



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.

*Capítol 7.*  
*Discussió i*  
*Conclusions*



## 7.1 DISCUSSIÓ.

### **Sobre la implantació del model**

La realització d'aquesta recerca ha propiciat el disseny i la implantació al centre Can Rubió d'un mètode multimodal, anomenat *Spargus* (Valero, 2005), per monitoritzar el tractament i avaluar els resultats del Programa de Teràpia Institucional. Trobant suport en les funcions que descriu Weiss (1998), el mètode *Spargus* aconsegueix les finalitats que pretenia: aportar dades objectives sobre l'evolució dels subjectes (nivell individual), generar informació per intercanviar amb la resta de l'equip (nivell institucional), avaluar l'impacte del programa en dos moments diferents (indicadors de qualitat del servei) i generar una base de dades, sistemàticament recollides i ordenades, que possibiliti la investigació.

Així doncs, s'ha acomplert la implantació del mètode de monitorització i avaluació, tal com es definia en el Plantejament del Problema, condició prèvia i necessària per a la definició d'objectius i formulació d'hipòtesis, i ha proporcionat les dades necessàries per dur a terme aquesta recerca.

La integració d'un mètode multimodal d'avaluació dins de la pràctica clínica habitual, com afirmen Smith, Rost, Fischer, Burnam i Burns (1997), significa un guany per a la institució ja que la dota d'un sistema de monitorització dels resultats que està estandarditzat; és integradora, adaptable i relativament poc feixuga per als pacients i per

als clínics, i introdueix una millora continuada en la qualitat de la pràctica clínica.

### **Sobre el disseny i la metodologia.**

En la recerca s'ha seguit un disseny quasiexperimental de mesures repetides (test/retest/retest), en el qual la mostra ha estat no aleatòria i no s'ha disposat de grup control. L'ús de quasiexperiments (sense grup control) està justificat en molts àmbits d'intervenció, en alguns tipus de pacients i alguns tipus de programes, com constaten Blatt, Berman, Cook i Ford, (1988), Grizenko (1997), Salvador i Pelegrina (1999) i Anguera (2001).

Seguint les reflexions de Fouques (2004), tampoc no ha estat possible la utilització de la "llista d'espera" com a grup control ni s'ha pogut optar pels estudis comparats ja que, com s'ha dit, aquesta institució és única a Catalunya i, d'altra banda, els subjectes requereixen un dispositiu residencial degut a la seva situació familiar i al fet que estan seguint algun tipus de tractament que no seria ni saludable ni ètic interrompre o modificar.

Aquesta recerca es pot incloure, a més, en els supòsits en els quals la utilització del grup control no aportaria informació significativa. Segons Exner, Kinder i Curtis (1995), això és apropiat quan la informació sobre el grup contribueix a comprendre millor les característiques dels subjectes del grup.

Així doncs el disseny emprat, tot i que implica un feble control sobre el conjunt de les variables que caracteritza una avaluació institucional, és el millor model possible i el que permet una aproximació factible a una

realitat molt complexa. Així mateix aquest disseny queda avalat, des de la perspectiva teòrica, per les autoritzades opinions dels autors esmentats.

Els tipus d'anàlisis estadístiques realitzades (comparació de mitjanes, determinació de la significació estadística i clínica, anàlisi visual de les tendències i relació entre canvi i característiques personals dels subjectes) s'han revelat adequats respecte als objectius que es pretenien. L'ús de l'estadística no paramètrica és apropiat pel nombre de subjectes, el tipus de dades de què es disposava i les característiques de les mesures del Rorschach. S'han seguit les recomanacions de Viglione (1995), qui refereix com Cronbach el 1949 i Exner el 1991 van argumentar sòlidament en favor de l'estadística no paramètrica per a moltes anàlisis del Rorschach, no perquè les dades tinguessin intervals desiguals, sinó perquè les hipòtesis eren compatibles amb les relacions no lineals i, per tant, millor tractades a través d'anàlisis no paramètriques.

El càlcul de la significació clínica (mida de l'efecte, *Effect Size*) s'ha revelat útil per poder apreciar el canvi en un grup de subjectes que presenta unes característiques psicològiques molt difícils de mobilitzar. Tant el concepte de significació clínica, com el mètode basat en unitats de desviació estàndard, i el criteri de significació ( $ES > 0,37$  de DS) troben un elevat suport en el nostre entorn i en la literatura internacional (Cohen, 1977 i 1988; Jacobson, Follette i Revenstorff, 1984 i 1986; Ogles, Lunnen i Bonesteel, 2001; Pascual, Frías i Monterde, 2004; Salamero, 2000).

L'anàlisi visual es fonamenta en la representació gràfica de les tendències obtingudes mitjançant la regressió lineal. En aquesta

representació gràfica, independentment de la significació estadística, la determinació del canvi depèn de si la seva magnitud és suficient per fer-se evident a la vista. Com argumenten Parsonson i Baer (1978), la representació gràfica esdevé útil per visualitzar la trajectòria evolutiva de cada pacient i el moment en què es produeix cada canvi. S'ha pogut constatar com aquesta anàlisi aporta la base suficient per a una descripció clínica del procés evolutiu del subjecte, amb la qual dur a terme l'intercanvi amb els altres professionals i treballar en la línia de la "cultura de l'aprenentatge" manllevada del model alemany d'avaluació Stuttgart-Heidelberg (Kordy et al., 2001).

Finalment i posant en relació les tendències dels subjectes amb les seves circumstàncies, el coeficient de correlació d'Spearman fa palesos els tres factors que presenten una relació directa amb la tendència del canvi: nombre d'ingressos i temps d'estada en unitats psiquiàtriques, i suport familiar.

### **Sobre els resultats obtinguts.**

#### ***Moviment de població.***

En la consideració dels resultats obtinguts s'ha tingut present l'advertència que fan Hoagwood, Jensen, Petti i Burns (1996) en el sentit que un resultat no es pot interpretar de manera aïllada. Un resultat *per se* és neutral i el seu valor sorgeix del context social, històric i cultural en el qual s'encasta.

Respecte al primer objectiu que ens plantejàvem (conèixer en detall el moviment de població), s'ha constatat com només el 20 %

dels desinternaments de Can Rubió es produeixen per alta clínica. Els altres motius de desinternament (80 %) no estan relacionats amb l'evolució clínica.

Respecte al temps d'estada, molts subjectes estan tan poc temps al centre que no arriben a vincular-se mínimament a la institució (condició necessària per a *l'adherència al tractament*); en l'altre extrem, molts altres romanen al centre més temps del necessari i raonable, degut a la no disponibilitat d'un recurs residencial en el moment oportú.

Combinades així les diferents dades sobre els ingressos i els desinternaments, es constata que tant l'heterogeneïtat dels pacients que ingressen com l'ampli rang de l'estada dels subjectes i el ritme d'ingressos i desinternaments no són coherents amb els objectius, el tipus de psicopatologia i les previsions d'estada definits en *l'Acord de Col·laboració* entre els Departaments de Benestar Social i de Sanitat i Seguretat Social. Aquestes constatacions confirmen el pressupòsit descrit a la Hipòtesi 4.3.1 en el sentit que el moviment de població podria no ser coherent amb els termes que es defineixen a l'esmentat *Acord de Col·laboració*.

