



Guia d'Atenció Psicoterapèutica

Programa CaixaProinfància



Obra Social "la Caixa"

OBRA SOCIAL. L'ÀNIMA DE "LA CAIXA".

EDICIÓ:**Obra Social "la Caixa"**

AUTORIA:

Grup de Recerca PSITIC de la Universitat

Ramon Llull de Barcelona.

Lluís Botella i Jordi Longás (Coords.)

Jordi Riera (IP PSITIC)

Xavier Úcar

Eduard Longás

Carmina Puig

Jesús Vilar

Mireia Civís

Irene Cussó

Cristina Boria

Han participat en aquest treball:

Adela Camí

Patricia Montozzi

Itziar Santamaría

Javier Vilches

DISSENY GRÀFIC:

Cèl·lula Acció Creativa, SL

IL·LUSTRACIONS:

Imma Itxart

COORDINACIÓ DE PRODUCCIÓ:

Edicions 62, S.A.

TRADUCCIÓ:

M. Neus Prunés Galera

IMPRESSIÓ:

Novoprint

© de l'edició: Obra Social "la Caixa", 2013

Avinguda Diagonal, 621 – 08028 Barcelona

D.L.: B . 7177 - 2013



Guia d'Atenció Psicoterapèutica

Programa CaixaProinfància

Índex

- 1** Presentació p. 7
- 2** Què és l'atenció psicoterapèutica del Programa CaixaProinfància? p. 11
 - 2.1** Límits de la intervenció psicoterapèutica p. 13
 - 2.2** Condicions de la pràctica psicoterapèutica p. 14
 - 2.3** Proposta de context psicoterapèutic p. 17
 - 2.4** Criteris generals d'atenció psicoterapèutica p. 18
- 3** Quins són els seus objectius? p. 21
- 4** A qui s'adreça? p. 23
- 5** Qui ofereix l'atenció psicoterapèutica del Programa CaixaProinfància? p. 25
- 6** Quin és el perfil dels professionals de l'atenció psicoterapèutica? p. 27
- 7** Quin és el procediment general de l'atenció psicoterapèutica? p. 29
 - 7.1** Preavaluació p. 31
 - 7.2** Derivació i incorporació al servei p. 31
 - 7.3** Avaluació psicoterapèutica i pla d'acció psicoterapèutica p. 33
 - 7.4** Atenció psicoterapèutica p. 35

- 8** Quines activitats s'ofereixen dins del subprograma d'atenció psicoterapèutica? p. 37
- 9** Quina metodologia s'utilitza en l'atenció psicoterapèutica? p. 41
- 10** Com s'avalua el subprograma d'atenció psicoterapèutica? p. 45
- 11** Com es pot col·laborar per millorar aquest subprograma? p. 47
- 12** Bibliografia comentada p. 49

Annex 1. Fitxa de derivació al servei d'atenció psicoterapèutica personal i familiar p. 53

Annex 2. Model de protocol de final de teràpia p. 55

Annex 3. Avaluació de la satisfacció dels participants en el procés terapèutic p. 59



1

Presentació

El Programa CaixaProinfància va ser impulsat l'any 2007 per la Fundació "la Caixa" com a resposta al repte de millorar les oportunitats i la inclusió dels nens, nenes i adolescents afectats per la pobresa, en clara sintonia amb l'objectiu de lluitar contra la pobresa i l'exclusió social establert en els programes marc de la Unió Europea i els seus Estats membres.

Durant els anys 2007-10, CaixaProinfància ha permès atendre 154.328 nens i nenes i 88.722 famílies alhora que ha construït un teixit d'atenció social format per més de 350 entitats socials i 11 administracions públiques a les Balears, Barcelona, Bilbao, Gran Canària, Madrid, Màlaga, Múrcia, Sevilla, Tenerife, València i Saragossa. El programa s'ha caracteritzat des de l'inici pel seu dinamisme i flexibilitat, de manera que ha introduït progressivament elements de millora amb la voluntat d'aconseguir una atenció social de qualitat als nens, nenes i adolescents i les seves famílies.

Per això, seguint aquests principis, en el curs 2010-11 es va iniciar un procés de reflexió des de la pràctica, liderat pel grup de recerca PSITIC de la Universitat Ramon Llull al qual s'ha encarregat la direcció científica del programa. El treball es va orientar a construir, conjuntament amb les entitats coordinadores de les xarxes locals, millores en l'acció socioeducativa del programa que va culminar amb el model general *Programa CaixaProinfància: Model de promoció i desenvolupament integral de la infància en situació de pobresa i vulnerabilitat*.

En el curs 2011-12 es van implementar, per part de les entitats, els primers canvis que exigia la revisió del model i, seguint el compromís adquirit,



s'ha continuat el treball de reflexió i teorització amb l'edició de nous documents. Es tracta de la publicació de textos o guies de caràcter més operatiu que tenen com a objectiu presentar, definir i sistematitzar les propostes d'acció que es plantegen en el programa. Concretament, en aquest curs s'han editat el Model d'Acció Social, eix fonamental sobre el qual gira tota l'acció socioeducativa amb la població destinatària del programa, i les guies del subprograma de reforç educatiu i del subprograma d'atenció psicoterapèutica. En els propers cursos se seguiran desenvolupant les guies de la resta dels subprogrames.

Concretament, aquesta publicació que presentem es dedica al subprograma d'atenció psicoterapèutica i parteix de l'experiència professional de la pràctica psicoterapèutica de moltes de les entitats en xarxa que col·laboren amb el Programa CaixaProinfància, així com d'altres iniciatives contrastades dins de la disciplina. Encara que no pretén ser una patent o un model exclusiu, en reflectir per escrit i de manera ordenada què es fa i què es pretén amb l'atenció psicoterapèutica del Programa CaixaProinfància, es fixen els mínims comuns que han de caracteritzar aquest subprograma i aquells estàndards de qualitat que han de permetre realitzar el millor servei possible. Alhora, s'estableix la base des de la qual serà possible seguir aprenent i reinventant l'acció compartida, amb l'objectiu de millorar l'atenció a la infància en situació de vulnerabilitat social.

En primer lloc, la publicació es dirigeix a les entitats i professionals que treballen desenvolupant aquest subprograma a tot el territori. La guia permet identificar aquells objectius, criteris metodològics i procediments que es consideren mínims i comuns per a tots. Es busca tenir un referent clar, allunyat d'una homogeneïtzació indiscriminada que negui la cultura organitzativa, les diferents escoles i models psicoterapèutics i la capacitat d'innovació de cada entitat. Ha de suposar un estímul per a la revisió del treball, potser un sistema per millorar el que s'està fent o, simplement, per confirmar l'acció actual. En qualsevol cas, en clarificar i precisar el model de subprograma que finança la Fundació "la Caixa", s'estableix un sistema d'indicadors clar per a l'avaluació interna, externa i l'auditoria.

En segon lloc, la publicació també és oberta a professionals i experts de l'àmbit de la psicologia, la salut i l'acció social, interessats en aquest model i en la reflexió sobre com millorar l'atenció a la infància en risc d'exclusió.

La guia segueix un índex en forma de preguntes que es pretén respondre. Les respostes, sens dubte, no s'exhaureixen, ja que, a més de ser una cosa gairebé impossible, es vol deixar la tasca oberta a la interpretació responsable de cada professional i entitat en funció de la seva singularitat i context. S'ha evitat l'ús d'excessius tecnicismes per facilitar-ne la màxima difusió i, podríem dir, un maneig quotidià entre tots els professionals de l'acció social que treballen en xarxa, i no només dels mateixos especialistes de la psicoteràpia i l'atenció psicològica. Considerem que la guia està viva, en procés de creixement, de manera que podrà ser revisada o ampliada en futures edicions.

Només ens resta agrair a totes les persones que han participat en aquest treball –amb funcions d'autoria, gestió i supervisió– la seva disposició i generositat per compartir treball i coneixements. Aquesta actitud i competència han estat la millor garantia per oferir un document rigorós, honest i adaptat a les necessitats del programa. A més de tot el que hem après, ens queda la satisfacció de poder compartir el nostre treball i il·lusió amb totes aquelles persones que s'interessin pel suport i la promoció del benestar emocional i la salut relacional en la infància i adolescència en situació de vulnerabilitat social.



2 Què és l'atenció psicoterapèutica del Programa CaixaProinfància?

El subprograma d'atenció psicoterapèutica personal i familiar engloba el conjunt d'estratègies i accions que tenen com a finalitat donar suport psicosocial, psicològic i psicoterapèutic a nens, nenes, adolescents i famílies amb dificultats o conflictes emocionals i de relació. El principal focus de l'atenció psicoterapèutica personal i familiar és la promoció de la salut relacional del nen i la seva família, centrant-se en el desenvolupament de les seves habilitats i competències i no només en la compensació dels seus possibles dèficits. Concretament, les activitats que ofereix el subprograma van des del suport o assessorament puntual fins a l'atenció psicoterapèutica, ja sigui en les seves modalitats individual, familiar o en tallers grupals. Donada la concepció integral de la salut relacional per la qual es decanta el Programa CaixaProinfància, totes aquestes modalitats de suport o atenció psicològica s'haurien de combinar amb altres accions de suport socioeducatiu i promoció de la salut, així com amb l'accés a altres recursos del programa, si són necessaris, segons el que s'estableixi en el pla d'acció social per a cada situació.

En cap cas aquest subprograma de CaixaProinfància no hauria de suplantar l'accés a la xarxa pública de salut o al diagnòstic i tractament de les persones amb trastorns mentals ja instaurats, ja que el seu objectiu principal és donar suport a la salut relacional en el si de la família. El bon funcionament d'aquesta línia d'activitats i intervencions requereix la coordinació entre tots els professionals implicats i el treball en xarxa amb els dispositius



del territori, així com la manifestació explícita, per part de les famílies, del seu compromís i disponibilitat.

La Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes defineix psicoteràpia com "tot aquell tractament de naturalesa psicològica que, a partir de manifestacions psíquiques o físiques de sofriment humà, promou l'assoliment de canvis o modificacions en el comportament, l'adaptació a l'entorn, la salut física i psíquica, la integració de la identitat psicològica i el benestar biopsicosocial de les persones i grups tals com la parella o la família. El terme psicoteràpia no pressuposa una orientació o enfocament científic definit, per tal com es considera denominatiu d'un ampli domini científicoprofessional especialitzat, que s'especifica en diverses i peculiars orientacions teòriques, pràctiques i aplicades". Dins d'aquest context, tant la teràpia amb nens com la teràpia familiar ocupen un lloc reconegut i prestigiós, amb nombroses evidències d'eficàcia tant empíriques com clíniques.

Entre els factors de risc conduents al tipus de dificultats que porten a formular demandes d'ajuda psicoterapèutica, les condicions socials i la qualitat de vida en general tenen un paper fonamental. En aquest sentit, la pobresa i la vulnerabilitat social constitueixen una disminució seriosa i profunda en el benestar psicològic individual i familiar, amb potencials efectes a llarg termini, especialment sobre els nens, que han demostrat contribuir significativament a l'entrada d'aquests en cicles d'indefensió, vulnerabilitat i autoinvalidació recursius.

La intervenció terapèutica no pot pal·liar per si sola la pobresa i la vulnerabilitat social. Tampoc no és aquest el seu objectiu estricte, encara que sí que ha demostrat poder contribuir a fomentar el tipus de canvis i de desenvolupament personal basat en competències i en la resiliència humana que pot fomentar la fractura dels esmentats cicles i la seva possible extinció, almenys cas per cas. No obstant això, convé no oblidar que per aturar els esmentats problemes en un nivell sistèmic superior també és indispensable una intervenció de caire més psicosocial, comunitària o directament macroeconòmica. En aquest sentit, els programes d'intervenció psicoterapèutica amb infància, adolescència i famílies en situació de pobresa i vulnerabilitat social s'han de

basar en l'assoliment d'objectius: a) psicològics, b) assolibles, c) focals i d) avaluables. Altrament, corren el risc de quedar com una declaració de bones intencions o una "teràpia de suport" que contribueix paradoxalment a perpetuar el problema en no formar part de la solució.

2.1 Límits de la intervenció psicoterapèutica

Per evitar superposicions i confusions conceptuals, es considera fonamental establir clarament els **límits de l'atenció psicoterapèutica**, ja que les problemàtiques associades a la infància en situació de pobresa i vulnerabilitat social tenen una complexitat sistèmica tal, que aconsella administrar les intervencions de forma estratègica, evitant de la mateixa manera duplicitats com possibles desatencions per omissió.

Es considera rellevant **distingir entre psicoteràpia i acció social**. La finalitat de la primera és el foment de la consecució d'una identitat coherent per a l'edat i entorn de l'usuari; de formes de relació integrades amb si mateix, amb el seu cos i amb les persones i medis socials del seu entorn proper; d'una autoestima suficient i de la capacitat d'estimar, treballar, gaudir i tolerar les frustracions i els sentiments inevitables en la vida. Si bé totes aquestes capacitats requereixen un context social segur i previsible, no es considera funció de la psicoteràpia, *stricto sensu*, la intervenció directa sobre l'entorn social, sinó en tot cas sobre la capacitat de l'usuari per ajudar a construir-lo, adaptant els comportaments, emocions, conductes i relacions a l'esmentat context alhora que el modifica creativament perquè li permeti el seu desenvolupament òptim com a persona.

Per tant, les entitats responsables de la prestació de serveis psicoterapèutics hauran de considerar la psicoteràpia com a tal i no com un derivat de l'acció social ni viceversa. En tot cas, i quan així resulti aconsellable, la intervenció psicoterapèutica haurà d'anar acompanyada de les intervencions prò-



pies dels diferents professionals de l'acció social que es considerin adequades a cada cas i que s'hagin articulats en el pla de treball pertinent (vegeu el procediment d'acció social del programa CPI).

2.2 Condicions de la pràctica psicoterapèutica

Per garantir que la intervenció psicoterapèutica resulta de la màxima eficàcia és igualment imprescindible que es doni en **condicions òptimes d'integritat**. En un apartat posterior d'aquest document s'especifiquen els criteris que es consideren necessaris per a aquesta integritat pel que fa a les condicions de la pràctica terapèutica, però en tot cas és imprescindible que tingui lloc en un context de seguretat relacional i física, així com en condicions que garanteixin la cobertura de les necessitats bàsiques de la sessió.

Per aquest motiu es considera necessari que les sessions tinguin lloc en un espai físic degudament condicionat per a la pràctica de la psicoteràpia; el més recomanable és que es tracti d'una sala o un despatx destinat específicament a tal ús, protegit de sorolls, distraccions o alteracions de la privacitat que dificultin la sessió i equipat amb mobiliari adient per al cas de teràpia familiar (cadires, taula i material d'oficina o equipament d'ús equivalent segons les preferències de cada entitat) i infantil (joguines, material escolar i altres elements habituals en la teràpia amb nens, col·locats al seu abast i destinats al seu ús, a més del mobiliari especificat abans).

Juntament amb la integritat de la mateixa sessió, es considera també imprescindible la garantia d'integritat i seguretat dels seus participants, per la qual cosa es recomana a les entitats que posin la màxima cura a evitar situacions que puguin resultar incòmodes o perilloses com dur a terme sessions que comportin que els nens hagin de circular per zones conflictives de les ciutats a hores inadequades.

D'altra banda, es considera necessari l'establiment de **límits legals i ètics** a la intervenció psicoterapèutica tant individual com familiar, especialment en tractar situacions que, com ja ha estat comentat, revesteixen una gran complexitat sistèmica i, en ocasions, un elevat nivell de problemàtica i demanda social. Per aquest motiu, s'aconsella a les entitats que elaborin normes d'actuació deontològica específiques dins del marc general del Codi Deontològic del Consell General de Col·legis Oficials de Psicòlegs, especialment adaptades a les casuístiques més habituals en la seva pràctica i privilegiant les bones pràctiques en la protecció i defensa del menor i la seva família.

També resulta especialment aconsellable tenir en compte i respectar les **peculiaritats culturals de les famílies** destinatàries de la intervenció terapèutica, adaptant-hi la teràpia en la mesura que això resulti ètic, legal i raonable, en lloc d'assumir una posició d'etnocentrisme terapèutic consistent a forçar les famílies a ser les qui s'hagin d'adaptar sistemàticament a una concepció de la dinàmica familiar i del mateix procés psicoterapèutic que en ocasions és aliè a la seva cultura d'origen. L'extensa literatura sobre psicoteràpia i multiculturalitat pot resultar molt valuosa sobre aquest aspecte.

Així mateix, i de nou a causa de la **complexitat multisistèmica** de molts dels casos d'infància en situació de pobresa i vulnerabilitat social, s'ha de tenir en compte en el disseny, planificació i implementació de les intervencions la possibilitat que el sistema terapèutic afecti i es vegi afectat per altres sistemes rellevants en la vida de l'usuari i la seva família (per exemple, el sistema educatiu). Tal afectació mútua s'ha de considerar en el pla de treball del qual es tracti per evitar el fenomen freqüent que la possible eficàcia de la intervenció es vegi disminuïda per malentesos entre recursos potencialment rellevants.

Per acabar, es recomana que, donats els límits temporals i estratègics de la intervenció psicoterapèutica individual i familiar en el context del Programa CaixaProinfància, i tal com s'especifica en el mateix model del programa, les entitats facin un esforç conscient i deliberat per articular plans de treball acordats amb les famílies, operatius, amb objectius assolibles a curt o mitjà termini i avaluables de cara a la seva eficàcia, és a dir, a la consecució de



les esmentades fites. **L'avaluació de l'eficàcia de la intervenció** es considera un requisit indispensable en el rendiment de comptes del sentit social d'aquest tipus de programes, i resulta només viable si es disposa d'un pla de treball articulat d'acord amb objectius avaluable. En aquest sentit, aquest document deixa a criteri de les entitats en general i dels terapeutes en particular els detalls dels objectius que es volen aconseguir en cada intervenció concreta, però es decanta per fixar uns criteris generals que s'hauran de traduir en cada cas en les finalitats terapèutiques específiques (apartat 3). Tal com mostra la gran quantitat d'investigació sobre l'aliança terapèutica com a predictora de l'eficàcia de la intervenció psicoterapèutica, l'acord amb la família en relació amb les esmentades finalitats, així com en relació amb les tasques rellevants per assolir-les i l'establiment d'un bon vincle emocional, resulta una condició essencial perquè la teràpia tingui l'efecte desitjat.



