Wilcoxon i prova de significació clínica de les puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial i a curt termini.

<sup>35</sup> Comparacions, *T* de Wilcoxon i prova de significació clínica de les puntuacions dels adolescents de CR en el moment inicial i a mitjà termini.

<sup>36</sup> Contrast *U* de Mann Whitney, de les puntuacions dels adolescents de CR amb les puntuacions del grup BCN-88.

Taula 9. RESUM DELS RESULTATS: Diferències de puntuacions en el moment inicial, canvis a curt i a mitjà terminis contrastats pel YSR, el CRI i Semblances, Vocabulari i Cubs.

Operativització Hipòtesi	Agrupacions/ Índexs	Moment Inicial	Canvis Curt Termini <sup>37</sup>		Canvis Mitjà Termini <sup>38</sup>	
			$\bar{x}$	ES	$\bar{x}$	ES
4.4.3.3 <i>Equilibració emocional i de conducta</i>	<b>Internalització</b>	**	-	-	-	<b>0,38</b>
	<i>I -Aïllament</i>	**	**	0,80	*	(0,21)
	<i>II-Queix Somat</i>	**	-	-	-	-
	<i>III-Ansiet-Depr</i>	**	-	-	-	0,63
	<b>Externalització</b>	**	-	-	-	<b>0,37</b>
	<i>VII-Cond Delin</i>	**	-	-	-	0,41
	<i>VIII Cond Agr</i>	**	-	-	-	-
	<i>IV Pr Social</i>	**	*	0,39	-	0,59
	<i>V Pr Pensam</i>	**	-	-	*	0,60
	<i>VI Pr Atenció</i>	**	*	(0,31)	*	0,72
4.4.4 <i>Estratègies d'afrontament</i>	<b>Aproximació</b>		-	-	-	<b>0,59</b>
	<i>I EL Log Anàl</i>	**	-	-	-	-
	<i>II PR Pos Reap</i>	**	-	0,38	-	0,84
	<i>III SG Se Guid</i>	-	-	-	-	0,46
	<i>IV PS Pr Solv</i>	*	-	0,37	-	0,54
	<b>Evitació</b>		-	-	-	-
	<i>V CA Cog Avo</i>	**	-	-	-	-
	<i>VI AR Ac Res</i>	-	-	-	-	-
	<i>VII SR Se Rew</i>	-	-	-	-	-
	<i>VIII ED Em D</i>	*	-	-	-	-
4.4.5 <i>Recursos Cognoscitius</i>	<i>Semblances</i>		-	-	-	-
	<i>Vocabulari</i>		-	-	-	-
	<i>Cubs</i>		-	-	-	-

Llegenda: \* p.<.05; \*\* p. < 01; “-“ no significatiu.

<sup>37</sup> Comparacions de les mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial i a curt termini.

<sup>38</sup> Comparacions de les mitjanes dels adolescents de CR en el moment inicial i a mitjà termini.

### ***Anàlisi de tendències***

La regressió simple, model lineal -pel mètode dels mínims quadrats- proporciona l'equació i la representació gràfica de la tendència. Aquesta representació gràfica permet visualitzar la trajectòria individual i el moment en què s'han produït els canvis. Aquesta anàlisi per inferència visual, complementa l'anàlisi estadística, té un particular valor clínic, ja que aporta informació sobre la direcció i la intensitat dels canvis experimentats pel subjecte i permet, amb la deguda cautela, predir la direcció que seguirà un índex determinat.

Aquesta anàlisi s'ha efectuat en una selecció de 17 índexs que pertanyen a les agrupacions sindròmiques *internalització–externalització* del YSR, a les agrupacions *aproximació–evitació* del CRI i 13 índexs a les diferents agrupacions del Rorschach.

Es contemplen quatre possibles tendències definides d'aquesta manera:

- a) tendència *esperada*: quan la recta de regressió de l'índex avaluat indica una millora cap a la salut i les puntuacions es mantenen dins els intervals dels valors especificats a l'operativització de les hipòtesis.
  
- b) tendència *inversa* a l'esperada: quan la recta de regressió de l'índex informa d'un allunyament de la salut i/o les puntuacions que la determinen sobrepassen els límits especificats a l'operativització de les hipòtesis.

c) *manca de canvi* en la tendència: la recta de regressió indica que el canvi que s'ha produït en l'índex avaluat és escàs o nul.

d) les puntuacions són iguals en els tres moments avaluats, en aquest cas, òbviament, no hi ha ni equació ni recta de regressió.

A les anàlisis que segueixen se sumen les tendències c) i d), com a “no canvi” o “no modificació” de la tendència.

Les equacions de regressió i la seva representació gràfica (rectes de regressió) dels 17 índexs analitzats per a cada un dels 19 subjectes que s'han avaluat en tots tres moments, agrupades segons que els canvis segueixin la direcció esperada, segons que segueixin la direcció inversa a l'esperada o segons que no s'observin canvis, es troben a l'Annex 6.

En aquest apartat s'exposa la *quantificació* de les tendències, agrupades per subjectes (punt 7.5), la relació entre la tendència del canvi i les característiques dels subjectes (punt 7.6), l'anàlisi de les tendències agrupades per índexs (punt 7.7) i l'esbós de l'evolució clínica basat en l'anàlisi de les tendències (punt 7.8)



### **6.5 ANÀLISI DE LES TENDÈNCIES (DIRECCIÓ I INTENSITAT DELS CANVIS). AGRUPACIÓ PER SUBJECTES (NIVELL INDIVIDUAL). (HIPÒTESI 4.3.5).**

A la taula 10 s'exposa, a través de colors i signes, la tendència que segueix cada subjecte en cada un dels 17 índexs analitzats. La figura 31 recull la *quantificació* de les tendències i la seva representació gràfica. La taula 11 expressa la quantificació de les tendències, abans esmentada, juxtaposada a dades importants de la biografia i la situació personal i familiar de cada subjecte.

A les files de la taula 10 es poden contemplar les tendències que ha seguit cada subjecte en cada un dels índexs analitzats, i el total expressat en percentatge, de tendències en la direcció esperada (cap a la salut), en la tendència inversa a l'esperada (empitjorament) i de no modificació de la tendència (no canvi). En aquesta taula 10 els casos s'han ordenat, de major a menor, segons el percentatge obtingut en la direcció esperada i es destaca en negreta el percentatge de la tendència que hi predomina.

Taula 10.- Tendències de cada subjecte en els diferents índexs, determinades per les regressions lineals.