La prolongació de l'estada compromet el manteniment dels progressos aconseguits. Aquesta asseveració està en consonància amb l'afirmació de Pfeiffer i Strzelecki (1990), en la seva clàssica revisió d'estudis de resultats, en el sentit que l'assistència postalta assegura el traspàs i la generalització dels progressos dels tractaments a l'entorn del pacient egressat. Aquests autors recorden l'antiga advertència que



els efectes positius del tractament psiquiàtric residencial s'esvaeixen quan no hi ha disponibilitat de recursos post alta.

La prolongació de l'estada de molts subjectes ha donat l'oportunitat d'observar altres fenòmens concomitants descrits a les *Memòries Equip Clínic HSJD - Centre Can Rubió* des de meitat dels anys 90. A més de generar iatrogènia en el propi pacient, complica la seva derivació i inocular elements nocius en la dinàmica de la institució: esdevé no cert el principi que "del centre se surt quan s'ha fet un progrés", es desenvolupa un sentiment de desconfiança cap a les institucions que no proporcionen un recurs alternatiu en el moment oportú, i/o, utilitzant un pensament més concret, desconfiança cap a les persones que s'encarreguen d'ells directament, per considerar que no fan les gestions necessàries. En la relació del pacient amb la institució sorgeix, llavors, la passivitat-hostilitat que opera en contra de la pretesa acció terapèutica de la institució.

***Característiques del moment inicial: estat psicològic a l'ingrés a Can Rubió.***

La manca d'estudis normatius del Rorschach per a adolescents en el nostre entorn ens ha dut a utilitzar dos grups de referència: un estudi normatiu en adolescents italians (Erdberg i Shaffer, 1999) i un grup d'adolescents del nostre entorn, el grup BCN-88 (Aguirre, 1988), aquest sense els requisits de valor normatiu. Tot i tractar-se de no pacients, el grup BCN-88 presenta unes puntuacions molt elevades en, pràcticament, tots els índexs.

Tot i les limitacions d'utilitzar les dades d'aquests dos grups com a referència, els subjectes de la nostra recerca apareixen amb diferències significatives, respecte a tots dos grups, en variables i índexs que indiquen una clara disfunció psíquica:

- baix EA (escassa accessibilitat i ús de recursos ideacionals i emocionals),
- baix M (escassos recursos ideacionals, pensament),
- baix WSumC (poca capacitat d'expressió dels afectes),
- baix X+% (escassa percepció correcta de la realitat, convencionalitat),
- elevat  $L$  (lambda) (gran restricció del camp estimular),
- elevat WSum6 (abundants fallades en el pensament lògic),
- elevat Mp (excessiu ús del pensament com a refugi en la pròpia fantasia),
- elevat "p" (excessiva actitud dependent de l'entorn).

Atenent la impressió clínica i la patologia que descriuen els informes dels serveis que els han derivat, s'esperaria que apareguessin més indicadors de patologia en el Rorschach. Probablement no és així perquè, d'una banda, ni el barem italià ( $n = 99$ ) ni el del Grup BCN-88 ( $n = 66$ ) esdevenen referents idonis i, d'altra banda, el nostre grup de pacients presenta un  $L$  (lambda) molt elevat que indica un tancament defensiu de la percepció i el processament dels estímuls (reducció del camp estimular) que donen pas a la dissociació i l'actuació.

Els resultats del YSR i del CRI, baremats recentment en el nostre entorn (Abad, Forns i Gómez, 2002; Zanini, Forns i Kirchner, 2005, respectivament), indiquen que els subjectes de la nostra recerca

autoinformen de molts problemes emocionals i de conducta, i que com a estratègies d'afrontament opten per l'*evitació* o la dependència i no busquen solucionar els problemes.

Respecte als recursos cognoscitius, els subtests del WISC-R ens assenyalen que els subjectes de la nostra recerca presenten, a nivell global, serioses limitacions intel·lectuals.

Així doncs les alteracions en els resultats del Rorschach, dels autoinformes i els recursos cognoscitius confirmen els pressupòsits especificats a la hipòtesi 4.3.2 en el sentit que els subjectes de Can Rubió presenten un grau de disfuncionalitat psíquica que afecta l'organització de la seva personalitat, el seu funcionament relacional, les estratègies d'afrontament i els recursos cognoscitius.

Es considera adequat que en un mateix dispositiu assistencial convisquin pacients amb diferents tipus de patologia. Tanmateix, quan el ventall de patologies és massa ampli (i, a més, es complica amb diversos graus de dificultats en l'àmbit cognoscitiu) com és el cas del centre Can Rubió, aquest factor (ventall de patologies massa ampli) esdevé negatiu. En casos com aquest el Programa de Teràpia Institucional i l'atmosfera que genera difícilment es pot adaptar a unes característiques, necessitats i possibilitats tan dispars, i els pacients difícilment poden operar com a elements *terapèutics* en la dinàmica institucional. Aquesta afirmació troba suport en els "suggeriments" de Friis (1986) quan adverteix sobre "l'acceptació de massa pacients que necessiten una atmosfera diferent". Aquest autor conclou que "si més d'1/3 dels pacients necessiten un medi específic, llavors el dispositiu

pot esdevenir incapaç d'acomplir la seva tasca originàriament definida" (p. 473).

***Anàlisi dels canvis a curt i mitjà termini.***

Els canvis que s'observen a curt termini són quasi nuls. El Rorschach només aprecia un lleuger increment en la capacitat per expressar els afectes, insuficient per aconseguir un control més efectiu de l'estrès. A part d'aquesta petita millora es detecten dues puntuacions que es mouen en la direcció no esperada: l'augment de MOR (sentir-se malmès, pensaments pessimistes) que podria estar indicant que els subjectes són més conscients de les coses que els passen, i l'augment de "p" (actitud dependent de l'entorn) que indica una major passivitat-dependència en la relació amb l'entorn.

Respecte al YSR i al CRI, tot i que experimenten alguns moviments en les seves escales, aquests moviments no es tradueixen en cap canvi significatiu en les agrupacions sindròmiques *internalització-externalització* i *aproximació-avoidància*, respectivament.

Pel que fa als recursos cognoscitius, a curt termini, s'observa certa millora en Vocabulari, digna de ser tinguda en compte si es considera que aquest subtest és, probablement, la millor mesura aïllada del factor "g" de tota l'escala de Wechsler, segons Glasser i Zimmerman (1991).

Aquestes dades ens porten a constatar que no s'acompleix el pressupòsit definit a la hipòtesi 4.3.3 en el sentit que, a curt termini, el Programa de Teràpia Institucional operaria modificacions en l'organització de la personalitat, en el funcionament relacional, en les estratègies d'afrontament i en la regularització dels recursos cognoscitius.