2.3 Proposta de context terapèutic

Pel que fa a la proposta de context terapèutic, i de nou tenint en compte la necessitat d'adaptar-lo a les peculiaritats de cada entitat, família i equip terapèutic, es considera necessari que reuneixi almenys els requisits següents:

- Que sigui **flexible i adaptable a l'usuari**. Aquesta flexibilitat abasta l'aspecte metodològic (diferents opcions de treball pel que fa al format de la teràpia), el conceptual (combinació de diferents marcs teòrics des d'una perspectiva integradora) i, fins i tot, el pragmàtic (flexibilitat horària, periodicitat adaptable, etc.). En casos complexos com els que es tracten en el programa s'ha demostrat que tal abordament flexible és la millor garantia per augmentar l'adhesió al tractament i reduir el nombre d'abandonaments de la teràpia a un mínim raonable.
- Que fomenti una posició i motivació idònia de la família per a l'establiment d'una bona **aliança terapèutica** i adhesió a la teràpia (per exemple, clarificar la demanda individual d'un adolescent per mitjà de tallers grupals). Les demandes molt centrades exclusivament en problemàtiques socials no encaixen amb els objectius psicològics de l'oferta de procés psicoterapèutic.
- Que provingui d'una **derivació estratègica i motivadora**. En aquest sentit, es recomana especialment treballar molt de prop amb les principals fonts de derivació i aclarir-los quina és la manera idònia d'elaborar la sol·licitud de la intervenció terapèutica. S'ha de tenir en compte que la teràpia és coadjuvant del referent de derivació i no un competidor.
- Igualment es considera aconsellable aclarir amb les fonts de derivació **quin paper tenen en el seguiment del cas**.
- Que el **terapeuta assumeixi una posició activa i compromesa** de foment de l'adhesió al tractament. Per les característiques de les famílies i nens atesos, no n'hi ha prou amb la posició més clàssica d'esperar que la motivació i l'adhesió provingui al 100% d'ells.



- Que el terapeuta faci un esforç conscient i deliberat per **adaptar el llenguatge terapèutic** al nivell cultural, les peculiaritats idiosincràtiques i la poca mentalitat psicològica d'algunes famílies. Aquest esforç requereix formació i experiència prèvia, així com flexibilitat conceptual i pràctica clínica.

2.4 Criteris generals de l'atenció psicoterapèutica

El procés terapèutic habitual s'orienta des d'una sèrie de requisits que s'han d'emfasitzar segons la realitat i el context dels nens, nenes, adolescents i famílies en situació de pobresa i vulnerabilitat social. En cada situació es plantegen una sèrie de reptes que exigeixen adaptacions i modificacions en funció dels criteris generals presentats a continuació:

- a. Fomentar la **implicació activa de la família** en el tractament. Per fer-ho resulta indispensable una comprensió adequada del marc de referència i valors de la família, fet que pot comportar un enfocament transcultural en molts casos. En aquest sentit, s'ha de partir del reconeixement que l'organització del procés terapèutic no està lliure de valors culturals, que totes les fases de l'esmentat procés comporten una càrrega simbòlica i que la sensibilitat cultural, la flexibilitat i l'adaptabilitat del procés han de precedir la pràctica clínica competent. Es recomana, doncs, adoptar pràctiques actives per guanyar-se la confiança de la família, com ara demostrar la competència cultural del terapeuta, assumir una posició col·laboradora i unir-se a la família mitjançant l'acomodació al seu estil relacional i emocional.
- b. Fomentar l'**emancipació d'etiquetes opressives**. Com que moltes famílies en situació de pobresa i exclusió social han passat per un procés d'"incompetència adquirida" i etiquetatge negatiu, és important que el terapeuta eviti ser un agent més. Per això es recomana un cert nivell

d'autorevelació professional i l'adopció d'una posició col·laboradora (no autoritària). Per exemple, presentar-se, explicar els detalls rellevants del propi context professional i buscar activament punts de connexió amb la família poden ser formes de normalitzar la situació que envolta el mateix procés terapèutic i evitar la construcció d'aquest com una forma d'“assistència social”.

- c. Basar-se en les **competències i recursos de la família per fomentar una construcció positiva i que empodera el procés, incrementant la motivació per al canvi** així com l'adhesió al tractament. L'aforisme clàssic que la psicoteràpia no es dissenya per canviar les persones sinó per ajudar-les que canviïn per si mateixes cobra aquí ple sentit. L'acció del terapeuta s'hauria d'encaminar al fet que les famílies no concebin el servei com quelcom “que els passa” sinó com quelcom que ells “fan que passi”.
- d. Establiment de **fites realistes i concretes**. La complexitat de les situacions psicosocials associades als motius de demanda que presenten les famílies en situació de pobresa i vulnerabilitat social, juntament amb els efectes del seu etiquetatge com a “incompetents”, fa que puguin sentir que fracassaran fins i tot en objectius molt modestos. Aquesta vulnerabilitat fa essencial l'establiment d'objectius realitzables i específics (s'ha de tenir en compte, a més, més la durada limitada del servei en el context del programa). Una bona pregunta per establir fites d'aquest tipus és la clàssica de la teràpia sistèmica estratègica: “Quin seria el canvi mínim que els indicaria que les coses estan millorant?”. Igualment, l'avaluació immediata i contingent de la consecució dels objectius és un requisit per incrementar la motivació per al canvi i les expectatives d'autoeficàcia.
- e. **Reconeixement de les necessitats socials**. Si bé no són l'objectiu directe de la intervenció terapèutica, és necessari reconèixer que en aquests casos es donen una sèrie de necessitats bàsiques no cobertes (habitatge, treball, sanitat, educació) que el terapeuta ha de saber com gestionar pel que fa a la seva derivació als serveis i programes adequats.
- f. **Focus en l'acció i en la presa de consciència transformadora**. Les teràpies exclusivament centrades en l'adquisició de consciència sobre el



problema motiu de demanda poden ser percebudes com poc pràctiques i, fins i tot, que culpabilitzen quan aquest té relació amb situacions de vulnerabilitat social. Encara mantenint la rellevància de totes les perspectives teòriques, es recomana que el focus de la teràpia inclogui el foment de les capacitats personals i familiars de transformació activa de la situació.

- g. **Redefinició.** De nou, la necessitat d'emancipar la família d'etiquetes opressives fa molt aconsellable l'ús de tècniques de reenquadrament i redefinició especialment centrades a evitar assumir una posició d'incompetència i culpabilitat individual per reconstruir-la des d'un punt de vista de responsabilitat relacional, competència, autoeficàcia i resiliència.
- h. **Maneig del nivell adequat d'ansietat sistèmica.** Les conseqüències dels processos d'etiquetatge, indefensió i poca mentalitat psicològica implícits en aquests casos poden portar a un nivell baix de motivació envers la demanda d'ajuda psicoterapèutica. Pel fet que l'ansietat es relaciona directament amb l'esmentada motivació, s'aconsella un maneig adequat del seu nivell. Per exemple, la implicació de tres generacions en la teràpia familiar pot fer augmentar l'ansietat del sistema i, per tant, la seva motivació a fer partícips els avis de la situació problemàtica. Així mateix, la implicació d'agents socials rellevants al barri o comunitat de la família també pot tenir el mateix efecte (per exemple, els líders de la comunitat religiosa en alguns grups culturals).

3

Quins són els seus objectius?

Les intervencions terapèutiques en el context del Programa CaixaProinfància haurien de garantir que la teràpia parteix d'un enfocament del nen, nena, adolescent i de la família des de la capacitat i no des del dèficit. Els objectius no es poden plantejar només de manera negativa, remeiable o correctiva, sinó positiva, afirmativa, proactiva i centrada en recursos, potencialitats i possibles resiliències.

Considerem necessari deixar a criteri de cada terapeuta i família els detalls dels objectius específics de la intervenció. Aquesta opció per la flexibilitat terapèutica no es basa només en consideracions pragmàtiques, sinó també en la gran quantitat d'evidència empírica disponible que indica que les intervencions terapèutiques "manualitzades" i amb objectius estandarditzats *a priori* són menys eficaces que aquelles que privilegien els aspectes d'acord terapeuta-pacient propis de l'establiment d'una sòlida aliança terapèutica.

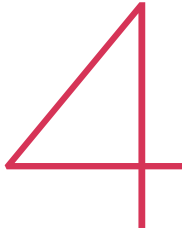
Malgrat això, sí que es considera necessari presentar un conjunt de criteris generals que siguin el substrat comú de tota intervenció, en coherència amb els criteris generals del programa i amb l'esperit que els inspira, i que en cada cas es traduiran en objectius de la intervenció:

- a. Sensibilitzar respecte de la dinàmica relacional familiar, tant en la teràpia individual com en la familiar.
- b. Prevenir hàbits o conductes de risc per a la salut emocional i el desenvolupament social dels nens, nenes o adolescents.
- c. Promocionar relacions socials (incloses les familiars) funcionals i saludables en el context del respecte per les característiques i preferències personals i culturals dels usuaris.



- d. Fomentar la parentalitat positiva com a funció familiar amb la possibilitat de complementar la teràpia mitjançant tallers experiencials per a mares i pares.
- e. Afavorir l'oportunitat creativa perquè els individus i les famílies reconstrueixin la seva experiència vital i adoptin patrons de vida més plens i saludables.
- f. Desenvolupar o optimitzar les capacitats d'autoajuda i ajuda mútua, de manera que després de la intervenció terapèutica reeixida siguin més autònoms i menys dependents de futures intervencions.
- g. Promoure el benestar, l'autoregulació i la resiliència cognitiva, conductual, emocional i relacional, tant en l'aspecte individual com en el familiar i psicosocial.
- h. Fomentar la comprensió narrativa de l'experiència individual en el context familiar trigeneracional per regular-ne els efectes en el futur, de manera que no tan sols s'actui de forma diferent sinó que es limitin les conseqüències de la situació present i passada en el futur, com a única via factible per evitar cicles d'autoinvalidació recursiva que portin a la perpetuació de la indefensió i la vulnerabilitat que comporta la situació dels usuaris.

A partir d'aquest marc general i la realitat de cada cas, tots els objectius específics que es concretin en particular han de ser fruit d'un procés de construcció conjunta de la demanda d'ajuda i de l'aliança terapèutica en forma d'acord.



A qui s'adreça?

