



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Abriendo círculos

Proyecto de intervención grupal con familias y usuarios
del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de
Movera.

Autora:

Nuria Martínez Pérez

Director:

Santiago José Boira Sarto

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Año 2016

Tabla de contenido

Índice de Ilustraciones.....	iii
Índice de tablas.....	iii
Introducción	1
Capítulo 1: Metodología.....	2
Capítulo 2. Fundamentación.....	4
2.1. ¿A que nos referimos cuando hablamos de salud mental infanto-juvenil?.....	4
2.1.1 ¿Qué es salud mental?	4
2.1.2. Abordaje desde las primeras etapas vitales	6
2.2. Trastorno Mental Grave en la infancia y adolescencia	6
2.2.1. Prevalencia	7
2.2.2. Atención y promoción desde la prevención.....	11
2.3. Una mirada sobre la asistencia sanitaria en salud mental infanto-juvenil.....	13
2.3.1 Niveles asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia en I Comunidad de Aragón..	15
2.4. Importancia del contexto familiar. Planteamiento desde una perspectiva sistémica	17
2.4.1. Aproximación al concepto de familia	17
2.4.2. Abordaje del término desde la teoría General de los Sistemas	18
2.4.3. La familia como causante y agravante de enfermedad mental	19
2.4.4. ¿Cómo vive la familia la enfermedad mental?	20
2.5. Marco legislativo	22
Capítulo 3: Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del proyecto.....	26
3.1. Concepciones y creencias que se propagan socialmente	26
3.1.1. Estigma social sobre enfermedades mentales graves. Visión y realidad	26
3.1.2. Dificultad añadida de la etapa adolescente	27
3.1.3. Cambios familiares	28
3.2. Trabajo Social en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil (SMIJ)	29
3.2.1. La importancia de definir un método de intervención en Trabajo Social	30
3.2.2. Área del Trabajador Social en un Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental	31
Capítulo 4: Contextualización y Diagnóstico.	35
4.1. Necesidades asistenciales en Salud Mental-Infanto Juvenil	35
4.2. Contexto del Centro Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera.....	36
4.3. Análisis DAFO.....	38
4.4. Análisis de problemas.....	41

Capítulo 5. Diseño del proyecto de intervención	43
5.1. Descripción del proyecto	43
5.2. Marco institucional, ámbito territorial de actuación	44
5.3. Finalidad y objetivos	45
5.4. Metodología del proyecto	46
5.4.1. Construcción del grupo.....	46
5.4.2. Rol de la Trabajadora Social dentro del grupo	47
5.5. Desarrollo de las sesiones y actividades.....	48
Sesión 1: ¡Preséntame!.....	48
Sesión 2: Somos un grupo de grupos	48
Sesión 3: Hablando nos entendemos	49
Sesión 4: ¡Los conflictos no pueden con nosotros!	49
Sesión 5: Anuncio de televisión.....	49
Sesión 6: Desde las raíces	50
Sesión 7: Sentimientos que viajan.....	50
Sesión 8: Familia, grupo primario de apoyo y socialización.	50
Sesión 9: ¿Qué está pasando?	51
Sesión 10: Todo tiene un principio y un final	51
5.6. Temporalidad de las actividades. Cronograma	52
5.7. Recursos.....	53
5.7.1. Personales.....	53
5.7.2. Materiales.....	53
5.7.3. Técnicos:	53
5.8. Seguimiento y evaluación.....	54
5.9. Presupuesto y fuentes de financiación	55
Conclusiones.....	56
Bibliografía	58

Índice de Ilustraciones

<i>Ilustración 1: Patología atendida en el Área V (USMIJ Actur-Sur). Datos años 1998/99</i>	8
<i>Ilustración 2: Diagnósticos CIE-10 primeras visitas USMIJ Teruel (Area IV). Años 98/99</i>	9
<i>Ilustración 3: Árbol de problemas.....</i>	42

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Prevalencia de los trastornos mentales de niños y jóvenes en algunos países según diferentes estudios. EDAD-PREVALENCIA.</i>	7
<i>Tabla 2 : Resultados nacionales de la Estadística de Suicidio en España 2006.....</i>	10
<i>Tabla 3:DAFO.....</i>	38
<i>Tabla 4: Cronograma.....</i>	52

Introducción

Se habla de Trastornos Mentales Graves en la infancia y la adolescencia para hacer referencia a una serie de patologías psíquicas que afectan de forma inmediata al desarrollo y socialización del niño gravemente. En estas primeras etapas del ciclo vital de las personas, es fundamental tener en cuenta el tipo de parentalidad del menor como variable individual más influyente en su salud y consecuentemente en su salud mental. (Mollejo, 2012). Estas patologías que influyen en la inserción social, en las relaciones primarias y en la convivencia del menor con el contexto más inmediato deben ser atendidas mediante un abordaje comunitario y a la vez sectorizado, que atienda al individuo en sociedad, evitando la marginalidad que puede conllevar la enfermedad.