A mitjà termini, després de 15 mesos de tractament, els canvis són modestos. El Rorschach detecta molt poca millora a nivell de significació estadística i una mica més amb significació clínica. Aquesta millora es reparteix entre les agrupacions que afecten al control i la tolerància a l'estrès, l'elaboració de pensaments, l'autopercepció, la percepció de les relacions interpersonals i la identificació social. En canvi no s'observa cap millora significativa en les agrupacions que afecten l'obertura a l'experiència i la modulació de les emocions, que es revelen com les més resistents al canvi.

Si es comparen les dades obtingudes en la nostra recerca amb les que obtenen Abraham et al. (1994), els resultats de la nostra recerca poden semblar més modestos. Ara bé, tot i que els subjectes del l'estudi d'Abraham et al. (1994) i els de la nostra recerca tenen elements en comú (edat dels pacients, tipus de patologia i tipus de tractament residencial) cal tenir presents diversos elements que explicarien la diferència tan gran en els resultats: a) darrere els conceptes de patologia i tractament residencial pot haver-hi continguts diferents; b) les autores mesuren els resultats al cap de dos anys de tractament; c) les autores no parlen del fet que els pacients haguessin estat ingressats prèviament; i d) els seus subjectes presenten un QI mitjà de 95.

Pfeiffer i Strzelecki (1990) troben que el QI presenta una relació positiva, modestament forta, amb els resultats del tractament psicoterapèutic. Els recursos cognoscitius, molt limitats en els nostres subjectes, són necessaris per a qualsevol tipus d'intervenció psicoterapèutica que pretengui la reorganització del psiquisme i el desenvolupament de les relacions humanes i socials. Si els recursos

cognoscitius són molt limitats, la intervenció s'haurà d'encaminar a l'adequació de la conducta.

D'altra banda, els subjectes de la nostra recerca presenten abundants "factors associats o anteriors, eventualment etiològics" (Girard, Lebovici, Misès i Quemada, 1990): l'abandó, la carència, els canvis de residència i de persones que se'n cuiden (per tant, trencament de vincles), els ingressos en unitats psiquiàtriques, perturbacions mentals dels pares, maltractaments o negligències greus, una situació familiar i social molt desfavoridora i, en alguns casos, la limitació dels recursos cognoscitius. La presència d'aquests factors minva considerablement les possibilitats de beneficiar-se de la intervenció terapèutica institucional, compromet la reorganització psíquica i el desenvolupament d'habilitats socials i podria explicar, almenys en part, la "modèstia" dels resultats obtinguts.

Aquesta modèstia de resultats és consistent amb l'absència, en els nostres subjectes, de tres dels quatre índexs (D<0, FD i T)<sup>1</sup> descrits àmpliament per Weiner (1994 i 1997) i sintetitzats per Silva (1999), com a índexs relacionats amb el control de l'estrès i el patiment psíquic, la introspecció i la proximitat afectiva, respectivament. Veurem, breument, com l'absència d'aquests índexs opera com a potencial de resistència i/o refractarietat al tractament.

L'absència total d'FD (introspecció) indica que es tracta de subjectes amb poca tendència a mirar cap a si mateixos, autoexaminar-se. Perquè un tractament evolucioni, el pacient ha de ser capaç de pensar i parlar del que pensa, dels seus sentiments i afectes, de la seva manera de ser, estar, fer i reaccionar. La manca d'FD, doncs, pot impedir el progrés del tractament

---

<sup>1</sup> El quart índex és la ràtio a:p

per la limitació de la quantitat i del significat personal de la informació de què els pacients disposen per a la discussió i l'intercanvi.

L'absència de T (textura) indica la capacitat molt escassa dels subjectes per establir relacions estretes, vincles amb altres persones i la tendència a mantenir-hi distància física o psicològica. Essent així, aquests subjectes creuen que no poden esperar el suport o l'ajuda dels altres, i procedeixen amb gran cautela, reserva i distància en les relacions interpersonals. La manca de T, doncs, també pot impedir o dificultar el progrés o l'efectivitat del tractament.

El tercer factor ( $D < 0$ ) que manca en els subjectes de la nostra recerca indica que aquests subjectes es troben satisfets amb si mateixos, consideren que controlen l'estrès i el malestar intern, i disposen de recursos suficients per afrontar amb èxit les demandes i exigències quotidianes. Essent així, no experimenten cap tipus de patiment i no troben raons per canviar.

En suma, la pròpia organització de la personalitat dels subjectes presenta característiques que operen com a factors de resistència al canvi i de refractarietat al tractament.

Els resultats del YSR i del CRI ens informen d'una millora clínicament significativa en *internalització*, *externalització* i *aproximació*, i indiquen que els subjectes consideren que han disminuït els seus problemes emocionals i de conducta, i que aborden més els problemes i les situacions conflictives.

Respecte als recursos cognoscitius, es repeteix el canvi observat a curt termini: certa millora en el subtest de Vocabulari.

Per tant, aquestes dades ens indiquen que el Programa de Teràpia Institucional opera certes modificacions a mitjà termini en alguns àmbits de la configuració de la personalitat, de les relacions interpersonals, en la *internalització-externalització* i en les estratègies d'afrontament. En canvi no opera cap modificació significativa en els recursos cognoscitius. Essent així, el pressupòsit definit a la hipòtesi 4.3.4, en el sentit que el Programa de Teràpia Institucional operaria canvis en els àmbits esmentats, a mitjà termini, s'acompleix parcialment.

#### ***Anàlisi de les tendències***

Interessava saber com afectaria el canvi als subjectes, donada la diversitat de les seves característiques. L'anàlisi visual de les tendències indica que el Programa de Teràpia Institucional els afecta de manera desigual. La tendència esperada predomina només en el 38,88 % dels subjectes, mentre que el canvi en tendència inversa a l'esperada i la tendència al no canvi es troben repartides entre la resta dels subjectes. Per tant, es pot considerar que s'acompleix el pressupòsit expressat a la hipòtesi 4.3.5 en el sentit que el Programa de Teràpia Institucional afecta de manera desigual als subjectes.

També es volia conèixer si els canvis estaven relacionats amb algunes de les característiques dels subjectes. Les correlacions fan palès que el nombre d'ingressos en unitats psiquiàtriques i, encara amb més intensitat, el temps que s'hi ha romàs ingressat, es relacionen de manera negativa amb el canvi cap a la salut. Aquests



resultats són coherents amb les dades que aporten Phillips, Hargis, Kramer, Lensing, Taylor, Burns et al. (2000), el quals, mitjançant l'equació de regressió, van trobar que els tractaments previs en règim d'ingrés són predictors de resultats més pobres en el tractament.

Les correlacions també ens indiquen que la manca de suport familiar efectiu està directament relacionada amb la tendència al no canvi (immobilisme psíquic). Aquesta asseveració troba suport en l'estudi de Grizenko (1997) amb adolescents amb trastorns severes en tractament diürn, en el qual afirma que “la cooperació dels pares és el factor més important per predir un resultat positiu” (p. 995).