Subj	Y S R			C R I			R O R S C H A C H										T O T A L S %			
	Int	Ext	Apr	Evit	D	DA	X+	L	Afr	WC	WS6	Ma	Mp	Ego	Hpu	act	pas	!	#	NO CANVI
B-04	!	!	!	#	≡	≡	!	!	#	!	o	!	!	!	≡	!	!	64,70	11,76	23,52
A-05	!	!	-	-	o	o	o	!	!	!	#	o	o	o	#	!	!	53,33	13,33	33,33
A-16	!	!	-	-	≡	≡	o	!	!	o	!	!	≡	!	≡	!	≡	53,33	0	46,66
A-01	!	!	!	#	#	#	!	#	#	o	!	!	≡	#	!	!	!	52,94	35,29	11,76
B-15	#	#	o	#	#	#	o	!	!	!	!	#	#	!	!	!	!	52,94	35,29	11,76
A-21	#	!	!	!	#	#	o	!	!	!	!	#	#	!	!	#	o	52,94	35,29	11,76
A-10	!	!	!	#	!	o	!	!	o	!	#	#	#	!	!	o	#	52,94	29,41	17,64
B-27	!	!	!	#	!	!	o	!	#	#	o	!	!	#	≡	!	#	47,05	35,29	17,64
A-14	!	!	!	o	#	#	o	!	!	!	#	o	#	#	!	!	#	47,05	41,17	17,64
A-03	!	!	!	#	o	o	!	!	!	#	#	≡	#	#	!	o	#	41,17	35,29	23,52
B-28	!	o	!	!	≡	≡	#	!	!	≡	o	!	o	#	≡	!	o	41,17	11,76	47,05
B-19	!	#	!	o	o	o	!	o	!	#	!	#	#	!	!	#	#	41,17	35,29	23,52
A-26	!	!	!	#	≡	≡	!	#	o	o	!	#	#	!	≡	!	!	41,17	29,41	29,41
B-30	!	#	!	!	o	o	#	!	#	o	o	≡	#	!	!	o	#	35,29	29,41	35,29
B-07	!	#	-	-	#	#	o	!	!	!	!	o	#	o	≡	o	o	33,33	26,66	40
A-22	#	#	!	#	≡	≡	o	!	#	!	#	#	#	#	!	#	#	23,52	58,82	17,64
A-25	#	!	!	!	≡	≡	#	#	#	o	o	≡	#	#	#	#	!	17,64	52,94	29,41
B-24	o	#	!	#	≡	≡	o	o	#	≡	!	≡	o	o	≡	o	#	11,76	23,52	64,70
A-29	!	!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	.	.
!	%	73,6	63,1	73,3	33,3	5,55	33,3	72,2	50	44,4	44,44	38,8	11,1	44,4	50	44,4	33,3	.	.	.
#	%	21,0	31,5	20	60	27,7	16,6	16,6	38,8	16,6	27,77	27,7	61,1	38,8	16,6	22,2	44,4	.	.	.
NO CANVI%		5,26	5,26	6,66	6,66	61,1	50	11,1	11,1	38,8	27,77	33,3	27,7	16,6	33,3	33,3	22,2	.	.	.

! Tendència, direcció esperada. # Tendència, direcció inversa a l'esperada. ≡ Les tres puntuacions són iguals. o Sense modificació en la tendència. - No hi ha dades en aquests índexs. Subjectes: A = masculí; B = femení. (No Canvi inclou "≡" i "o") (Int i Ext, n=19; Apr i Evit, n= 15; Índexs del Rorschach n=18)



Taula 11. Percentatge de millora/empitjorament/no canvi, juxtaposat a les característiques històriques i personals dels subjectes.

Subj	Centres anteriors			Ingr unit psiq		Can			Rubió				Total %		
	Ed lr ingr	Nombre centres	Temps estada	Nombr Ingress	Temps estada	Edat ingress	Nombre Absènc <sup>39</sup>	Temps Absènc	Patolog a l'ingr	Patolog Família	!	#	%		
B-04	5	2	96	-	-	14	6	42	3	3	<b>64,70</b>	<b>11,76</b>	<b>23,52</b>		
A-05	13	2	16	2	48	14	0	0	6	3	<b>53,33</b>	<b>13,33</b>	<b>33,33</b>		
A-16	8	3	60	2	40	13	0	0	6	3	<b>53,33</b>	<b>0</b>	<b>46,66</b>		
A-01	10	1	42	-	-	16	0	0	1	4	<b>52,94</b>	<b>11,76</b>	<b>23,52</b>		
B-15	11	2	9	1	30	16	9	28	1	4	<b>52,94</b>	<b>35,29</b>	<b>11,76</b>		
A-21	10	1	45	3	135	12	1	2	1	4	<b>52,94</b>	<b>35,29</b>	<b>11,76</b>		
A-10	12	2	26	3	48	14	1	2	3	3	<b>52,94</b>	<b>29,41</b>	<b>17,64</b>		
B-27	8	1	104	2	65	16	4	105	6	2	<b>47,05</b>	<b>35,29</b>	<b>17,64</b>		
A-14	-	-	-	1	7	15	0	0	6	4	<b>47,05</b>	<b>41,17</b>	<b>17,64</b>		
A-03	11	2	31	2	91	13	1	2	1	3	<b>41,17</b>	<b>35,29</b>	<b>23,52</b>		
B-28	13	3	11	2	137	15	18	99	1	2	<b>41,17</b>	<b>11,76</b>	<b>47,05</b>		
B-19	8	3	76	4	30	14	5	16	1	3	<b>41,17</b>	<b>35,29</b>	<b>23,52</b>		
B-30	6	5	108	5	49	14	15	111	3	2	<b>35,29</b>	<b>29,41</b>	<b>35,29</b>		
B-07	14	1	1	3	103	14	11	25	1	2/3	<b>33,33</b>	<b>26,66</b>	<b>40</b>		
A-22	8	2	41	2	59	12	1	2	3	3	<b>23,52</b>	<b>58,88</b>	<b>17,64</b>		
A-25	-	-	-	3	57	16	1	2	4	4	<b>17,64</b>	<b>52,94</b>	<b>29,41</b>		
B-24	13	2	22	6	190	14	2	23	2	2	<b>11,76</b>	<b>23,52</b>	<b>64,70</b>		
A-29	13	2	30	2	60	15	7	20	1	2	<b>.</b>	<b>.</b>	<b>.</b>		

Temps d'estada en centres anteriors, expressat en *mesos*. Temps d'estada en unitats psiquiàtriques expressat en *dies*. *Patologia ingress*: 1 Psicosi; 2 Depressió/ansietat; 3 Trast. de personalitat; 4 Trast. Dissocial; 5 Neurosi; 6 Patologia dual. *Situació familiar*: 1 No família; 2 Sí família, no suport, no perspectives; 3 Sí família, sí suport, no perspectives, 4: Sí família, sí suport, sí perspectives.