Els destinataris del subprograma d'atenció psicoterapèutica són nens, nenes, adolescents i les seves famílies en situació de vulnerabilitat i/o en risc d'exclusió social. Es tractarà sempre de famílies que accedeixen al servei d'acord amb el pla d'acció social acordat amb cadascuna. La participació dels menors ha de ser acceptada lliurement per ells mateixos i/o per la seva família, tenint en compte la seva edat i les seves capacitats, malgrat que ha de suposar un acord o compromís formal.

Els criteris d'inclusió en les diverses formes d'ajuda psicoterapèutica i psicossocial són els següents:

- Nens, nenes i adolescents que viuen immersos en contextos de disfuncionalitat familiar.
- Nens i nenes amb indicadors de sofriment i dany com a conseqüència de les cures inadequades o negligents dels seus pares o mares.
- Nens i nenes exposats a la violència familiar o a abusos de qualsevol tipus.
- Nens i nenes amb necessitats especials com a resultat d'una discapacitat agreujada pels contextos de pobresa i exclusió social.
- Mares i pares amb una mancança important de competències parentals.
- Mares i pares amb indicadors de sofriment causat per violència conjugal o domèstica.
- Sofriment per violència de gènere passada i no resolta per la víctima, afectant aquesta situació la relació maternofilial i el desenvolupament socioafectiu dels menors.

Es considera que el Programa CaixaProinfància ha de derivar als serveis públics corresponents, acompanyant el nen, nena o adolescent i la seva famí-



lia i treballant coordinadament amb altres institucions, els casos següents:

- Trastorns mentals severos: trastorns generalitzats del desenvolupament, autisme, etc.
- Drogodependències.
- Abusos sexuals.
- Violència domèstica.
- Negligència severa.
- Maltractament físic o psicològic dels nens, nenes i adolescents.

Per “derivar acompanyant” entenem que, en la mesura del possible, l’entitat referent col·laborarà perquè el nen, nena o adolescent pugui ser atès en el recurs o recursos especialitzats més adients del seu territori, mantenint el seu context local de pertinença.



5 Qui ofereix l'atenció psicoterapèutica del Programa CaixaProinfància?

Les actuacions que proposa el subprograma han de ser desenvolupades preferentment per les entitats de la xarxa local especialitzades en atenció psicològica i psicoterapèutica, formades per professionals de suport, orientació i salut emocional, relacional i familiar. No es descarta la possibilitat que també puguin oferir totes o algunes de les activitats del subprograma les entitats que acullen directament les famílies. En aquest cas, hauran de disposar dels professionals i espais adequats, segons com es descriuen en aquesta guia.

El fet que a les xarxes locals es disposi d'alguna entitat especialitzada en l'atenció psicoterapèutica suposa enfortir la qualitat del servei, tant per la incidència que això té en l'especialització amb població en situació de vulnerabilitat social com per la millora que pot suposar en la definició dels circuits de derivació i la coordinació entre professionals. Aquesta proposta permet imaginar centres formats per diferents professionals que es converteixen en proveïdors de les entitats en xarxa de múltiples serveis del Programa CaixaProinfància –atenció logopèdica i psicomotora del reforç educatiu i atenció psicoterapèutica– i d'altres de complementaris. En aquest supòsit, que teòricament seria l'òptim segons el model de treball en xarxa que busca el programa, tant es podrien prestar els serveis als locals del “centre terapèutic” com a les entitats derivants de cada cas, sempre que disposin de les instal·lacions adequades, mitjançant el desplaçament acordat del professional que correspongui. Des de



críteris d'eficiència del servei i d'eficàcia de la teràpia, s'haurà de valorar en cada situació si resulta més convenient que es desplaci el/la destinatari/ària del servei –fins i tot finançant el desplaçament– o que ho facin els i les professionals.



6

Quin és el perfil dels professionals de l'atenció psicoterapèutica?

La complexitat de l'abordament psicoterapèutic individual i familiar dels casos d'infància en situació de pobresa i vulnerabilitat social fa imprescindible que la intervenció es dugui a terme en condicions el més idònies possible. Com a complement dels criteris generals abans esmentats, es considera que, per tal de garantir aquestes condicions, el perfil dels professionals de l'atenció psicoterapèutica ha de complir una sèrie de requisits mínims indispensables.

Per a l'activitat d'avaluació i/o assessorament psicològic personalitzat i per als tallers terapèutics grupals, cal que com a mínim els professionals siguin titulats i col·legiats en psicologia, amb formació i experiència en el treball amb nens i famílies. Malgrat això, és aconsellable que el perfil professional respongui als criteris aplicats en l'atenció psicoterapèutica personalitzada i familiar, ja que són activitats que freqüentment es combinen o s'administren en relació de continuïtat.

Els terapeutes hauran de complir necessàriament els criteris establerts pels sistemes d'acreditació de la pràctica professional vigents. En el moment de redactar aquest document, aquests requisits són els que especifica la Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes (<http://www.feap.es/>) en els seus Estatuts (vegeu títol V, article 21, "Criterios mínimos comunes a todas las acreditaciones").

A més del compliment indispensable dels criteris, es considera igualment necessari el següent:



- Els terapeutes en general i els terapeutes familiars en particular hauran de tenir formació i experiència acreditable en teràpia familiar.
- En els casos que així ho requereixin per la seva complexitat sistèmica o dificultat intrínseca, les entitats hauran d'acomodar la possibilitat de conduir el cas mitjançant un equip de dos terapeutes, com a mínim (preferentment acompanyats d'un equip de supervisió). L'equip de supervisió té la funció de comentar, seguir i donar suport tècnic en les possibles dificultats que plantegi el cas. Preferentment han de ser formats per terapeutes de l'entitat que treballin en equip.
- Les entitats hauran de proveir els terapeutes d'espais de supervisió periòdica a càrrec de terapeutes supervisors degudament acreditats segons els criteris propis de l'Associació de Psicoterapeutes de què es tracti.
- Les entitats hauran de proveir els terapeutes d'espais i contextos de cura personal així com garantir que les seves condicions de treball clínic són les idònies (espai entre sessions, evitar excés de càrrega de casos, desburocratitzar la pràctica en la mesura del possible, garanties de prevenció de la síndrome de *burnout*, etc.).

Es recomana que tota mesura derivada de l'aplicació d'aquest document que comporti canvis de procediment s'implementi de manera gradual i no disruptiva per als usuaris. Així, els casos en curs haurien de seguir sent abordats tal com ja ho eren durant un període transitori i els nous s'haurien d'adaptar al nou procediment de manera proactiva.

7

Quin és el procediment general de l'atenció psicoterapèutica?

L'accés al subprograma d'atenció psicoterapèutica i el seu posterior desenvolupament segueix un procediment bàsic de cinc etapes: preavaluació, derivació, avaluació i, si cal, atenció psicoterapèutica i seguiment posterior. Aquestes fases s'emmarquen dins del pla general d'acció social amb cada menor i família, de manera que:

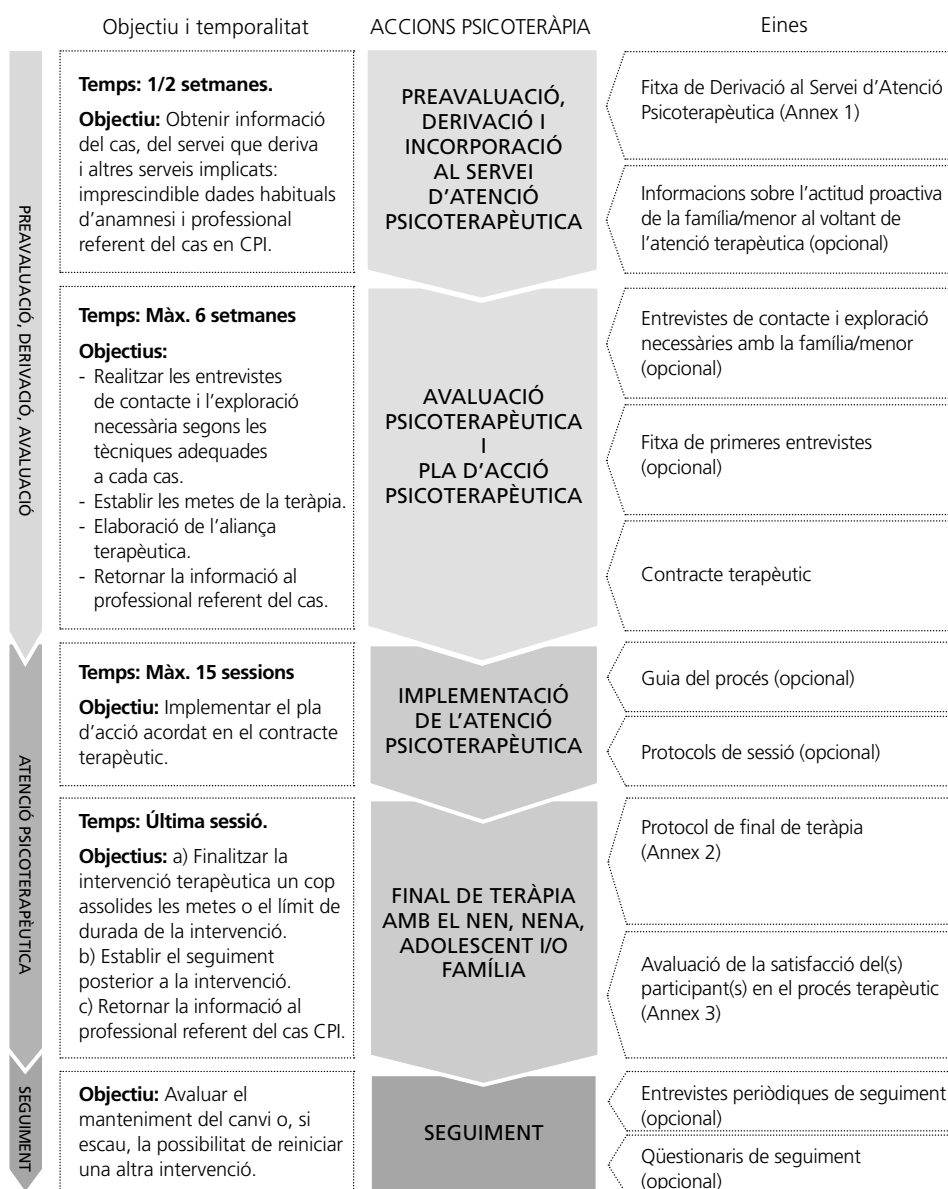
- a. cal la primera inclusió en el Programa CaixaProinfància mitjançant accés directe o derivat a les entitats de la xarxa que realitzen l'acció social;
- b. un cop finalitzada l'atenció psicoterapèutica requerida (i durant aquesta, si cal) s'assegura el retorn al professional referent i el seguiment de cada cas.