Aquesta troballa també troba suport en la clàssica revisió d'estudis de resultats de Pfeiffer i Strzelecki (1990). Aquests autors afirmen que la seva anàlisi proveeix d'un fort suport la relació entre el rol de la família i la resposta dels pacients joves al tractament en unitats psiquiàtriques, i atorguen al suport familiar un elevat valor predictor.

Aquestes tres troballes -nombre d'ingressos i temps d'estada en unitats psiquiàtriques, i suport familiar-, donen resposta al pressupòsit plantejat a la hipòtesi 4.3.6 en el sentit que la tendència del canvi podria estar relacionada amb certes circumstàncies dels subjectes

Es pretenia determinar la tendència (intensitat i direcció) del canvi en un conjunt de 17 índexs analitzats. En aquest sentit els resultats de la comparació de mitjanes i de l'anàlisi de les tendències coincideixen a reflectir millora en tres de les quatre agrupacions dels autoinformes (*internalització*, *externalització* i *afrontament aproximatiu*), no així en

afrontament *evitativu* en el qual les tendències adverteixen d'un preocupant increment en la utilització d'aquesta estratègia com a manera de *no* afrontar els problemes i les situacions difícils. En l'ús de l'*evitació*, el subjecte queda embrancat en un intent de fer front a les emocions generades pels conflictes, la qual cosa li impedeix abordar els propis conflictes.

L'anàlisi de les tendències de 13 índexs del Rorschach, considerades a nivell col·lectiu, dóna lloc a dues consideracions de gran calat. La primera és que els índexs D i DAdj. (control de l'estrès, relació entre recursos i demandes, patiment psíquic) es revelen com els aspectes més difícils de mobilitzar amb el tractament. Aquest resultat és coherent amb els resultats obtinguts per Weiner i Exner (1991). En el seu grup de teràpia de llarga durada, els índexs D i DAdj. experimenten canvi en el segon retest, és a dir entre els 26 i 30 mesos de tractament. En l'estudi amb adolescents en tractament residencial (Abraham et al., 1994) aquests índexs apareixen com a efecte terra, és a dir, hi havia pocs subjectes amb puntuacions que indicaven disfuncionalitat en el primer test, cosa que limita la capacitat discriminatòria de l'instrument en la base de l'escala, segons les autores.

Ja s'ha esmentat abans la necessitat de mobilitzar aquests àmbits com a "raó" per acceptar un tractament. La tendència dels nostres subjectes és a mantenir-se per sobre de la puntuació 0 o bé a allunyar-se'n (increment amb signe positiu). En la línia de Greenway i Milne (2001), quan les puntuacions D i DAdj. (control de l'estrès) no experimenten canvi o bé s'allunyen de 0 (increment amb signe positiu), informen que *en el grup predomina la creença* que controlen els seus estats interns, que tenen accés als recursos que els permeten fer-ho i que, a més, se senten

satisfets de la seva convicció de ser capaços de controlar els seus estats interns. Això podria ser una exacerbació patològica de la sobrevaloració i omnipotència “normals” a l’adolescència que estaria en la mateixa línia de l’evitació i la negació cognitives.

A més, si considerem que els subjectes de la nostra recerca presenten un  $L$  (lambda) molt elevat, que informa d’un estil evitatiu (Exner, 2005), es pot concloure que el subjecte ha desenvolupat una marcada tendència a simplificar el camp dels estímuls, ignorant la complexitat o fins i tot negant la presència d’elements complexos o ambigus. D’ací que la puntuació  $D > 0$  dels subjectes, que indica un control de l’estrès, sigui “fictícia”, ja que les emocions disfòriques (irritació, neguits, preocupacions) i les ansietats deuen estar dissociades i, probablement, actuades en la relació i en la conducta, d’ací que visquin amb la creença de control de la situació i de manca de patiment intern.

Aquest estil de funcionament els mena a no acceptar ni aprofitar les oportunitats d’ajuda que se’ls ofereixen, o a malbaratar-les.

La segona consideració de gran calat a què ens referíem és el canvi en la direcció inversa a l’esperada que presenten les tendències d’ $Mp$  (ús del pensament com a refugi en la pròpia fantasia) i “p” (actitud dependent de l’entorn). Si bé quantitativament -en l’anàlisi de mitjanes- les puntuacions d’aquestes variables no indiquen un predomini de la passivitat, l’anàlisi visual de les tendències ve a alertar del caire que pren aquesta modalitat de pensament i de relació amb l’entorn.

L'alerta és important ja que, com indiquen Sendín (1995) i més recentment Exner (2005), quan predomina l'ús del pensament per refugiar-se en la pròpia fantasia com a manera de satisfer les necessitats i de compensar imaginàriament les frustracions de la vida real i, al mateix temps, predomina la passivitat en les relacions amb l'entorn, el subjecte entra en una dinàmica relacional de dependència. Dependència que consisteix a evitar prendre responsabilitats (compromisos), i evitar d'assumir les conseqüències dels seus actes, a esperar que les decisions les preguin els altres, i a suposar (exigir) que l'entorn els tolerarà fàcilment les seves necessitats i demandes, i que actuarà en funció d'això.

Aquestes consideracions poden donar per ben provat el pressupòsit expressat a la hipòtesi 4.3.7 en el sentit que la tendència del canvi es produiria de manera desigual degut a la diversitat de les característiques dels subjectes.

Finalment, s'ha fet un esbós l'evolució clínica de dos subjectes partint de la informació que proporciona l'anàlisi visual de les tendències. Aquest esbós, combinat amb informació procedent d'altres fonts i d'altres instruments, completa la descripció de la situació clínica d'un subjecte i fonamenta la presa de decisions sobre el curs del seu tractament. Essent així, es pot considerar que s'acompleix el pressupòsit plantejat a la hipòtesi 4.3.8 relativa a l'ús de la informació de l'anàlisi de les tendències per clarificar la situació psíquica del subjecte.

A manera de resum, i seguint, un cop més, la línia de Pfeiffer i Strzelecki (1990), es pot afirmar que en els subjectes de la nostra

recerca hi convergeixen tres dels quatre factors associats amb resultats negatius: severitat de la psicopatologia, grau de la patologia familiar i presència de palesos trets antisocials<sup>2</sup>.

### **Limitacions**

No voldria acabar la memòria d'aquest treball de recerca sense fer una al·lusió als seus punts *febles*. El nombre de subjectes de la recerca és limitat (31, 25 i 19 en cada un dels tres moments, respectivament) i la seva heterogeneïtat (en edat, psicopatologia, comorbiditat i situació familiar) és elevada, d'ací que no s'hagin pogut establir grups que haurien donat lloc a una major precisió en els resultats. La raó de la petitesa del grup analitzat rau en la mortaldat experimental pròpia dels estudis longitudinals, d'una banda, i en la dinàmica dels desinternaments, ja comentada, de l'altra. Cal deixar constància que, en principi, s'hi va incloure tota la població que va ingressar a CR durant dels anys 2002 al 2004.