<sup>39</sup>Les dades sobre el nombre i duració de les absències sense permís han estat proporcionades per la direcció del centre CR.



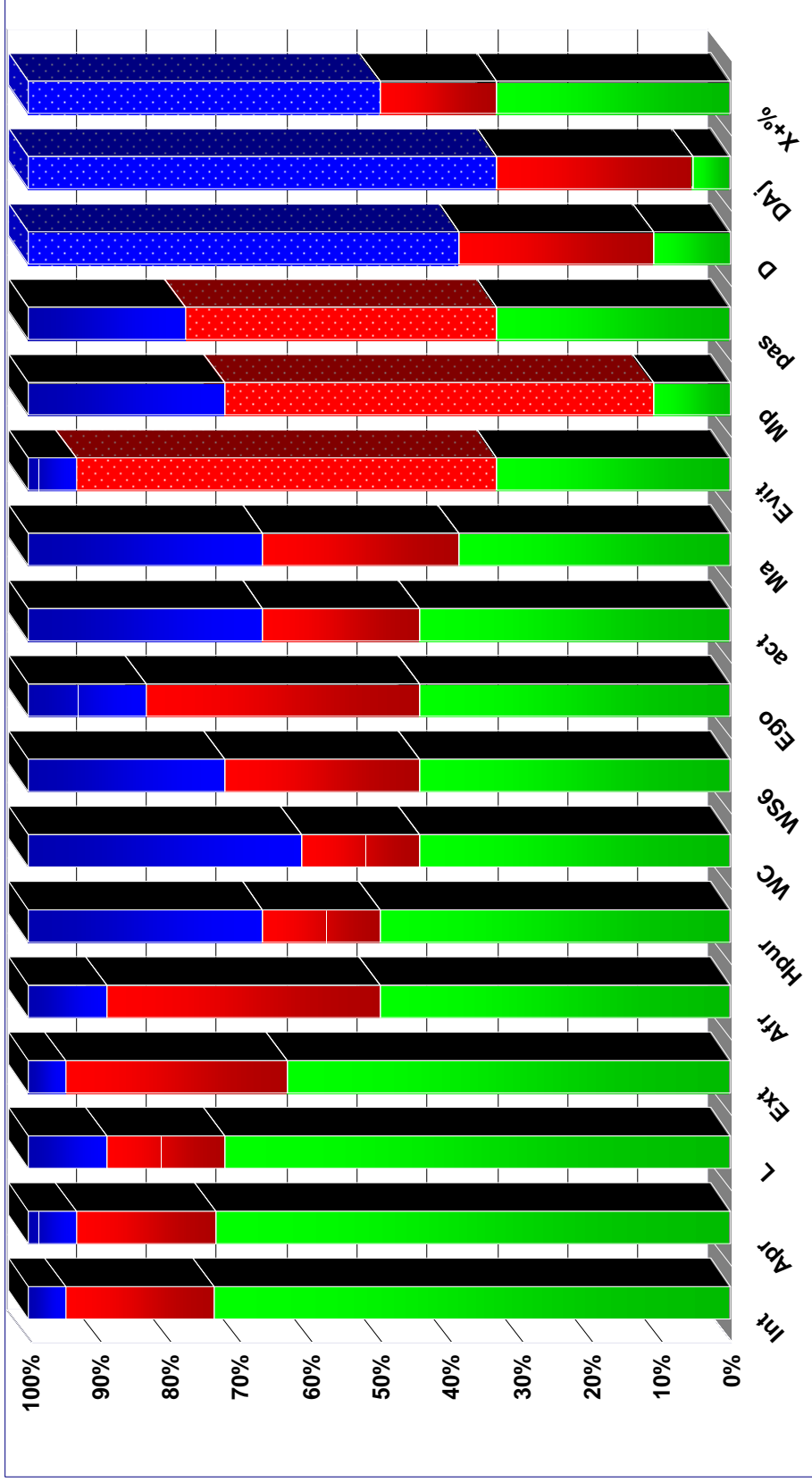


Figura 31. Percentatge de cada tendència en cada un dels índexs determinats per les regressions lineals. (Int. i Ext. n=19; Apr. i Evit. n=15; índexs del Rorschach, n=18).  
 \*S'inclouen els casos amb escàs o nul canvi en la tendència i aquells que presenten les mateixes puntuacions en els tres moments ("o" i "≡" a la taula 10).



Prenent com a criteri de punt de tall que el canvi en la tendència esperada sigui superior al 50 %, aquest punt de tall se situa en el cas A-10. Això indica que 7 subjectes (38,88 %) experimenten més canvi en la direcció esperada (millora) que en la direcció inversa i de manca de canvi (immobilisme psíquic) i en 5 subjectes (27,77 %) el canvi està més repartit entre les tres tendències amb predomini de la tendència a la millora. Als casos restants el predomini de les tendències es reparteix així: en 1 cas (5,55 %) hi ha un empat entre la tendència a la millora i la tendència al no canvi (B-30); en 2 casos (11,11 %) predomina la tendència a l'empitjorament, i en els altres 3 casos (16,66 %) predomina la tendència al no canvi.

Taula 12. Nombre de subjectes que segueix cada patró de tendències.

<i>Nombre Subjectes</i>	<i>Seqüència de tendències</i>	<i>Subjectes</i>
8 (44,44 %)	Esperada > Inversa ≥ No canvi	A-01, B-15, A-21, A-10, B-27, A-14, A-03, B-19.
5 (27,77%)	Esperada ≥ No canvi ≥ Inversa	B-04, A-05, A-16, A-26, B-30.

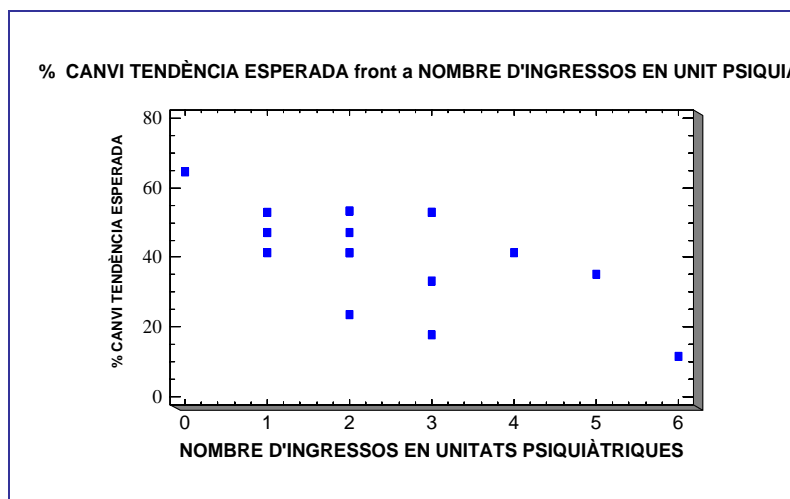
Desglossant els percentatges de subjectes segons que predomini una tendència o l'altra en l'evolució<sup>40</sup> de cada subjecte, apareixen dos patrons que abasten el 72,21 % dels subjectes. La taula 12 mostra aquests dos patrons i el nombre i percentatge de subjectes que segueix cada un ells.