Es presenten a continuació les etapes pròpies del procediment d'atenció psicoterapèutica i un diagrama de flux en el qual es resumeixen i s'ubiquen en el conjunt de l'acció social proposada en el model.

Figura 1. Fluxograma de l'atenció psicoterapèutica



7.1 Preavaluació

El procediment general de l'atenció psicoterapèutica, en qualsevol de les modalitats descrites en aquesta guia, s'inicia amb una **primera valoració o preavaluació** de les necessitats que el nen, nena o adolescent i la família presenten a nivell de salut emocional, relacional i familiar. Aquesta preavaluació l'han de fer els professionals de les entitats "receptores" que incorporen els menors i les famílies al programa, en el procés de definició i seguiment del pla de treball amb cada menor i família des del qual es proposen les estratègies i els recursos que s'activaran. En aquelles situacions en què els professionals referents de cada cas detecten indicadors i/o perfils de risc (**Fitxa de derivació al servei d'atenció psicoterapèutica personal i familiar**, vegeu annex 1), hauran de derivar al suport especialitzat de psicòlegs, psicòlogues o psicoterapeutes per precisar l'avaluació i valorar la conveniència d'accedir a les actuacions més específiques i intenses d'aquest subprograma.

Es considera, doncs, imprescindible l'articulació per a cada cas de l'accés a l'avaluació i atenció psicoterapèutica des del pla de treball, tal com estableix el Model d'Acció Social, i no es pot iniciar la intervenció psicoterapèutica abans. Altrament hi hauria el risc de malgastar un recurs potencialment valuós per falta de visió estratègica i de coordinació entre serveis, programes i intervencions als quals pot tenir accés cada família.

7.2 Derivació i incorporació al servei

Pel que fa a les etapes prèvies a l'inici de la psicoteràpia en si mateixa, es considera essencial parlar d'una atenció especial al procés de derivació, tal com de fet s'especifica en el model general del programa. En general es considera que la derivació en condicions idònies és un prerrequisit per a l'èxit d'una



intervenció focalitzada i de temps limitat com la que té en compte el programa. La necessitat d'establir una sòlida aliança terapèutica amb menors i famílies, que poden no donar necessàriament una lectura psicològica a les seves dificultats, aconsella ser summament estratègic en les sessions inicials i prèvies a l'inici de la teràpia. En alguns casos, fins i tot, s'hauria de plantejar la necessitat d'assumir una posició proactiva d'informació motivadora per a l'inici de la intervenció terapèutica, ja que és possible que algunes famílies siguin derivades en fases de precontemplació del canvi ("El que ens passa no té res a veure amb nosaltres, la culpa la tenen els altres i la responsabilitat de la solució també").

En aquest sentit es considera molt rellevant que la derivació es faci d'acord amb criteris que faciliten la intervenció psicoterapèutica a partir d'una sèrie de fases prèvies que corresponen a l'acció social general:

- a. Una fitxa de derivació, en la qual qui el deriva especifiqui, a més de les dades habituals d'anamnesi i derivació de cas, si està disposat a servir de referent per gestionar-lo en el futur i quins altres serveis hi estan actuant ja.
- b. Obertura d'expedient per part de les instàncies d'acció social corresponents.
- c. Establiment de referent inicial, també per part de les instàncies d'acció social corresponents.
- d. Pla de treball, per part de les instàncies d'acció social corresponents.
- e. Construcció de la xarxa inicial de relacions o suport en cada cas (anomenada "xarxa funcional"), que inclou entrevistes amb la família per definir el seu nivell d'implicació. S'han de mobilitzar aquests recursos a l'abast de cada cas en la mesura i extensió idònia, evitant els excessos que resultin inoperants com els defectes que limitin innecessàriament la possible eficàcia de la intervenció.

7.3 Avaluació psicoterapèutica i pla d'acció psicoterapèutica

Per dur a terme una intervenció estrictament psicoterapèutica i desplegar tot el seu potencial de foment del canvi és imprescindible que les **condicions de l'inici de la relació siguin clares i adequades**. La psicoteràpia ha demostrat repetidament un increment en la seva eficàcia quan els seus usuaris:

- experimenten prou ansietat per estar motivats per a la teràpia, però no tanta per ser incapaços de canviar;
- tenen una actitud positiva envers la teràpia, la sol·liciten lliurement, estan disposats a participar activament i tenen l'esperança que els ajudarà;
- tenen competències socials (habilitats de comunicació, xarxa de suport social...);
- estan disposats a comunicar i examinar els seus sentiments;
- estan disposats a assumir la responsabilitat relacional dels seus comportaments i accepten el fet que la teràpia els comportarà certs sacrificis.

Com que la tipologia dels casos atesos pel servei prestat en el programa comporta algunes dificultats intrínseques amb algun d'aquests criteris de pronòstic òptim, és especialment important vetllar per una anàlisi detallada de la consulta inicial i fer tot el possible per garantir que la derivació minimitzi els seus efectes.

En aquest sentit, la **transició entre derivació i prestació** del servei s'hauria de plantejar detalladament les tres qüestions següents:

- Com ha arribat el client a sol·licitar ajuda psicoterapèutica?
- Quina és la seva posició respecte al canvi terapèutic? (Per exemple, utilitzant el model clàssic que la sistematitza en a) precontemplació, b) contemplació, c) preparació, d) acció, e) manteniment i f) acabament).
- A qui pot resultar útil convocar una primera sessió de contacte? En aquest punt aquest document s'inclina per una postura integradora sistèmica respecte a la idoneïtat de considerar la implicació del "sistema determi-



nat pel problema” en la teràpia. Tal implicació es dirigeix a mobilitzar, en sentit estricte, el sistema familiar i, en sentit ampli, el sistema de relacions pertinent per a cada cas en la mesura del possible.

En aquesta fase es realitzen les **entrevistes de contacte i l'exploració necessària** segons les tècniques adequades a cada cas seguint, per exemple, les propostes instrumentals incorporades en el document *Programa CaixaProinfància: Model de promoció i desenvolupament integral de la infància en situació de pobresa i vulnerabilitat*. Si la derivació s'ha realitzat amb criteris professionals, cal suposar que, en gran part dels casos, l'avaluació continuarà amb actuacions específiques de més intensitat. Per això, en aquesta fase s'establiran els objectius de la teràpia i la corresponent aliança terapèutica. L'esmentada intervenció es basa en la **Fitxa de primeres entrevistes** (per a concreció del treball que es realitzarà) i el **Contracte terapèutic**, document en el qual el terapeuta i el/s pacient/s acorden explícitament les condicions particulars aplicables al seu cas en referència als objectius o les fites de la teràpia; els canvis necessaris per arribar-hi; les característiques de la relació terapèutica pel que fa a tasques i vincle, i què fer en cas de conflictes o ruptures de l'aliança. Es pot incloure si es desitja informació contextual de la mateixa teràpia o del funcionament de l'entitat (durada de la teràpia, periodicitat de les sessions, política d'anul·lació...), però entenem que en aquest cas pot ser redundant, ja que ve estipulada pel programa del qual la teràpia forma part.

A més, en aquesta fase s'ha de preveure el retorn d'informació als professionals de referència que han derivat el menor i família.

7.4 Atenció psicoterapèutica

S'opta en aquest punt per un criteri d'estandardització procedimental però flexibilitat clínica casuística. En conseqüència, el que segueix és l'estructura bàsica del procediment psicoterapèutic per fases associades a la documentació necessària per justificar-lo i autoregular-lo.

En primer lloc, hem de considerar la **implementació de l'atenció terapèutica** en qualsevol de les tres modalitats previstes en el subprograma d'atenció psicoterapèutica personalitzada. Es tracta de posar en marxa el pla d'acció psicoterapèutic acordat en el contracte terapèutic segons les particularitats de cada cas. Aquesta acció es basa en la **Guia del procés** i els **Protocols de sessió**, els quals es descriuen a continuació:

- a. **Guia del procés**: document en què s'estableixen les línies generals de les particularitats del curs previsible de la teràpia en el cas del qual es tracti, especialment pel que fa a les variables de procés tals com relació, aliança terapèutica i vincle entre terapeuta i pacient.
- b. **Protocol de sessió**: document en què es registra, periòdicament després de cada sessió, un resum de: a) els principals temes que s'hi tracten, b) les proves passades si escau c) les principals intervencions o tècniques utilitzades pel terapeuta i d) les tasques assignades per a la sessió següent si fos adient.

En segon lloc, cal abordar específicament el **final de la teràpia**. S'hi arriba com a terme de la relació terapèutica, un cop assolits els objectius o extingit el límit de durada de la intervenció que considera el programa.