La participació de mestres i educadors a emplenar el TRF i el CBCL respectivament, (prevista en el projecte inicial i convinguda amb ells abans d'iniciar la recollida de dades) ha estat tan escassa que no s'ha pogut incloure en la recerca. Aquest fet ha reduït els tipus d'informadors previstos en el model multimodal de monitorització i avaluació.

La manca d'un grup control, tot i que estigui ben justificada en aquesta recerca, sempre deixa un petit lloc per a la dificultat de determinar en quina mesura els canvis observats en el funcionament psíquic i relacional es poden atribuir al tractament i en quina mesura a un efecte de

---

<sup>2</sup> El quart factor que esmenten els autors és l'abast de l'organicitat.

la maduració, del pas del temps, de l'evolució espontània de la patologia o l'efecte d'algun tipus de placebo. En contrapartida, tampoc no es pot aventurar quina hauria estat l'evolució d'aquests subjectes amb tanta morbiditat i comorbiditat en cas de no haver seguit aquest Programa de Teràpia Institucional. És obvi que per raons tècniques i ètiques no es pot fer un assaig amb grup control.

Una altra limitació que imposa el tipus de subjectes i les dificultats reals de localització (inherents a les característiques dels subjectes) és la impossibilitat *real* de fer-los un seguiment un cop han abandonat la institució per poder constatar si es mantenen o no els canvis observats durant el tractament.

S'ha constatat el valor i la utilitat del test de Rorschach (SC) en la pràctica clínica, en l'avaluació de tractaments i en la investigació. En el moment de comparar el nostres subjectes s'ha trobat a faltar una baremació del test en la població adolescent del nostre entorn per afinar la seva interpretació.

### **Futures línies d'investigació**

A fi de superar les limitacions abans esmentades, aquesta mateixa recerca hauria de continuar amb un increment del nombre de casos, amb la qual cosa s'augmentaria la fiabilitat a les proves estadístiques i permetria agrupacions de subjectes sota alguns criteris (diagnòstic psiquiàtric, patologia dual, antecedents d'ingressos en unitats psiquiàtriques, tipus de

suport familiar). També seria interessant aconseguir algun tipus de grup que pogués servir de grup de comparació.

El model multimodal es pot completar aconseguint la participació de dos informadors: els mestres amb el TRF i els educadors amb el CBCL. Les dades que poden aportar sobre com es manifesten els subjectes en dos àmbits diferents són importants per a una avaluació acurada i multiinformant del Programa de Teràpia Institucional.

La quantitat i diversitat de dades que proporciona la tècnica de Rorschach possibilita el disseny de recerques delimitades a alguns àmbits. Amb les dades obtingudes es podrien investigar les relacions objectals dels subjectes, des de la psicologia dinàmica, amb l'escala MOA (Mutuality of Autonomy) ideada per Urist el 1977. Aquesta escala, molt elaborada actualment (Fowler, 2005), disposa d'una àmplia base conceptual, una acurada metodologia, propietats psicomètriques i fiabilitat. L'escala avalua com el subjecte es diferencia i es relaciona amb els altres, i també les seves representacions diferenciades del jo i dels altres. És aplicable al cas individual, de gran utilitat clínica i per fer recomanacions sobre el tractament.

Finalment, i donat que el centre Can Rubió és finançat amb diners públics, s'imposa un estudi sobre el cost econòmic d'aquest servei. Contrastar els resultats de la nostra recerca amb el seu cost econòmic ens posaria en camí d'explorar l'eficiència del servei sota una perspectiva social i econòmica, a més de la perspectiva clínica aquí estudiada.

### **Aspectes d'originalitat.**

La recerca també té els seus aspectes d'originalitat. Va ser un pas endavant que dos departaments de l'Administració Pública es possessin d'acord i organitzessin el centre Can Rubió per atendre adolescents que requereixen assistència, tant per la seva situació social i familiar com pels trastorns mentals que pateixen.

En la seva concepció i intervenció, el centre Can Rubió, com s'ha exposat al capítol 3, integra els criteris que provenen de l'educació, de la salut mental i de la intervenció social.

És també un aspecte original el fet que un dispositiu d'aquestes característiques plantegi, instauri i mantingui un mètode multimodal per avaluar l'impacte del seu programa d'intervenció. La informació obtinguda d'aquesta anàlisi ha esdevingut útil en la pràctica quotidiana i ha propiciat la recerca.

Finalment, cal assenyalar que la recerca, plantejada com una Tesi de doctorat, ha permès atansar la pràctica clínica amb la teoria, la metodologia, i amb els vessants docent i investigador de la universitat.



## 7.2 CONCLUSIONS.

D'aquesta recerca, malgrat les limitacions esmentades, es poden extreure les conclusions següents:

*Primera:* La implantació i el manteniment d'un mètode multimodal per monitoritzar i avaluar el tractament institucional és factible, si es compta amb els requisits necessaris: professionals, materials, de temps i de predisposició.

*Segona:* La informació que aporta l'avaluació multimodal és útil en els quatre nivells que es proposa: 1) propicia l'anàlisi de l'evolució clínica individual, 2) facilita informació per intercanviar amb els altres professionals que hi intervenen ("cultura de l'aprenentatge"), 3) es constitueix com a indicador de qualitat del servei, i 4) organitza una base sistematitzada de dades estandarditzades, necessàries per a la investigació.

El conjunt de la informació que proporciona aquest mètode permet una visió globalitzada i integradora de la l'acció institucional, al mateix temps que, per efecte del *feed-back*, dinamitza la pròpia acció del Programa.

*Tercera:* La psicopatologia i els factors associats -eventualment etiològics- dels adolescents atesos, d'una banda, i la gestió dels ingressos, dels desinternaments i del temps d'estada, d'una altra banda, no són coherents amb el tipus de patologia, objectius, procés d'ingrés, procés de desinternament i temps d'estada definits en l'*Acord de Col·laboració* entre els Departaments de Benestar Social i de Sanitat i Seguretat Social, signat el 1992.

En conseqüència, aquests factors i els tretze anys de vigència de l'esmentat *Acord de Col·laboració* fan evident la necessitat de la seva revisió a fi d'establir coherència entre el programa de tractament i les característiques, possibilitats i limitacions de la població a la qual s'adreça.

*Quarta:* Les dades sobre el temps d'estada dels subjectes al centre Can Rubió presenten un rang molt ampli, cosa que fa que la mitjana i l'índex de rotació (relació pacients/places/any) proporcionin, aïlladament, una informació esbiaixada. Aquestes dades de tendència central s'han de considerar combinades, necessàriament, amb les dades de dispersió (DS i rangs), i en relació amb dades qualitatives dels subjectes com ara els antecedents personals, la morbiditat i comorbiditat, el motiu d'ingrés, el tipus de vinculació al centre i d'adherència al tractament, i el motiu de desinternament, a fi d'atorgar-les un significat ajustat a la realitat del subjectes i al moviment de població.