<sup>40</sup> Recordem que "No canvi" inclou les tendències que no experimenten canvi i aquells índexs en els quals les tres puntuacions són iguals.

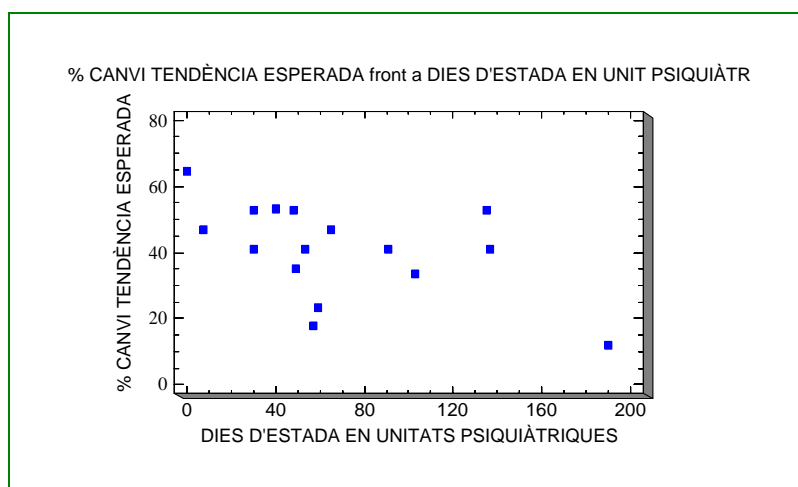


## 6.6 ANÀLISI DE LA RELACIÓ ENTRE LA TENDÈNCIA DEL CANVI I LES CIRCUMSTÀNCIES DELS SUBJECTES (HIPÒTESI 4.3.6).

Calculant el coeficient de correlació (*rho*) d'Spearman amb les dades de la taula 11, s'obté que la tendència en la direcció esperada presenta una relació inversa, estadísticament significativa ( $r = -.557$ ,  $p = .016$ ) amb el nombre d'ingressos (anteriors) dels subjectes en unitats psiquiàtriques i una relació inversa, encara més forta, amb el temps que han estat ingressats en unitats psiquiàtriques ( $r = -.559$ ,  $p = .009$ ). Aquestes correlacions es poden observar a les gràfiques 11 i 12, respectivament.

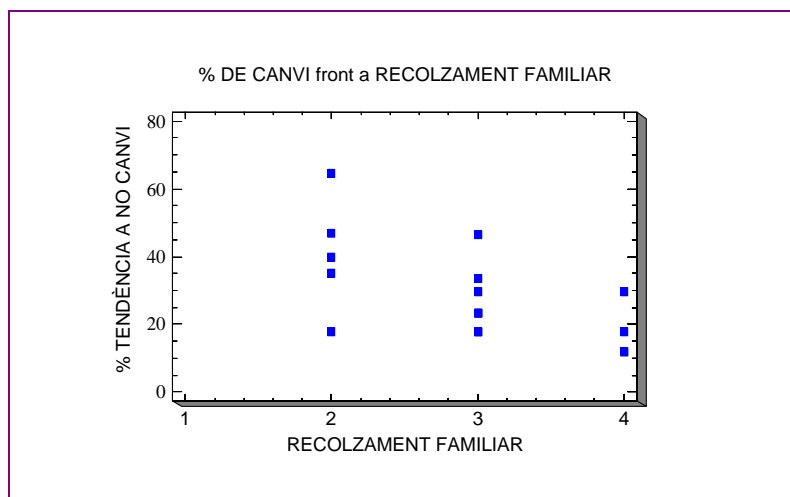


Gràfica 11. Tendència en la direcció esperada en relació amb el nombre d'ingressos en unitats psiquiàtriques.



Gràfica 12. Tendència en la direcció esperada en relació amb el temps d'estada en unitats psiquiàtriques.

Aquestes correlacions indiquen que, com més ingressos han fet els subjectes en unitats psiquiàtriques i, encara amb més força, com més llargues han sigut les estades que han fet, menor és la tendència a millorar amb el tractament.



Gràfica 13. Tendència al no canvi en relació amb el suport familiar.

La tendència al no canvi també presenta una relació inversa, estadísticament significativa ( $r = -.596$ ,  $p = .009$ ) amb el suport

familiar. Aquesta correlació indica que com menys suport i possibilitats els ofereix la família, major és la tendència a no canviar amb el tractament, tal com es pot visualitzar a la gràfica 13.

### **6.7 ANÀLISI DE LES TENDÈNCIES (DIRECCIÓ I INTENSITAT DELS CANVIS). AGRUPACIÓ PER ÍNDEXS (NIVELL COL·LECTIU). (HIPÒTESI 4.3.7)**

Les dades de les columnes de la taula 10 i les de la figura 31 mostren el percentatge de canvi de cada una de les tres tendències en els 17 índexs analitzats.

Aquests resultats indiquen que, després de 15 mesos de tractament, els índexs analitzats experimenten les diverses intensitats de canvi en les seves tendències que a continuació s'especifiquen.

*Internalització*, *Aproximació* i *L* (lambda) són els índexs que experimenten un canvi més elevat en la seva tendència. Quasi tres quartes parts dels subjectes (73,68 % i 73,33 % i 72,22 %, respectivament) consideren que han disminuït els seus problemes emocionals, que han incrementat l'ús de l'abordatge dels problemes i situacions difícils com a estratègia d'afrontament, i que presenten una major obertura a la percepció i processament dels estímuls interns i externs.

L'índex *Externalització* experimenta una millora notable. Quasi 2/3 dels subjectes (63,15 %) consideren que han disminuït els seus problemes socials i de conducta.

L'increment en els índexs *Afr.* i *H pura* també és considerable. Just la meitat dels subjectes (50 %) experimenten una millora en la capacitat de respondre als estímuls emocionals i en l'interès en les altres persones.