El proyecto propuesto tiene como finalidad la intervención multifamiliar con usuarias/os del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera a través de la elaboración de un programa de verano que introduzca a los familiares más directos en una dinámica colaboradora y participativa, además de favorecer la ocupación de tiempo libre en familia mediante actividades comunitarias y de habilidades sociales, proporcionando además continuidad al tratamiento.

El interés por este tema motivó la elección de las Prácticas de intervención en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera. En el Centro, el Equipo Multidisciplinar trabaja por reducir y estabilizar la sintomatología y el malestar del joven enfermo incidiendo en su mundo y facilitando su integración. En este sentido, el contexto más inmediato por lo general con el que trabaja la trabajadora social desde su área es la familia.

Por este motivo y tras estudiar los Trastornos Mentales Graves en la infancia y adolescencia y la atención proporcionada desde salud mental infanto-juvenil y concretamente en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera, se centra la intervención en dar respuesta a las necesidades sociales de esta población desde el área del Trabajo Social. Concretamente se propone desarrollar una estrategia completaría que dé respuesta al bajo nivel de intervención multifamiliar.

Favorecer un espacio común para los familiares más directos (convivientes, cuidadores) en el que sean colaboradores y un agente activo en el tratamiento de sus hijas/os, de desarrollo de habilidades sociales y relacionales en un periodo de tiempo en el que se prolonga la estancia en el domicilio, concibiendo a la familia como el medio principal de desarrollo. Además a través de este programa se proporciona un espacio de relación familiar que permite aprovechar el tiempo libre y un seguimiento de los casos para que no se produzca una ruptura con el tratamiento.

Capítulo 1: Metodología

El trabajo que se presenta tiene tres objetivos principales: 1) Abordar los aspectos más relevantes en salud mental infanto-juvenil, especialmente los referidos a los Trastornos Mentales Graves en la infancia y la adolescencia; 2) Identificar problemas y necesidades que suscita la asistencia a la población objeto y el abordaje desde el área del Trabajo Social; 3) Elaborar un proyecto de intervención con familiares de usuarios menores con trastorno mental grave.

Como se comentó en la introducción, el reto comienza en octubre de 2015 con la elección del Prácticum de Intervención en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera como Trabajadora Social. Durante estos casi cinco meses de prácticas, se conoció el funcionamiento del recurso interviniendo desde el área del Trabajo Social. Se consultaron y estudiaron diferentes informes, se realizaron entrevistas con usuarios y familias, se recogió información sobre la labor de los diferentes profesionales, se estudiaron materiales proporcionados por la trabajadora social del propio Centro. La observación participativa, la recogida de datos cualitativos y cuantitativos y el seguimiento de los casos durante este tiempo de prácticas ayudaron de manera significativa al proyecto que aquí se presenta.

Para completar este estudio y llevar a cabo el presente Proyecto Fin de Grado, a lo anterior se suma la aplicación de otras técnicas de recopilación de datos:

- En un primer momento se comienza haciendo un estudio analítico y preciso de cómo se elabora un proyecto de intervención social, siguiendo a Ulla y Giomi (2006).
- Una vez estudiada la Guía nombrada en el punto anterior, se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante la búsqueda y lectura de documentos existentes que fuesen adecuados y relevantes para los temas a abordar. Siendo estos diversos documentos en formato PDF, libros, artículos, estudios...a los cuales se ha conseguido acceder a través de repetidas búsquedas en el buscador y catálogo de la Universidad de Zaragoza, Alcorze, Dialnet, Scielo, primordialmente.
- Revisión de la legislación pertinente desde un nivel macro a un nivel micro. Aportando la legislación más relevante respecto al tema en cuestión. A nivel mundial, Europeo, en el país y concretamente en la Comunidad de Aragón.
- Realización de entrevistas cualitativas a diferentes profesionales del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera, en el que se llevaría a cabo el proyecto planteado. Estas entrevistas se realizaron una vez finalizadas las prácticas en el Centro, se estableció contacto con las profesionales y se acordaron las fechas. La primera

entrevista fue con la psicóloga como directora del Centro de Día (47 min), tuvo lugar en su despacho el día 16 de marzo de 2016. Posteriormente el día 26 de octubre se acude al Centro para realizar las dos entrevistas restantes, primero a la trabajadora social (30 min y 8 segundos) a las 12:00h y después de esta a la terapeuta ocupacional (15 min y 6 segundos). Se consideran fundamentales estas entrevistas para corroborar lo aprendido durante el periodo de prácticas y para dejar constancia del funcionamiento y diferentes actuaciones que allí se llevan a cabo, puesto que no cuenta con ningún documento formal ni memoria del Centro. Además se procede a la identificación de perfiles de usuarios y familiares. Es relevante mencionar un problema metodológico en la reproducción de las entrevistas, detectándose en las grabaciones fallos de reproducción en los últimos minutos de dos de estas entrevistas. El percance surgido se intenta reparar con las anotaciones recogidas a mano durante la realización de estas entrevistas.