*Cinquena:* L'edat, els antecedents, la psicopatologia, la comorbilitat, la situació familiar i les perspectives de futur dels subjectes avaluats conformen unes organitzacions de la personalitat patològicament cristal·litzades i molt poc susceptibles de ser modificades per aquest Programa de Teràpia Institucional.

*Sisena:* Els canvis observats en els subjectes que han seguit el Programa de Teràpia Institucional i les tendències d'aquests canvis es distribueixen de manera dispar en funció de la diversitat de característiques dels subjectes.

Per a l'anàlisi i consideració del canvi, a nivell col·lectiu ha resultat útil el mètode de la significació clínica i, per a l'anàlisi de les tendències, s'ha revelat útil l'anàlisi visual de la seva representació gràfica, determinada per la regressió lineal.

Pel que fa a la cristal·lització de l'organització de la personalitat, cal esmentar el valor diagnòstic i pronòstic que adquireixen la manca d'introspecció, la manca de proximitat afectiva, la manca de patiment psíquic, la passivitat i la creença que es controlen els conflictes. En aquest sentit el Rorschach es mostra útil per identificar aquestes característiques de l'organització i funcionament psíquics.

La passivitat ideacional i relacional que detecta el Rorschach sembla estar en relació amb l'evitació que detecta el CRI, en el sentit que els subjectes es caracteritzen per la seva dependència de l'entorn i per quedar embrancats en les emocions que acompanyen els conflictes, la qual cosa els impedeix de posar en marxa estratègies i mecanismes que conduïrien a la seva solució. El cercle viciós en el qual s'entra es fa evident.

*Setena:* El Programa de Teràpia Institucional avaluat no està indicat per a adolescents amb elevat nombre ingressos i/o llargs períodes d'estada en unitats psiquiàtriques, ja que s'ha constatat la relació negativa entre aquests factors i l'evolució clínica.

D'altra banda, cal valorar el suport efectiu de la família i fomentar la seva implicació en el procés de tractament. També s'ha constatat l'efecte del suport familiar en la mobilització psíquica.

*Vuitena:* Els progressos observats, a nivell de funcionament psíquic i relacional, requereixen que altres dispositius residencials i d'atenció en salut mental es facin càrrec del subjecte en el moment oportú, a fi que

aquests progressos es puguin mantenir i transferir al nou entorn residencial, és a dir que es faci realitat el *treball en xarxa*.

*Novena:* Ha quedat constatat que els subjectes que segueixen aquest Programa de Teràpia Institucional incrementen l'ús de l'evitació com a estratègia d'afrontament, l'ús del pensament com a refugi en la fantasia i compensació imaginària de les frustracions de la realitat, i la passivitat-dependència en la relació amb l'entorn.

És necessari, doncs, identificar els elements del propi programa d'intervenció, de la normativa que regeix la convivència i de les rutines de la dinàmica quotidiana que poden contribuir a l'increment d'aquests factors.

La identificació d'aquests factors s'ha de traduir en les corresponents propostes de modificació del Programa, i també de la normativa que regeix la convivència i les rutines de la quotidianitat.



*Referències*  
*bibliogràfiques*



- Abad, J., Forns, M. i Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR. Gender and age differences in spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(2), 149-157.
- Abraham, P. P., Lepisto, B. L., Lewis, M. G., Schultz, L. i Finkelberg, S. (1994). An outcome study: changes in Rorschach variables of adolescents in residential treatment. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 505-514.
- Acord de Col·laboració* entre els Departaments de Benestar Social i de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. 1992. (Document no publicat)
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington: Dept. of Psychiatry (University of Vermont).
- Adelsberg, M. (1994). The integration of behavioral principles and psychodynamic viewpoint in the treatment of adolescents on an intermediate inpatient unit. *Psychiatric Quaterly*, 64(2), 135-147.
- Aguirre, G. (1988). *Adolescencia y procesos de identificación*. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Alexander, F. (1938). Five-year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937 and supplement to the five-year. Critical evaluation of therapeutic results, 30-43.
- Alvarez, M., Baeza, A., Campo, V., García, J. M., Guardia, J., Montlleó, T., A. de Jesús, P., Jirón, P., Mateos, M.L., Minobis, J., Navarro, J., Pérez, V., Pouso, R., Prófumo, C., Torras, C. i Zayas, M. (1993). Primera aproximación a un estudio normativo de la ciudad de Barcelona y su entorno. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 6-20.
- Anguera, M. T. (2001). Diseños. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 149-172). Madrid: Síntesis.



- Arnold, J. i Jacobowitz, D. (1993). *The Cross-informant program for the CBCL/4-18, YSR and TRF*. Burlington: University Associates in Psychiatry (University of Vermont).
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. i McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184-196.
- Beck, S. J. (1944-1952). *Rorschach's Test*. New York: Grune and Stratton. (2 vol.)
- Beck, S. J. (1967-1968). *Le test de Rorschach* (D. Anzieu i A. M. Touzard, Trad.). Paris: P.U.F. (2 vol.)
- Bein, E. (1998). How does long-term psychoanalytically oriented inpatient treatment work?: A review of a study by Blatt and Ford. *Psychotherapy Research*, 8(1), 30-41.
- Berg, I. A. (1952). Measures before and after therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 8, 46-50.
- Bergeret, J. (1975). *Manual de psicología patológica* (A. Izquierdo, Trad. 1ª ed.). Barcelona: Toray-Masson.
- Blanz, B. i Schmidt, M. H. (2000). Practitioner review: preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 703-712.
- Blatt, S. J., Berman, W. H., Cook, B. P. i Ford, R. Q. (1998). Effectiveness of long-term, intensive, inpatient treatment for seriously disturbed young adults: a replay to Bein. *Psychotherapy Research*, 8(1), 42-53.
- Blatt, S. J. i Ford, R. Q. (1994). *Therapeutic change: An object relations perspective*. New York: Plenum.
- Bleger, J. (1974). *Psicohigiene y psicología institucional* (3 ed.). Buenos Aires: Paidós.

- Botella, J. i Barriopedro, M. I. (2001). Análisis de datos. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 173-202). Madrid: Síntesis.
- Brosin, H. W. i Fromm, E. O. (1942). Some principles of Gestalt psychology in the Rorschach experiment. *Rorschach Research Exchange*, 6, 1-15.
- Cahn, R. (1988). Évaluation de l'action institutionnelle auprès des adolescents psychotiques. Approche psychanalytique. *Psychiatrie de l'Enfant*, 31(2), 509-556.
- Campo, V. (1988). *Los niños y el Rorschach: aspectos clínicos. Investigación y aplicación*. Valencia: Promolibro.
- Campo, V. (1995). *Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Paidós.
- Chazaud, J. (1980). *Introducción a la terapia institucional* (H. Acevedo, Trad. 1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Cappon, D. (1964). Results of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 110, 35-45.
- Casas, F. (1984). *Els internaments d'infants a Catalunya*. Barcelona: Obra Social Caixa de Catalunya.
- Casas, F. (1990). *Indicadors psicosocials de risc en la infància*. Universitat de Barcelona, (Tesi Doctoral Microfitxada, 534) Barcelona.
- Casey, R. J., i Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98(2), 388-400.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a. ed.). Hillsdale: LEA.
- Domènech, J. M. (1975). *Métodos estadísticos para la investigación en ciencias humanas*. Barcelona: Herder.