Els índexs *WSumC*, *WSum6*, *Egocent.* i "actiu" presenten una intensitat més modesta en la seva tendència a la millora. En el 44,44 % dels subjectes s'observa una tendència a la millora en la capacitat d'expressar i manejar els afectes, a disminuir els problemes del curs del pensament, a centrar-se en si mateix i a presentar una actitud més activa en les relacions amb l'entorn.

Encara és més discreta la millora que s'observa en l'índex *Ma*. El canvi en aquest índex se situa en poc més d'1/3 dels subjectes (38,88 %) que fan un ús més adequat del pensament deliberat.

Atenent al predomini de la tendència al no canvi s'observa com els índexs *D*, *DAdj.* i *X+* % es revelen com els àmbits més resistents al canvi. Després de 15 mesos de tractament, al voltant dels 2/3 dels subjectes (61,11 % en *D* i 66,66 % en *DAdj.*) no han modificat la seva capacitat per tolerar l'estrès, tant en situacions habituals com en situacions amb sobrecàrrega de tensió, i per connectar amb els neguits, la irritació i el patiment psíquic. La meitat dels subjectes (50 %) no aconsegueix millorar la seva percepció adequada i convencional de la realitat.

Finalment, els resultats també informen que hi ha tres índexs en els quals predomina la tendència inversa a l'esperada (empitjorament). Després de 15 mesos de tractament, s'incrementa l'ús de l'*Evitació* com a estratègia d'afrontament de problemes i situacions difícils en prop de 2/3 dels subjectes (Evit. 60 %); els recursos ideacionals (pensament) tendeixen a ser més utilitzats per refugiar-se en la pròpia fantasia per a quasi 2/3 dels subjectes (Mp 61,11 %) i tendeix a incrementar-se, també, la passivitat en les relacions amb l'entorn (mp 44,44 %).

Ordenant aquests índexs segons hi predomini una tendència o una altra, apareixen dos patrons que abasten el 64,69 % dels índexs. La taula 13 mostra el nombre i percentatge d'índexs que segueix cada un d'aquests patrons especificant-hi els índexs inclosos en cada un d'ells.

Taula 13. Nombre d'índexs que segueix cada patró de tendències.

<i>Nombre d'Índexs</i>	<i>Seqüència de tendències</i>	<i>Índexs</i>
7 (41,17 %)	Esperada > Inversa ≥ No canvi	Intern., Extern., Aprox., L, Afr. WSum6, Egoc.
4 (23,52 %)	Esperada > No canvi ≥ Inversa	WSumC., Ma, H pura, actiu,

## **6.8 ESBÓS DE L'EVOLUCIÓ CLÍNICA BASAT EN L'ANÀLISI DE LES TENDÈNCIES (HIPÒTESI 4.3.8).**

*Com s'ha anunciat més amunt en aquest apartat s'exposen les equacions de regressió amb les corresponents representacions gràfiques i uns comentaris sobre la seva traducció a la clínica. Els criteris per seleccionar aquests dos subjectes han estat que presenten una evolució molt diferent i que fa temps que ja no estan al centre.*

Subjecte B-15. Regressions lineals: equacions i gràfiques del model ajustat. Comentari.

Es tracta d'una noia que va ingressar a CR als 16 anys d'edat. Havia estat ingressada en dues ocasions en un centre de menors per un període total de 9 mesos. Havia seguit tractament psiquiàtric ambulatori i havia requerit un ingrés en una unitat psiquiàtrica durant 30 dies. Abans de l'ingrés a CR vivia amb la seva família, amb freqüents absències de casa, conductes de risc per a si mateixa i consum de tòxics. En el moment de l'ingrés la seva patologia se situa en l'ordre de la psicosi.

La seva família li prestava suport i li oferia possibilitats reals de retorn quan sortís del centre.

L'anàlisi de les tendències d'aquesta noia indica, en primer lloc, que el 52,94 % dels índexs van evolucionar en la direcció esperada, el 35,29 % ho van fer en la direcció inversa a l'esperada i l'11,76 % no van experimentar canvi (gràfiques 14-22, 23-28 i 29-30, respectivament).

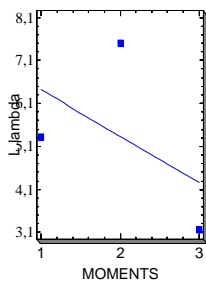
Aquestes dades indiquen, en principi, un considerable efecte del programa de tractament en aquesta pacient.

Tres dels quatre índexs que van evolucionar amb tendència inversa i un dels índexs que no van experimentar canvi pertanyen als autoinformes (YSR, CRI), en els quals el subjecte pot controlar de manera conscient la significació de la informació que dóna. En canvi, els nou índexs que van evolucionar en la tendència esperada pertanyen al Rorschach, en el qual “l’únic element sobre el qual el subjecte sembla tenir un control conscient (com ara un record) és el contingut de les respostes, el qual és molt secundari en comparació amb les altres variables perceptives” (Fouques, 2004, p.28).

L’Annex 6-0 presenta una guia per llegir cada un dels elements de les gràfiques de les tendències.

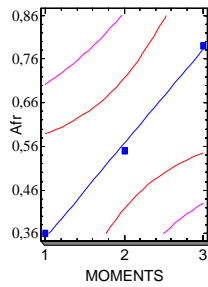
Les gràfiques 14-22 presenten els índexs amb canvi en la tendència esperada:

B-15  $L_{\text{lambda}} = 7,493 - 1,08 \cdot \text{MOM}$



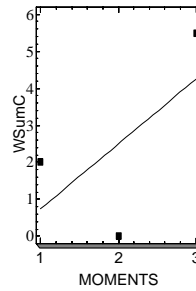
Gràfica 14.

B-15  $Afr = 0,136 + 0,215 \cdot \text{MOM}$



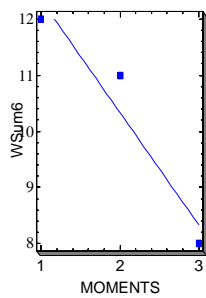
Gràfica 15

B-15  $WSumC = -1,0 + 1,75 \cdot \text{MOM}$



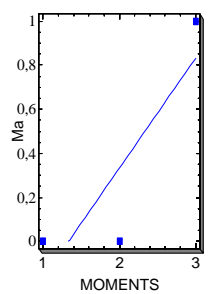
Gràfica 16

B-15  $WSum6 = 14,33 - 2,0 \cdot \text{MOM}$



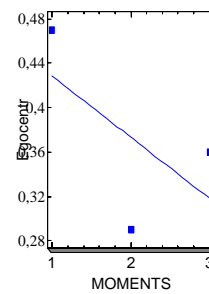
Gràfica 17.