S'ha d'acompanyar aquest moment amb la documentació específica següent: a) protocol final de teràpia, i b) avaluació de la satisfacció del/s participant/s en el procés terapèutic.

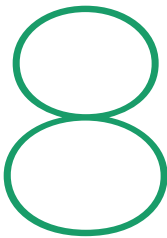
- a. **Protocol final de teràpia**: consta de dos apartats en què es recullen les dades generals del participant i la comparativa entre els problemes i motius presents en la demanda inicial vs. els resultats del procés terapèutic (vegeu annex 2).



- b. **Avaluació de la satisfacció dels participants en el procés terapèutic:** ítems que el participant ha d'avaluar en finalitzar la prestació del servei amb l'objectiu de valorar la seva satisfacció amb l'atenció rebuda (vegeu annex 3).

En el tancament de la teràpia s'haurà de preveure el **seguiment** posterior per avaluar el manteniment del canvi o, si escau, la possibilitat de reiniciar una altra intervenció. Es pot preveure la realització d'**entrevistes periòdiques de seguiment** i **qüestionaris de seguiment periòdics**.





Quines activitats s'ofereixen dins del subprograma d'atenció psicoterapèutica?

L'atenció psicoterapèutica s'estructura al voltant de les accions o activitats següents: avaluació i/o assessorament psicològic personalitzat; atenció psicoterapèutica personalitzada; atenció psicoterapèutica a famílies i tallers terapèutics grupals. Cada nen, nena, adolescent i/o família podrà participar en una o més modalitats en funció del que estipuli el pla de treball arran de l'avaluació. A continuació presentem les activitats organitzades en les fitxes resum següents.

Avaluació i/o assessorament psicològic personalitzat

Descripció	Accions d'avaluació o consultoria a nens, nenes, adolescents, famílies, de manera puntual vinculades a necessitats d'orientació i diagnòstic psicològic davant situacions que incideixen en els processos de desenvolupament i aprenentatge, inclòs el rendiment acadèmic del nen, la nena o l'adolescent.
Metodologia	Orientació i diagnòstic psicològic.
Edats	6-16 anys. En edats inferiors als 6 anys, l'avaluació té lloc mitjançant les dinàmiques familiars amb activitats d'atenció psicoterapèutica a famílies.
Ràtios	1 nen, nena o adolescent (i família).
Nombre professionals	Un professional.
Titulació professionals	Psicòlegs amb formació i experiència en el treball amb nens i famílies.
Durada	1-3 sessions.
Observacions	Aquest servei es proposa com a complement a l'establert en el programa socioeducatiu i es pot estructurar com a fase prèvia a la realització d'altres serveis d'atenció més específics.



Atenció psicoterapèutica personalitzada

Descripció	Aquest servei es proposa com a complement a l'establert en el programa socioeducatiu amb la finalitat de promoure capacitats i competències emocionals i sociocognitives de nens, nenes i adolescents. També es pot proporcionar donant suport psicològic a les "persones intermèdies" (per exemple, familiars o educadors).
Metodologia	Promoció de les capacitats i competències emocionals i sociocognitives. Suport psicològic.
Edats	6-16 anys.
Ràtios	1 nen, nena o adolescent.
Nombre professionals	Un professional.
Titulació professionals	Professionals titulats que compleixin criteris d'acreditació de la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes).
Durada	15 sessions, periodicitat entre setmanal i mensual, excepcionalment renovable un cop amb informe previ certificat que el justifiqui. Ha de tenir en compte la realització d'alguna entrevista de seguiment.
Observacions	Es considera preferible que el professional manifesti una bona flexibilitat i adaptabilitat metodològiques per poder tractar una gran varietat de casos, més que un gran coneixement teòric o superespecialització en trastorns específics.

Atenció psicoterapèutica a famílies

Descripció	Acció terapèutica continuada i incisiva que té com a objectiu principal millorar les relacions familiars disfuncionals. Es realitza amb els familiars directament implicats en la criança i creixement del nen o adolescent, amb la participació d'aquest o no, segons les tècniques.
Metodologia	Millorar i compensar la situació de necessitat específica detectada. Activitats adaptades a les necessitats específiques de cada família.
Edats	0-16 anys i familiars.
Ràtios	1 família.
Nombre professionals	Un professional.
Titulació professionals	Professionals titulats que compleixin criteris d'acreditació de la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes).
Durada	15 sessions per família, de periodicitat entre bisetmanal i mensual. En cas de crisi, es podrà plantejar una sèrie breu d'entrevistes familiars, segons el model d'"intervenció en crisi". L'ajuda terapèutica familiar es podrà renovar excepcionalment un cop per any amb informe previ certificat que el justifiqui.
Observacions	Es considera preferible que el professional manifesti una bona flexibilitat i adaptabilitat metodològiques per poder tractar una gran varietat de casos, més que un gran coneixement teòric o superespecialització en trastorns específics.



Tallers terapèutics grupals

Descripció	Activitats i dinàmiques orientades a millorar l'eficàcia en habilitats concretes, relacional, emocional, cognitiva o motriu. Busca promocionar la participació de les famílies en les xarxes socials de suport, focalitzant les famílies de la xarxa com a entorn d'acolliment i integració social.
Metodologia	Sèries de sessions centrades en el treball de grup (grups de nens, d'adolescents, de mares, de mares i pares, per exemple) i/o amb el model dels "grups operatius". La participació en els tallers de competències s'ha d'orientar envers la integració dels usuaris en la xarxa social de suport a les famílies.
Edats	0-16 anys i les seves famílies.
Ràtios	8-10 persones per grup.
Nombre professionals	Un professional.
Titulació professionals	Psicòlegs amb formació i experiència en teràpies grupals, preferentment professionals titulats que compleixin criteris d'acreditació de la FEAP (Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes).
Durada	Se suggereix treballar en sessions de dues hores els diferents continguts dels tallers en grups de 10 adults o 8 nens o adolescents (grups d'iguals o famílies). Es proposa un límit de 15 sessions anuals per a aquest tipus d'ajuda.
Observacions	També es pot plantejar la creació de grups terapèutics per a familiars de nens, nenes o adolescents amb trastorns mentals severos o discapacitats psíquiques amb la finalitat de millorar la salut de la convivència familiar, segons el model psicoeducatiu.





9 Quina metodologia s'utilitza en l'atenció psicoterapèutica?

La metodologia que s'utilitza en l'atenció psicoterapèutica ha d'estar harmonitzada amb el conjunt de les actuacions realitzades amb cada nen, nena, adolescent i família dins del programa. Donat el caràcter relativament intensiu i acotat en el temps de la pràctica psicoterapèutica que es proposa, s'ha de considerar que la seva eficàcia també ve condicionada per la qualitat del suport psicosocial que es pugui prestar des de l'actuació dels diferents professionals en xarxa. En conseqüència, considerem en aquest apartat aquelles qüestions, específiques a la psicoteràpia o complementàries, que haurien de guiar les accions amb menors i famílies que presenten dificultats o conflictes emocionals i de relació.

Abans de realitzar qualsevol intervenció terapèutica, tal com s'ha indicat, s'ha d'assegurar la realització d'una preavaluació. Es considera necessari avaluar-hi la dimensió social i la psicològica, tant en el conjunt familiar com en el nen, la nena o l'adolescent.

Pel que fa a la dimensió més social, s'haurà de considerar la situació de vulnerabilitat i risc psicosocial d'exclusió del nen o adolescent mitjançant els criteris socials habituals, complementats amb instruments d'avaluació sistematitzats (per exemple, escales de qualitat de vida com la *KidScreen* o similars).

Respecte a la dimensió psicologicofamiliar, s'hauria de poder qualificar la situació inicial de la família dins de tipologies o formes de funcionament familiar. Inicialment, es proposa l'agrupació següent, susceptible



de ser millorada o canviada en successives edicions d'aquest subprograma: 1) família amb funcions familiars normalitzades, 2) família funcional en crisi, 3) família disfuncional, i 4) família sociopàtica o "en reversió" (no només no compleix les funcions familiars necessàries per al creixement dels nens i adolescents, sinó que actua amb greu negligència o tendeix a alterar-ne el desenvolupament, facilitant-ne la participació en activitats o grups sociopàtics).

A escala psicosocial individual, és convenient determinar d'entrada una "línia de base" a la qual referir-se en el futur i poder comparar evolucions i teràpies. Provisionalment, almenys, proposem l'ús d'un instrument àmpliament conegut i utilitzat en la clínica psicosocial com és l'escala GAF del DSM-4 (*Global Assessment of Functioning*), que permet valorar l'adaptació i el funcionament socials del nen o nena i/o dels adults més significatius de la seva família, siguin quines siguin les seves possibles disfuncions o trastorns psicològics.

Abans de començar una intervenció intensiva o prolongada, la situació actual dels nostres coneixements fa pensar en la necessitat d'establir un diagnòstic clínic bàsic, o una aproximació. Sobre la base del diagnòstic psicosocial anteriorment descrit i segons els coneixements psicoterapèutics actuals, no convé realitzar una intervenció intensiva, llarga i costosa (com ho són moltes formes d'ajuda psicològica, psicosocial i psicoterapèutica), sense haver realitzat prèviament una aproximació almenys a la possibilitat que hi hagi trastorns clínics en el nen o l'adolescent. L'existència d'aquests trastorns no s'ha d'entendre com una exclusió automàtica del nen o adolescent del Programa CaixaProinfància. Si el trastorn fos greu, com ja s'ha assenyalat, implica la derivació als serveis públics del territori, però el programa hi pot col·laborar en alguns aspectes no coberts d'ajuda psicològica i psicosocial.