- Domènech, J. M. (1980). *Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores*. (3 ed.). Barcelona: Herder.
- Elfhag, K., Rössner, S., Lindgren, T., Andersson, I. i Carlson, A. M. (2004). Rorschach personality predictors of weight loss with behavior modification in obesity treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 293-305.
- Erdberg, P. i Shaffer, T. W. (1999). *Tables for the International symposium on Rorschach nonpatient data: Findings from around the world I, II, III*. Amsterdam: XVI International Congress of Rorschach and Projective methods.
- Exner, J. E. (2005). *Principios de interpretación del Rorschach. Un manual para el Sistema Comprehensivo* (M. E. Ramírez, Trad. 1 ed.). Madrid: Psimática.
- Exner, J. E. i Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach changes following brief and short-time therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 59-71.
- Exner, J. E., Kinder, B. N. i Curtiss, G. (1995). Reviewing basic design features. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research*. (pp.145-158) Mahwah.: LEA.
- Exner, J. E. i Weiner, I. B. (1982). *The Rorschach: a comprehensive system*. (Vol. 3, Assessment of children and adolescents.). New York: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E., i Weiner, I. B. (2001). *Rorschach interpretation assistance program: version 4 plus for Windows. Manual*. Lutz: PAR, Inc.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fenichel, O. (1931). Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-1930. *Report of therapeutic results*, 28-40.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. (pp. 21-46). Madrid: Síntesis.

- Fink, A. (1993). *Evaluation fundamentals guiding health programs, research and policy*. Newbury Park: Sage Pub.
- Fiske, D. W. (1971). The shaky evidence is slowly put together. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 314-315.
- Fouques, D. (2004). Évaluation des psychothérapies: l'apport du Rorschach (S.I.). *Psychologie française*, 49, 25-32.
- Fowler, J. C., Ackerman, S. J., Spearburg, S., Bayley, A., Blagys, M. i Concklin, A. C. (2004). Personality and symptom change in treatment-refractory inpatients: Evaluation of the phase model of change using Rorschach, TAT, and DSM-IV Axis V. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 306-322.
- Fowler, J. C. (2005). *Consideration of the Mutuality Autonomy Scale as a supplement to the Comprehensive System*. Barcelona: Paper presented at XVIII Congrès Internacional de Rorschach i Mètodes Projectius.
- Frías, M. D., Pascual, J. i García, J. F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12, spl. n° 2, 235-240.
- Friss, S. (1986). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 469-473.
- Garfield, S. L., Prager, R. A. i Bergin, A. L. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 307-313.
- Gerstle, R. M., Geary, D. C., Himelstine, P. H. i Reller-Geary, L. (1988). Rorschach predictors of therapeutic outcome for inpatient treatment of children: a proactive study. *Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 277-280.
- Girard, J. F., Lebovici, S., Misès, R. i Quemada, N. (1990). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (1 ed) Paris: CTNERHI.

- Glasser, A. J. i Zimmerman, I. L. (1991). *Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños*. (10 ed.). Madrid: TEA.
- Glover, L., Fenichel, O., Strachey, J., Bergler, Mumberg i Bibring. (1937). Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 125-189.
- Greenway, P. i Milne, L. C. (2001). Rorschach tolerance and control of stress measures D and AdjD. Beliefs about how well subjective states and reactions can be controlled. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 137-144.
- Graham, V. T. (1940). Psychological studies of hypoglycemia therapy. *Journal of Psychology*, 10, 327-358.
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: a five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 989-997.
- Grønnerød, C. (2004). Rorschach assessment of changes following psychotherapy: a meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 256-276.
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58, 78-89.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T. H. i Burns, B. J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents. I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. i Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. i Revenstorf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.

- Jameson i McNeil. (1939). Some unsuccessful reactions with psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 95, 1421-1448.
- Jensen, P., Hoagwood, K. i Petti, T. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents. II. Literature review and application of a comprehensive model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1064-1077.
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (1994). *The Program evaluation standards. How to assess evaluations of educational programs*. (2nd ed.). Thousand Oaks (Calif.): Sage Pub.
- Jones, E. (1937). Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, may 1926 - may 1936. Results of treatment, 12-14.
- Kaës, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones (M. Vasallo, Trad.). In R. Kaës, J. Bleger, E. Enríquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, i J.P. Vidal: *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos* (1ª ed., pp. 15-67). Barcelona: Paidós.
- Kaës, R. (1998). Sufrimiento y psicopatología de los vínculos instituidos. (I. Agoff, Trad.) In R. Kaës, A. Correale, E. Diet, B. Duez, O. Kernberg, J.P. Pinel (Ed.), *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución* (pp. 13-58). Buenos Aires: Paidós.
- Kisker, G. W. (1942). A projective approach to personality patterns during insulin shock and metrazol convulsive therapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37, 120-124.
- Klopfer, B., Ainsworth, M. D., Klopfer, W. G. i Holt, R. R. (1953-1954). *Developments in the Rorschach technique*. New York: Harcourt, Brace and World, Inc.
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434-446.

- Kordy, H., Hannöver, W. i Richard, M. (2001). Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy: the Stuttgart-Heidelberg Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 173-183.
- LaBarbera, J. D. i Cornsweet, C. (1985). Rorschach predictors of therapeutic outcome in a child psychiatric inpatient service. *Journal of Personality Assessment*, 49, 120-124.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. i Masters, K. S. (1992). Choosing outcome assessment devices: an organizational and conceptual scheme. *Journal of Counseling and Development*, 70, 527-532.
- Larraz, L. i Valero, A. (1990). Respuestas populares al test de Rorschach en población española. Muestra de Barcelona. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 1, 47-54.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lemay, M. (1976). *Le diagnostique en psychiatrie infantile. Pièges, paradoxes et réalités*. Paris: Fleurus.
- Lipsey, M. W. i Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from Meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Luborsky, L. (1971). Perennial mystery of poor agreement among criteria for psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 316-319.
- Menzies, I. (1988). El desenvolupament del "Self" del nen a les insitucions. *Salut Mental Comunitària* (1), 87-97.
- Misès, R. (1992). *Las patologías límites de la infancia. Estudio clínico y psicopatológico*. (ADERPS, Trad 1ª ed.). Barcelona: Alas.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory. CRI-Youth Form, Professional Manual*. Odessa-Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Morgenthaler, W. (1980). Introducción a la técnica del psicodiagnóstico de Rorschach. In H. Rorschach *Psicodiagnóstico*. (Trad L. Rosenthal, 7a. ed. pp 205-221). Buenos Aires: Paidós.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M. i Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 421-446.
- Parker, K. C. H., Hanson, R. K. i Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103, 367-373.
- Parsonson, B. S. i Baer, D. M. (1978). The analysis and presentation of graphic data. In T. R. Kratochwill (Ed.), *Single subject research. Strategies for evaluating change* (pp. 101-165). New York: Academic Press.
- Pascual, J., Frías, M. D. i Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, (87), 1-8.
- Peterson, L. i Bell-Dolan, D. (1995). Treatment outcome research in child psychology: realistic coping with the "Ten Commandments of Methodology". *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(2), 149-162.
- Pfeiffer, S. I. i Strzelecki, B. A. (1990). Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcomes studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(6), 847-853.
- Phillips, S. D., Hargis, M. B., Kramer, T. L., Lensing, S. Y., Taylor, J. L., Burns, B. J., i Robbins, J.M. (2000). Toward a level playing field: predictive factors for the outcomes of mental health treatment for adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1485-1495.
- Piotrowski, Z. A. (1939). Rorschach manifestations of improvement in insulin treated schizophrenics. *Psychosomatic Medicine*, 1, 508-526.