B-15  $Ma = -0,666 + 0,5 \cdot \text{MOM}$



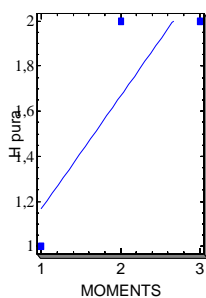
Gràfica 18.

B-15  $Egocentr = 0,483 - 0,055 \cdot \text{MOM}$



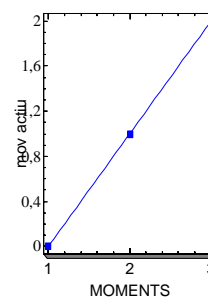
Gràfica 19.

B-15  $H_{\text{pura}} = 0,666 + 0,5 \cdot \text{MOM}$



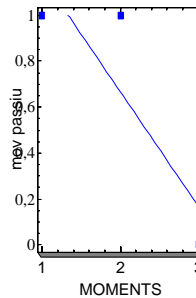
Gràfica 20.

B-15  $mov_{\text{actiu}} = -1,0 + 1,0 \cdot \text{MOM}$



Gràfica 21.

B-15  $mov_{\text{passiu}} = 1,666 - 0,5 \cdot \text{MOM}$



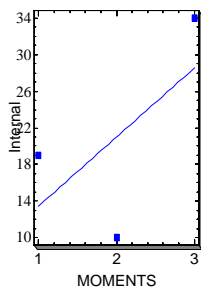
Gràfica 22.

Gràfiques 14-22. Subjecte B-15, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi en la tendència esperada.



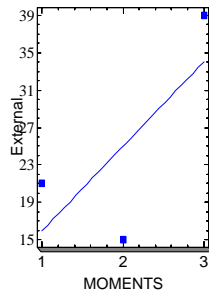
Les gràfiques 23-28 presenten els índexs amb canvi en la tendència inversa a l'esperada:

B-15 Intern =  $6,0 + 7,5 \cdot \text{MOM}$



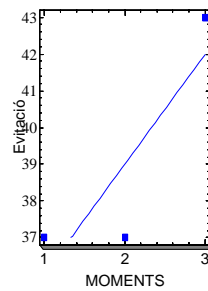
Gràfica 23.

B-15 Extern =  $7,0 + 9,0 \cdot \text{MOM}$



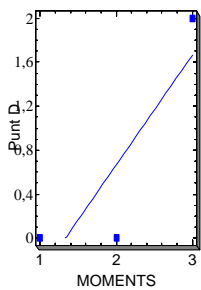
Gràfica 24.

B-15 Evit =  $33,0 + 3,0 \cdot \text{MOM}$



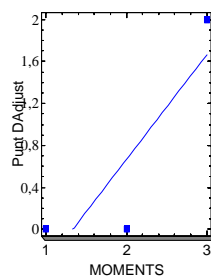
Gràfica 25.

B-15 Punt D =  $-1,33 + 1,0 \cdot \text{MOM}$



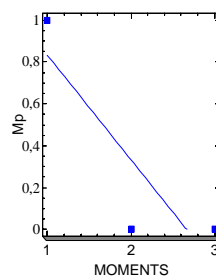
Gràfica 26.

B-15 Punt DAdj =  $-1,33 + 1,0 \cdot \text{MOM}$



Gràfica 27.

B-15 Mp =  $1,33 - 0,5 \cdot \text{MOM}$

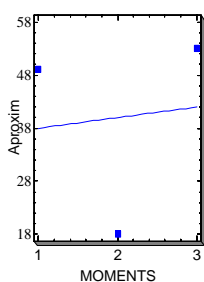


Gràfica 28.

Gràfiques 23-28. Subjecte B-15, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi amb tendència inversa a l'esperada.

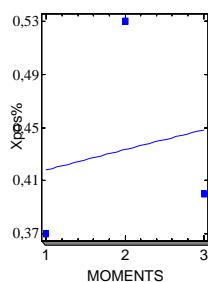
Les gràfiques 29 i 30 presenten els índexs amb escàs o nul canvi en la tendència:

B-15 Aprox = 36,0 + 2,0\*MOM



Gràfica 29.

B-15 Xpos% = 0,403 + 0,015\*MOM



Gràfica 30.

Gràfiques 29-30. Subjecte B-15, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten escàs o nul canvi en la tendència.

Així doncs, la primera observació, en l'ordre de la valoració clínica, és que hi ha una discrepància entre com la pacient creu que va evolucionar (YSR, CRI) i l'evolució que va seguir a nivell de funcionament psíquic avaluat pel Rorschach.

La pacient considera que s'han incrementat els seus problemes emocionals i de conducta, i que utilitza més l'*evitació* com a estratègia d'afrontament dels problemes i situacions difícils. Aquestes dades vindrien a informar d'un fracàs en la interacció dels canvis que es produeixen en l'àmbit de les emocions i de la conducta, en la seva percepció dels factors de risc i de protecció, i en l'intercanvi transaccional amb l'entorn ja que les demandes (internes i externes) esgoten o sobrepassen els seus recursos per afrontar-les donant lloc a una situació estressant i de patiment psíquic.

A fi d'evitar el patiment que aquesta situació li produeix, la pacient, malgrat està menys tancada a la percepció de les emocions (considerable disminució del  $L$ , lambda), opta per la dissociació i/o l'actuació de les emocions disfòriques: irritació, neguits, preocupacions, aspectes depressius (les puntuacions  $D$  i  $DAdj$  s'allunyen del valor 0 en el segon període de tractament).

Si considerem que el  $L$  (lambda) encara es manté alt i que les puntuacions  $D$  i  $DAdj$  s'allunyen de 0 es pot dir que la noia ha desenvolupat un estil evitatiu, marcat per la tendència a simplificar el camp dels estímuls, ignorant la complexitat o negant la presència d'elements complexos o ambigus i marcat, també, per la creença que controla els estats interns.

Altres índexs del Rorschach informen de certa millora en alguns aspectes del seu funcionament psíquic. Pel que fa a l'obertura a l'experiència, tot i que és molt apreciable la tendència a disminuir del  $L$  (lambda), el seu valor encara es manté elevat i la tendència de l' $X+\%$  no experimenta canvi. Aquests dos índexs segueixen un patró evolutiu invers al llarg del tractament: quan l'un millora, l'altre empitjora i viceversa. Així doncs, es pot hipotetitzar que la pacient es troba amb greus dificultats per conjugar les percepcions que provenen del seu interior i l'elevada distorsió en la percepció de la realitat externa, indicant que, malgrat certa millora, la pacient encara manté serioses dificultats per relacionar-se i adaptar-se a l'entorn.