Si el trastorn és menys greu, en relació amb els esmentats serveis públics i la xarxa assistencial, pedagògica i de serveis socials del territori, s'haurà de decidir quin dispositiu es pot comprometre a l'adequat tractament psicològic del nen i la seva família.

Es proposa provisionalment que tot nen o nena menor de 3 anys sigui valorat a escala clínica com a mínim amb els grups globals descrits, per exemple, en la classificació "de 0 a 3". Per a nens i nenes més grans i púbers i adolescents, es proposa la utilització del diagnòstic de l'OMS, apartat de trastorns mentals, almenys amb els seus diagnòstics globals o en "grans grups". El diagnòstic clínic de caràcter psicosocial recull informació d'una àmplia gamma dels comportaments objecte de queixa i dels comportaments positius del nen o nena, dels paràmetres de resposta inadequada i les seves capacitats i disfuncions concretes. Tot això, unit a la informació de la salut general del nen o nena, dels seus antecedents personals i familiars, i de la història del seu desenvolupament emocional i relacional, amb l'objectiu de determinar-ne el funcionament global en les diverses àrees que se suposin relacionades amb el problema. Les dades provindran de les entrevistes, de l'observació directa o per persones intermèdies, i de les exploracions psicològiques i psicosocials realitzades, tot això tant amb el nen o nena com amb els seus cuidadors principals.

Com a criteri terapèutic bàsic, cal afavorir el suport psicosocial, i s'ha de considerar la importància de treballar sistèmicament o en "xarxa funcional", és a dir, dissenyar un pla d'actuació al voltant d'una persona o un sistema de persones que es considera adequat atendre. L'objectiu ha de ser millorar-ne les condicions de desenvolupament integral. Per fer-ho, en especial en els casos o situacions greus i/o complexos, es convoca i es constitueix una microxarxa de professionals que treballa juntament amb la persona (usuari/ària, pacient), ja sigui nen, nena, adolescent, mare, pare i/o sistema de persones (parella, família nuclear, família extensa). En aquesta xarxa funcional de cada cas complex ha de quedar clar qui és el "professional referent" (que centralitza la informació provinent dels diversos serveis i dispositius i de la xarxa social) i qui és el "clínic principal" (qui veurà el nen o adolescent i/o la seva família amb més profunditat o intensitat). Des d'aquesta estratègia, que pot implicar reunions presencials de coordinació ocasionals si la complexitat del cas ho aconsella, s'han de planificar activitats que puguin tenir un impacte en aquells factors que mantenen els pro-



bles i dificultats de la infància o per donar suport als esforços que persones i institucions ja realitzen en el sentit de resoldre-les o superar-les. Cal subratllar aquí l'especial importància preventiva de treballar conjuntament amb els serveis públics d'atenció primària i els serveis pedagògics, així com l'enfocament de treball basat en l'acció comunitària.



10 Com s'avalua el subprograma d'intervenció psicoterapèutica?

Les característiques de l'atenció psicosocial comporten una intervenció professional basada en l'avaluació continuada. No es fixen aquí criteris comuns del programa més enllà del compliment dels estàndards fixats en la descripció del subprograma. Correspon a cada professional (psicòlegs, psicòlogues i terapeutes) establir objectius de treball per a cada acció i avaluar els resultats obtinguts.

Com a criteris i indicadors principals d'avaluació del procés cal considerar:

- L'eficàcia en el desenvolupament del protocol (temps mitjà entre sol·licitud i inici de l'atenció, ús dels instruments previstos, comunicació i coordinació entre professionals).
- El grau de participació (assistència, anul·lació de sessions, abandonaments).
- El nivell de compliment dels requisits de funcionament del servei per part de les famílies (percentatge de compliment en relació amb acords o compromisos durant el procés).

Com a criteris i indicadors de resultat:

- El nivell d'assoliment dels objectius proposats per a cada destinatari, destinatària o família (escala de valoració en relació amb l'assoliment dels objectius marcats).
- Satisfacció de les persones destinatàries.

Avui dia hi ha diferents protocols d'avaluació del procés i resultat terapèutic. En general, comparteixen aspectes comuns pel que fa a la necessitat



d'avaluar sistemàticament i periòdicament els nivells de millora simptomàtica, aliança terapèutica i consecució de les fites terapèutiques.

Els resultats de l'avaluació podran ser requerits de manera sistemàtica per a l'avaluació general de l'eficiència del subprograma.



11

Com es pot col·laborar per millorar aquest subprograma?

En la redacció d'aquesta guia han participat diferents persones en qualitat d'expertes i coneixedores de l'aplicació del subprograma en diferents territoris. A més del model general presentat en el Programa CaixaProinfància, algunes experiències de contrastat rigor i qualitat generades a les xarxes territorials han servit de base per redactar aquesta guia, buscant alhora la qualitat i la viabilitat d'una proposta que entenem generalitzable.

Tant l'extensió a la qual ens hem vist abocats com el respecte a les diferents opcions terapèutiques ens han persuadit d'entrar en un excessiu nivell de detall en aspectes de metodologia. Per tot això, hem de considerar que la guia segueix oberta, en procés de construcció conjunta continuada tal com s'explica a la presentació.

No hi ha dubte que les característiques de complexitat dels casos als quals es destina el programa, les necessitats de la pràctica clínica actual respecte a gestió del coneixement que genera i el fet que es tracti d'un programa integrat fan aconsellable la creació de recursos en línia per a la coordinació i supervisió de l'esmentada pràctica. Pot ser molt interessant la creació de fòrums virtuals de comentari de casos, supervisió, connexió entre professionals i formació en línia, així com portals o aplicatius de gestió dels serveis i documents. Tals estratègies permeten la coordinació de recursos i intervencions, indispensable en situacions en què la multiproblemàtica de la situació que dona lloc a la demanda d'ajuda transcendeix les possibilitats reals d'un sol terapeuta o equip terapèutic. En qualsevol cas, aquest tipus d'iniciatives



en línia (desenvolupades d'acord amb la legalitat vigent pel que fa a la protecció de les dades dels usuaris segons ordena la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal) obren línies de millora i qualitat del servei que s'haurien de considerar.

En definitiva, seguint o no aquest format però amb l'objectiu de millorar i d'afavorir l'accés a recursos d'atenció psicoterapèutica de qualitat en totes les xarxes territorials, ens proposem en el futur recollir i donar suport a aquelles iniciatives d'innovació que s'emmarquen en aquest model presentat. D'aquesta manera, com un resultat més del treball en xarxa i fruit de la generositat dels qui busquen l'excel·lència en el seu treball, us convidem des d'aquestes pàgines a continuar aquest procés col·laboratiu de millora contínua.



12

Bibliografia comentada

Introducció i factors comuns

Feixas, G. i Miró, M.T. (1993), *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*, Barcelona: Paidós.

En aquesta obra es presenta el sorgiment i desenvolupament de la psicoteràpia en els seus models diferenciats psicoanalítics, humanisticoexistencials, conductuals, cognitius i sistèmics, alhora que es recullen les recents tendències integradores entre si. Així mateix, s'exposen les aportacions teòriques i pràctiques més innovadores de cada model i es revisa l'estat actual de la psicoteràpia a partir de la investigació psicoterapèutica dels últims anys.

Fernández-Alvarez, H. i Opazo, R. (2004), *La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico*, Barcelona: Paidós.

Els autors presenten una síntesi de l'evolució del moviment integrador en la psicoteràpia actual. L'esmentat moviment d'investigació clínica i acadèmica que va conduir al desenvolupament dels models integratius es va posar en marxa buscant extreure les millors qualitats de cada proposta. Les qüestions que el van guiar, i que tracta aquest treball, van ser, entre d'altres, si existeixen algunes formes de teràpia que són superiors a d'altres i quines semblances i diferències hi ha en aquesta gran pluralitat de procediments que formen part de l'univers de la psicoteràpia en l'actualitat. El text està destinat a mostrar aplicacions d'un model integratiu en diferents àrees de la clínica, i es completa amb una actualització sobre els problemes que planteja la formació de terapeutes dins d'aquesta línia de treball.



Kleinke, C.L. (1995), *Principios comunes en psicoterapia*, Bilbao: Desclee de Brower.

Obra d'especial interès per als qui desitgen conèixer què tenen en comú diverses teories i escoles psicoterapèutiques. L'autor insisteix a oferir suggeriments pràctics que els terapeutes puguin emprar en el seu treball amb els clients: com desenvolupar habilitats de psicoteràpia, com establir bones relacions de treball amb clients, com tractar els dilemes ètics, com començar i acabar la teràpia i molts altres temes d'interès.

Teràpia cognitiva amb nens

Friedberg, R. i McClure, J. (2012), *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, Barcelona: Paidós.

Manual sistemàtic i complet de teràpia cognitiva amb nens i adolescents. Els autors expliquen com adaptar els principis i procediments de la teràpia cognitiva a les necessitats individualitzades de nens que presenten una àmplia varietat de problemes. El llibre inclou molts exemples que il·lustren el que ha de fer un professional experimentat en aquests casos.

Teràpia narrativa amb nens

Freeman, J., Epston, D. i Lobovits, D. (2001), *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*, Barcelona: Paidós.

Els autors parteixen de la base que és possible conservar el sentit de l'humor mentre s'aborden amb eficàcia situacions de rellevància clínica en el treball amb nens i famílies i de com podem invitar tant els nens com les seves famílies a aportar els seus recursos imaginatius i creatius per arribar a comprendre la complexitat sociocultural dels problemes. D'aquesta manera, la teràpia narrativa anima els nens i les seves famílies a utilitzar recursos abans ignorats per solucionar els problemes amb què s'han d'enfrontar.