- Rapaport, D., Shafer, R., Roy, P., Gill, M. i Meton, M. (1946). *Diagnostic psychological testing*. (Vol. II). Chicago: Yearbook Publishers.
- Reial Decret 1292/1981. (1981). Reial decret 1292/1981, de 5 de juny sobre traspàs de serveis de l'Estat a la Generalitat en matèria de protecció de menors. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 141 i 146, (de 10-7-1981 i 29-7-1981).
- Rioch, M. J. (1949). The use of the Rorschach test in the assessment of change in patients under psychotherapy. *Psychiatry*, 12, 427-434.
- Robbins, J., Taylor, J. L., Rost, K. M., Burns, B. J., Phillips, S. D., Burnam, M. A. i Smith, G.R. (2001). Measuring outcomes of care for adolescents with emotional and behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 315-324.
- Rorschach, H. (1980). *Psicodiagnòstico*. (L. Rosenthal, Trad. 7<sup>a</sup> ed. revisada i autoritzada per la "Rorschach Kommission" de Suïssa). Buenos Aires: Paidós.
- Ross, W. D. i Block, S. L. (1950). The use of projective techniques in the evaluation of neurosurgical approaches to psychiatric treatment. *Journal of Projective Techniques*, 14, 399-404.
- Salamero, M. (2000). *Metodologia per a la investigació en salut mental* (curs). Esplugues de Llobregat: Hospital Universitari Materno-Infantil St. Joan de Déu.
- Salvador, F. i Pelegrina, M. (1999). *El mètode científic en psicologia* (2<sup>a</sup> ed.). Barcelona: URL-Pòrtic.
- Schlesinger, H. J. i Holzman, P. S. (1984). The therapeutic aspects of the hospital milieu. In J. Wiley (Ed.), *Diagnostic understanding and treatment planning. The elusive connection*. New York. J.Wiley.
- Sendín, C. (1981). *Respuestas populares al test de Rorschach en sujetos españoles*. Washington: X Congreso Internacional de Rorschach.

- Sendín, C. (1995). Relaciones interpersonales. In J. E. Exner i C. Sendín (Eds.), *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*, (pp.173-196). Madrid: Psimática.
- Silva, D. R., Novo, R. i Prazeres, N. (1990). Los datos normativos del Rorschach presentados por Exner son válidos para la población europea in extenso? *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 3, 33-40.
- Silva, D. R. (1999). O Rorshcach no planteamiento [planeamiento] do tratamento e na avaliação dos resultados. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 8(2), 109-124.
- Síndic de Greuges. (2003). Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre els centres residencials d'acció educativa per a infants i adolescents a Catalunya. *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, 446(11 juliol 2003).
- Smith, G. R., Rost, K. M., Fischer, E. P., Burnam, M. A. i Burns, B. J. (1997). Assessing the effectiveness of mental health care in routine clinical practice. Characteristics, development, and uses of patient outcomes modules. *Evaluations and the Health Professions*, 20(1), 65-80.
- Smith, B. I. (2005). *Tu terrible simetría: narcisismo y relaciones objetales en el Rorschach*. Paper presented at the XVIII Congrés Internacional de Rorschach i Mètodes Projectius, Barcelona.
- Storrow, H. A. (1960). The measurement of outcome in psychotherapy. A study in method. *Archives of General Psychiatry*, 2, 142-146.
- Sultan, S., Andronikof, A., Fouques, D., Lemmel, G., Mormont, C., Réveillère, C. i Saïas, T. (2004). Vers des normes francophones pour le Rorschach en système intégré: premiers résultats sur un échantillon de 146 adultes. *Psychologie française*, 49, 7-24.
- Tosquelles, F. (1972). *Estructura y reeducación terapéutica* (J. Alonso, Trad. 1ª ed.). Madrid: Fundamentos.

- Valero, A. (2005). *Spargus: a model for the treatment monitoring and the evaluation of an institutional therapy programme with adolescents*. Paper presented at the 9th European Congress of Psychology, Granada.
- Valero, A. i Pulido, M.C. (1995). El cuidado del animal como organizador psíquico individual, grupal e institucional. Comunicació presentada al III Congreso Internacional "Animales de compañía, fuente de salud", Fundación Purina. Madrid.
- Valero, A., Pulido M.C. i Berlanga, R. (1997). Psicoterapia de grupo en una institución educativoterapéutica para adolescentes. Una experiencia. In J. Tomàs (coord.) *Reeducación psicomotriz, psicoterapia y atención precoz*. (pp.232-238) Cuadernos de Paidopsiquiatría III. Barcelona: Laertes.
- Viglione, D. J. (1995). Basic considerations regarding data analysis. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research*, (pp. 195-226). Mahwah: LEA.
- Wechsler, D. (1998). *WISC-R. Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños - Revisada. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Weiner, I. B. (1997). Current status of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 5-19.
- Weiner, I. B. (1999). Rorschach Inkblot Method. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed., pp. 1123-1156). Hillsdale, N Jersey: LEA.
- Weiner, I. B. (1999). Assessment. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed., pp. 249-278). Hillsdale, New Jersey: LEA.
- Weiner, I. B. (2004). Monitoring psychotherapy with performance-based measures of personality functioning. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 323-331.

- Weiner, I. B. i Exner, J. E. (1988). *Assessing readiness for termination with the Rorschach*. Paper presented at the Austen Riggs Conference on psychological testing and the psychotherapeutic process, Stokbridge, MA.
- Weiner, I. B. i Exner, J. E. (1991). Rorschach changes in long-term and short term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 56(3), 453-465.
- Weiss, B. (1998). Annotation: routine monitoring of the effectiveness of child psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 943-950.
- Zanini, G., Forns, M. i Kirchner, T. (2005). Coping responses and problem appraisal in spanish adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 100, 153-166.