La pacient experimenta una clara reorganització de les emocions: la tendència de l'Afr. (estadísticament significativa) i la del  $WSumC$ , ambdues en la direcció esperada informen d'una millora tant en la

capacitat de respondre als estímuls emocionals com en l'expressió i gestió dels afectes.

En els processos de pensament s'observa una considerable millora en la reducció dels trastorns del pensament (WSum6) en la segona part del període de tractament. La ràtio Ma:Mp segueix aquest procés: moment inicial  $Ma < Mp$ , curt termini  $Ma = Mp$  (valor 0), i mitjà termini  $Ma > Mp$ . Aquest procés indica que, si bé no s'incrementen els recursos ideacionals, sí que es modifica el seu ús, passa d'utilitzar-los com a refugi en la seva pròpia fantasia a fer-ne un ús deliberat del pensament.

Per tant, si utilitza els recursos ideacionals per "pensar" i ho fa amb menys fallades en el procés de pensament, podrà analitzar millor les coses que li passen i, en conseqüència, millorarà la seva adaptació a l'entorn.

La capacitat per centrar-se en si mateixa (Egocentricitat), relacionada amb l'autoestima i l'autoimatge, baixa considerablement en el primer període de tractament (valor per sota del mínim de l'interval) i es recupera en el segon període.

Finalment, en la percepció de les relacions interpersonals, l'anàlisi de les tendències indica que la pacient millora en els tres índexs estudiats: interès per les altres persones (H pura), increment de la iniciativa i participació en les relacions (actiu) i disminució de la passivitat en la seva relació amb l'entorn (passiu).

Per tant, una hipòtesi podria ser: tot i que la noia considera que li han augmentat els problemes emocionals i de conducta, ha millorat en els índexs relacionats amb el funcionament psíquic i relacional.

També podria ser que ella, després del tractament, fos més conscient dels seus problemes emocionals i conductuals.

Cal tenir present que les millores en el funcionament psíquic no es tradueixen automàticament en la interacció amb l'entorn. L'adaptació a l'entorn i l'adequació de la conducta requereixen d'un procés d'*assaig*. Vista aquesta evolució es podria recomanar que la intervenció futura posés èmfasi a ajudar-la a veure les seves dificultats emocionals i conductuals de manera més realista i a "assajar" noves formes de relació i interacció amb l'entorn.

Subjecte A-25. Regressions lineals: equacions i gràfiques del model ajustat. Comentari.

Es tracta d'un noi que va ingressar a CR als 16 anys d'edat. Anteriorment no havia estat ingressat en cap altre centre de menors. Havia seguit tractament psiquiàtric ambulatori i havia fet tres ingressos en unitats psiquiàtriques per un total de 57 dies.

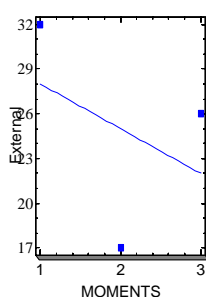
La seva família, multiproblemàtica, li ofereix cert suport (amb incoherències i contradiccions) i "accepta" el retorn del noi a casa quan es desinterni del centre.

És derivat al centre CR perquè presenta problemes de conducta a casa, consum de tòxics, aïllament social i conductes antisocials. En el moment de l'ingrés hi predomina la patologia en torn al trastorn antisocial de la personalitat.

La primera anàlisi de les tendències que segueix aquest pacient indica que només el 17,64 % dels índexs experimenten canvi en la direcció esperada, més de la meitat dels índexs, el 52,94 %, experimenten canvi en direcció inversa a l'esperada, i el 29,41 % dels índexs no experimenta canvi en les tendències (gràfiques 31-33, 34-42 i 43-44, respectivament). Hi ha tres índexs que presenten iguals puntuacions en tots tres moments. Aquestes dades indiquen que, en principi, el programa de tractament no va generar l'efecte esperat.

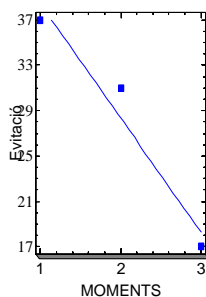
Les gràfiques 31-33 presenten els índexs amb canvi en la tendència esperada:

A-25 Extern =  $31,0 - 3,0 \cdot \text{MOM}$



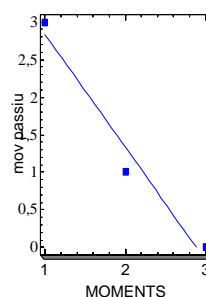
Gràfica 31.

A-25 Evit =  $48,33 - 10,0 \cdot \text{MOM}$



Gràfica 32.

A-25 mov passiu =  $4,33 - 1,5 \cdot \text{MOM}$

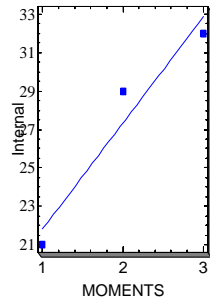


Gràfica 33.

Gràfiques 31-33. Subjecte A-25, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi en la tendència esperada.

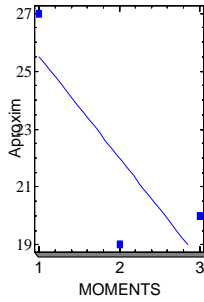
Les gràfiques 34-42 presenten els índexs amb canvi amb en la tendència inversa a l'esperada:

A-25 Intern = 16,33 + 5,5\*MOM



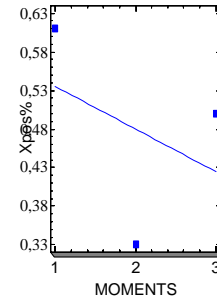
Gràfica 34.

A-25 Aprox= 29,0 - 3,5\*MOM



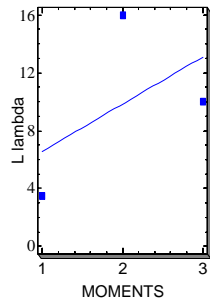
Gràfica 35.

A-25 Xpos% = 0,59 - 0,055\*MOM



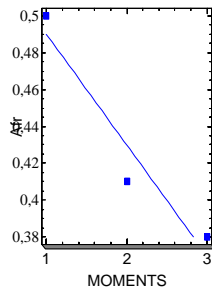
Gràfica 36.

A-25 L lambda = 3,33 + 3,25\*MOM



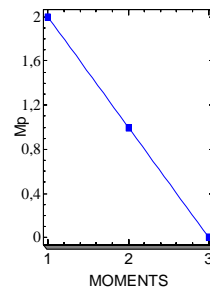
Gràfica 37.