Teràpies sistèmiques amb nens

Cirillo, S. i DiBlasio, P. (2009), *Niños maltratados: Diagnóstico y terapia familiar*, Barcelona: Paidós.

Abordament sistèmic del fenomen del maltractament, abús i abandonament en el context familiar. El treball estudia les causes i intervencions terapèutiques aconsellables en aquests casos. Com és habitual des de l'òptica sistèmica, els autors miren de donar una resposta que fugi del simplisme i que sigui tan complexa com el mateix fenomen dels maltractaments.

Teràpia psicoanalítica

Coderch, J. (2007), *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*, Barcelona: Herder.

L'autor exposa els elements comuns i diferencials entre psicoanàlisi i psicoteràpia psicoanalítica, entesa com a aplicació terapèutica preponderant de la psicoanàlisi. Amb el pas del temps i l'augment de l'experiència, s'han anat estructurant els procediments tècnics, els límits i les àrees pròpies d'aquesta classe de teràpia. Aquesta obra exposa, per mitjà de bases conceptuals i teòriques precises, els diversos aspectes pràctics i les tècniques concretes de l'esmentada psicoteràpia i constitueix un esforç per sistematitzar-la des del punt de vista tècnic.

A més d'aquesta breu bibliografia de referència, a la llista de *bookmarks* següent es troba informació i enllaços a les principals fonts documentals en l'àmbit de les psicoteràpies contemporànies, tant nacionals com internacionals: <http://www.delicious.com/lluisbg>



Annex 1

Fitxa de derivació al servei d'atenció psicoterapèutica personal i familiar

S'ha explicat clarament que aquest subprograma no pretén suplir la xarxa pública de salut mental, per la qual cosa estableix una sèrie de criteris d'exclusió o de derivació a recursos externs al programa, si fos el cas. Excloent aquests criteris, els indicadors que conformen el perfil destinatari del subprograma d'atenció psicoterapèutica s'indiquen a continuació. Amb això, es pretén facilitar als professionals referents de l'acció social per a cada família la derivació dins de la xarxa local als serveis especialitzats d'atenció psicoterapèutica.

1. Dificultats de relació:

- 1.1 Amb els professors o adults en general
- 1.2 Amb els companys/es
- 1.3 Amb el pare i/o mare
- 1.4 Amb els germans/es

2. Problemes de conducta

- 2.1 Conductes problemàtiques a casa, el col·legi i/o el carrer
- 2.2 Conductes agressives
- 2.3 Conductes de risc social i/o personal
- 2.4 Conductes o actituds sexualitzades no adequades a l'edat
- 2.5 Conducta oposicionista
- 2.6 Conductes adultes inapropiades o excessivament infantils per a l'edat
- 2.7 Dificultats per a l'autocontrol del seu comportament
- 2.8 Diagnòstic d'hiperactivitat i/o dèficit d'atenció

3. Problemes emocionals

- 3.1 Bloquejos
- 3.2 Por
- 3.3 Ansietat



- 3.4 Apatia
- 3.5 Depressió
- 3.6 Escassa o nul·la tolerància a la frustració
- 3.7 Altres

4. Problemes d'interacció social

- 4.1 Retraïment social
- 4.2 Conductes que reflecteixen poca o nul·la capacitat d'empatia

5. Problemes d'estructura i/o dinàmica familiar

- 5.1 Dificultats per establir vincles segurs en l'entorn familiar
- 5.2 Estructura familiar disfuncional
- 5.3 Disfuncionalitat en la dinàmica familiar
- 5.4 Trastorn mental en un membre del subsistema parental que estigui afectant el benestar emocional del menor
- 5.5 Situacions de malaltia o discapacitat d'algun membre del subsistema parental que estigui afectant el benestar emocional del menor

6. Dificultats d'aprenentatge/acadèmiques sense l'existència de deficiència cognitiva

7. Dificultats adaptatives

- 7.1 Vinculades a situacions de dol (mort, separació, migració...)
- 7.2 Vinculades a l'adaptació a canvis i transicions evolutives (maduració personal, canvis en l'estructura del sistema familiar, crisi...)

Altres (especifiqueu)

Annex 2

Model de protocol de final de teràpia

(Proposta orientativa de model que cada servei haurà d'adaptar a les seves necessitats).

a. DADES GENERALS

Codi del pacient

--	--	--	--	--	--	--

Data d'inici de la teràpia (dia, mes i any):

Data de finalització de la teràpia (dia, mes i any):

Nombre de sessions planificades:

Nombre de sessions a les quals ha assistit:

Nombre de sessions a les quals no ha assistit:

Tipus de teràpia amb aquest pacient

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psicodinàmica | <input type="checkbox"/> Centrada en el client | <input type="checkbox"/> Integradora |
| <input type="checkbox"/> Conductual | <input type="checkbox"/> Sistèmica | <input type="checkbox"/> Cognitiva/conductual |
| <input type="checkbox"/> De suport | <input type="checkbox"/> Estructurada/breu | <input type="checkbox"/> Cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu) | | |



Modalitat de teràpia amb aquest pacient

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Familiar |
| <input type="checkbox"/> De grup | <input type="checkbox"/> De parella |

Freqüència de les sessions

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Més d'una per setmana | <input type="checkbox"/> Menys d'una per setmana |
| <input type="checkbox"/> Una per setmana | <input type="checkbox"/> Sense freqüència fixa |

El final de teràpia s'ha produït...**DE FORMA NO PLANIFICADA**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A causa d'una crisi | <input type="checkbox"/> El client no volia continuar |
| <input type="checkbox"/> A causa d'una pèrdua de contacte | <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu) |

DE FORMA PLANIFICADA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Planificada des de l'inici | <input type="checkbox"/> Acordada al final de la teràpia |
| <input type="checkbox"/> Acordada durant la teràpia | <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu) |



b. PROBLEMES/MOTIUS DE DEMANDA INICIAL I RESULTATS DEL PROCÉS TERAPÈUTIC

	Grau de gravetat a l'inici (0 a 10)	Tractat en teràpia (sí/no)	Grau de gravetat al final (0 a 10)
1. Dificultats de relació:			
1.1 Amb els professors/adults en general			
1.2 Amb els companys/es			
1.3 Amb el pare i/o mare			
1.4 Amb els germans/es			
2. Problemes de conducta			
2.1 Conductes problemàtiques a casa, el col·legi i/o el carrer			
2.2 Conductes agressives			
2.3 Conductes de risc social i/o personal			
2.4 Conductes o actituds sexualitzades no adequades a l'edat			
2.5 Conducta oposicionista			
2.6 Conductes adultes inapropiades o excessivament infantils per a l'edat			
2.7 Dificultats per a l'autocontrol del seu comportament			
2.8 Diagnòstic d'hiperactivitat i/o dèficit d'atenció			
3. Problemes emocionals			
3.1 Bloquejos			
3.2 Por			
3.3 Ansietat			
3.4 Apatia			
3.5 Depressió			
3.6 Escassa o nul·la tolerància a la frustració			
3.7 Altres			
4. Problemes d'interacció social			
4.1 Retraïment social			
4.2 Conductes que reflecteixen poca o nul·la capacitat d'empatia			
5. Problemes d'estructura i/o dinàmica familiar			
5.1 Dificultats per establir vincles segurs en l'entorn familiar			
5.2 Estructura familiar disfuncional			
5.3 Disfuncionalitat en la dinàmica familiar			
5.4 Trastorn mental en un membre del subsistema parental que estigui afectant el benestar emocional del menor			
5.5 Situacions de malaltia o discapacitat d'algun membre del subsistema parental que estigui afectant el benestar emocional del menor			
6. Dificultats d'aprenentatge/acadèmiques sense l'existència de deficiència cognitiva			
7. Dificultats adaptatives			
7.1 Vinculades a situacions de dol (mort, separació, migració...)			
7.2 Vinculades a l'adaptació a canvis i transicions evolutives (maduració personal, canvis en l'estructura del sistema familiar, crisi...)			
Altres (especifiqueu)			



Risc

Suïcidi	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
Autolesions	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
Agressions a altres	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt
Complicacions legals	<input type="checkbox"/> Nul	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Bastant	<input type="checkbox"/> Molt

Factors contextuals

Motivació	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Mitjana	<input type="checkbox"/> Alta
Aliança	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Mitjana	<input type="checkbox"/> Alta

Beneficis de la teràpia

<i>Insight/Comprensió</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Expressió de sentiments/problemes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Exploració de sentiments/problemes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Estratègies o tècniques d'afrontament	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Accés a ajudes pràctiques	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Control/planificació/resolució de problemes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Benestar subjectiu	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Síntomes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Funcionament diari	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Relacions interpersonals	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu
Altres beneficis (especifiqueu)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objectiu

Annex 3

Avaluació de la satisfacció dels participants en el procés terapèutic

1. Capacitat del professional que els va atendre en les sessions de teràpia	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta
2. Satisfacció general amb l'atenció rebuda	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta
3. Valoració global de la seva satisfacció amb l'experiència en el servei	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta
4. Utilitat de la intervenció concreta en el seu cas	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta
5. Capacitat del professional que els va atendre en les entrevistes de contacte	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta
6. Utilitat del que ha après	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta
7. Millora experimentada	<input type="checkbox"/> Nulla <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mitjana <input type="checkbox"/> Bastant <input type="checkbox"/> Molta

Els papers utilitzats en aquesta publicació són:
Folding R7B de 295 g FSC per a la coberta
i Offset Edixion de 80 g per a l'interior.
Tots dos papers tenen el seu origen en boscos
generats de manera sostenible i disposen
de la certificació de cadena de custòdia
de la producció del paper.



Obra Social "la Caixa"