A-25 Afr = 0,55 - 0,06\*MOM



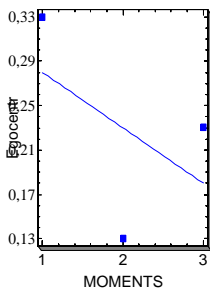
Gràfica 38.

A-25 Mp = 3,0 - 1,0\*MOM



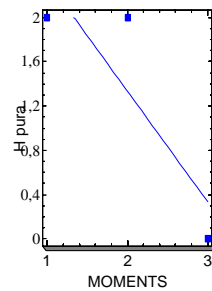
Gràfica 39.

A-25 Egoc = 0,33 - 0,05\*MOM



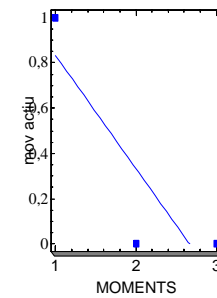
Gràfica 40.

A-25 H pura = 3,33 - 1,0\*MOM



Gràfica 41.

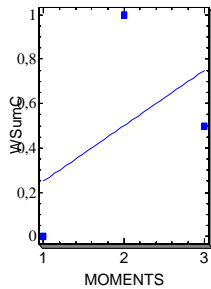
A-25 mov actiu = 1,33 - 0,5\*MOM



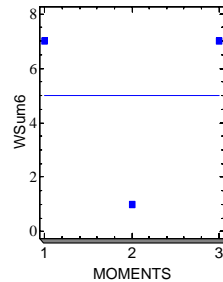
Gràfica 42.

Gràfiques 34-42 . Subjecte A-25, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten canvi en la tendència inversa a l'esperada.

Les gràfiques 43-44 presenten els índexs amb escàs o nul canvi en la tendència.

A-25 WSumC =  $0,0 + 0,25 \cdot \text{MOM}$ 

Gràfica 43

A-25 WSum6 =  $5,0 + 0,0 \cdot \text{MOM}$ 

Gràfica 44.

Gràfiques 43-44. Subjecte A-25, equacions de regressió i representació gràfica dels índexs que presenten escàs o nul canvi en la tendència.

Punt D, Punt DAdj, Ma: totes les dades són iguals.

Segons les tendències en els autoinformes, el pacient considera que s'han incrementat els seus problemes emocionals i que han disminuït els seus problemes conductuals (YSR).

Pel que fa a les estratègies d'afrontament de problemes, considera que els evita menys, però tot i així, encara els afronta menys que abans (CRI). Aquestes dades semblen indicar que, si bé és més conscient dels problemes que té, posposa el seu abordatge o espera que els altres se'n facin càrrec.

Analitzant les tendències dels índexs del Rorschach es constata que D i DAdj. presenten les mateixes puntuacions (valor 0) en tots tres moments avaluats, el qual indica que no va fer cap mena de mobilització en l'organització dels seus recursos per controlar l'estrès i la tensió interna ni per poder respondre de manera més adequada de



les demandes internes i externes experimentades. D'ací que es mantingui en el seu precari equilibri i no modifiqui ni el seu *benestar* psicològic ni la seva adaptació a l'entorn.

Les dades següents estan en la mateixa línia. El canvi amb tendència inversa a l'esperada que aporten l' $X+\%$  i el  $L$  (lambda) informen de l'increment en el control de les percepcions que provenen del seu interior i en el grau de distorsió en la percepció de la realitat externa, augurant serioses dificultats d'adaptació.

Seguint la mateixa línia dels índexs anteriors, en l'àmbit de les emocions es constata com disminueix la seva capacitat per respondre als estímuls emocionals (Afr.) i no es modifica la tendència en l'expressió i gestió dels afectes (WSumC). Així, doncs, per la via dels afectes, tampoc millora la relació amb si mateix i ni amb els altres.

L'àmbit del pensament tampoc reflecteix cap millora en els seus índexs. Les fallades en el procés de pensament (WSum6) disminueixen considerablement a curt termini però recuperen el seu valor inicial a mitjà termini, de manera que la tendència no es modifica. Les Ma, pensament deliberat, no hi eren al principi i tampoc apareixen durant el procés de tractament (puntuacions amb valor 0 en els tres moments). Els elements ideacionals que apareixien en el moment inicial ( $Mp = 2$ ), tot i que fossin utilitzats per refugiar-se en la seva pròpia fantasia, van anar desapareixent, progressivament, al llarg del tractament. Així doncs, el pacient acaba el període de tractament sense recursos ideacionals de cap tipus per poder pensar les coses que li passen.

També empitjora la capacitat per centrar-se en si mateix, capacitat relacionada amb l'autoimatge i l'autoestima.

Finalment, en l'àmbit de les relacions interpersonals les tendències indiquen que, en la segona part del període de tractament, va desaparèixer el seu interès per les persones (H pura) que havia presentat en el moment inicial i a mitjà termini.

Pel que fa al tipus de relacions amb l'entorn, les tendències inverses a les esperades indiquen que, a curt termini, van desaparèixer la poca iniciativa i ganes de participació (actiu) que havia presentat en el moment inicial i no es va recuperar posteriorment, i al mateix temps també van desaparèixer, progressivament, les capacitats de relació amb l'entorn a través de la dependència/exigència (passiu). Així doncs, segons aquestes dades, es pot dir que el pacient, al final del període d'estada al centre, es troba sense interès en les relacions interpersonals i sense cap estil de relació amb l'entorn.

En resum, les tendències informen que aquest pacient, al llarg del període de tractament, va anar perdent capacitat per centrar-se en si mateix, recursos ideacionals per generar pensament, interès i habilitats en les relacions interpersonals, capacitat per respondre a estímuls emocionals i per gestionar els afectes, i capacitat per percebre adequadament tant les percepcions internes com la realitat externa.

Es podria dir que, a nivell de funcionament psíquic i relacional, es va anar "anestesiànt", mantenint-se en el precari equilibri que indica l'immobilisme de D i DAdj. (puntuacions amb valor 0 en tots

tres moments) que li va permetre una “acomodació” a la dinàmica de la institució.

Atesa aquesta evolució es pot hipotetitzar que el tractament institucional no va generar l'efecte esperat en aquest pacient, diagnosticat de trastorn antisocial en el moment de l'ingrés, patologia probablement ja cristal·litzada en aquell moment (16 anys d'edat) i, per tant, difícilment mobilitzable. Cal afegir que, si bé la família li oferia suport (amb incoherències i contradiccions) i li oferia possibilitats de retorn a casa, aquestes possibilitats no eren gaire il·lusionadores.