- Con intención de esquematizar, aclarar y estructurar las necesidades y las potencialidades relativas al Centro de Día, se construye el análisis DAFO a partir de lo extraído de las entrevistas y lo expuesto en la fundamentación teórica.
- Finalmente se propone un árbol de problemas que refleja el problema central al que se pretende dar respuesta y que es el punto de partida para plantear los objetivos del proyecto.

Durante el periodo de prácticas en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental y la posterior documentación y recogida de información ya mencionada, se ha podido conocer el funcionamiento del Centro y la metodología de trabajo llevada a cabo, como también la importancia del trabajo con las familias, ya que en el Centro, desde el área de Trabajo Social se trabaja desde un enfoque sistémico, bio-psico-social.

Desde esta perspectiva, el área del Trabajo Social actúa en la línea de conseguir una mayor integración adaptativa de las/os jóvenes en el entorno comunitario, así como posibilitar un marco familiar que ayude en su recuperación. La labor de la Trabajadora Social, se basa en trabajar la parte más social, tratando fundamentalmente con las familias de las/os pacientes-alumnas/os¹ que acuden al Centro de Día Infanto-Juvenil de Movera.

¹ A partir de aquí no se utilizará más la referencia a ambos sexos por cuestiones de espacio y de agilidad en la escritura. Se utiliza el masculino haciendo referencia a individuos, humanos, sin tener en cuenta el sexo.

Capítulo 2. Fundamentación

Esta fundamentación aborda las bases teóricas de los aspectos esenciales en relación a la situación de los menores con Trastornos Mentales graves (a partir de ahora TMG). Se presentan así pues conceptos y diferentes concepciones y explicaciones sobre términos que se engloban en el área de la salud mental infanto-juvenil, como pueden ser: salud, salud mental, TMG en infancia y adolescencia, etc. Además de hacer referencia a la preocupación que suscita este tema en la actualidad, así como su abordaje y tratamiento desde los recursos existentes para ello. También se hace referencia al papel que representan las familias ante patologías psíquicas de los miembros más jóvenes del núcleo familiar. Para cerrar el capítulo se considera una recopilación normativa y legislativa referente a la atención y evolución de la salud mental infanto-juvenil.

2.1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud mental infanto-juvenil?

2.1.1 ¿Qué es salud mental?

Para entrar en materia y a modo introductorio, es necesario describir lo que se entiende por salud, ya que la salud mental es una concreción importante a la que refiere este concepto. De esta forma, el concepto más popularizado y extendido que sirve como referente a nivel mundial, es el que establece la OMS en el *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”(6) En este concepto, la salud mental es un elemento destacado de salud y bienestar. De manera más explícita, un poco más adelante y en este mismo plan, la OMS explica y conceptualiza este término como “*un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad*”. (Organización Mundial de la Salud, 2013: 7)

Se dice que la referida definición de salud que proporciona la OMS, es la más extendida y aceptada puesto que en lo que respecta al término de salud, no se ha podido llegar a un acuerdo entre profesionales de diferentes áreas para establecer una definición científica que sea satisfactoria y compartida por todos, debido al carácter cambiante de la misma. En Miranda, Garcés, Sarasola, Merino y Seva-Díaz (1990) también se hace referencia a la dificultad encontrada a la hora de establecer una definición concreta para este término, por no ser la salud una realidad concreta y que refiere a circunstancias humanas, haciendo que la conceptualización de salud dependa de la cultura en la que se produce. A partir de esta idea, se considerará apropiado y necesario que en la definición de salud se haga referencia a un sistema sanitario y una política sanitaria determinada.

En la definición que aporta la OMS, el término salud no queda supeditado únicamente a lo que se entiende por enfermedad, como suele pasar habitualmente cuando se habla de salud desde una perspectiva médica, que se alude a la salud física y mental en términos negativos. El Comité de Expertos de Higiene Mental de la IMS no considera adecuado ni satisfactorio definir la salud mental desde una perspectiva negativista. Además hay que apuntar que tanto el concepto de salud como el de enfermedad no serán términos estáticos, serán cambiantes y entendidos de diferente forma según el contexto, la sociedad, el tiempo, la clase, el género, etc.

En Becerra y Kennel (2008) se teoriza esta idea a través del “Proceso del complejo salud-enfermedad y la salud mental”. Así, se habla de salud como un término relativo a la ausencia de enfermedad según estén entendidas estas en un determinado tiempo, sociedad, contexto, etc. Por lo tanto, la salud o la enfermedad no son algo único e intrínseco al individuo, sino que son concepciones relativas y cambiantes, lo que hace entender que no sea un concepto estático, idea un tanto contradictoria al concepto que aporta la OMS. Que a pesar de ser un referente y una cita imprescindible, también ha recibido sus críticas en referencia a su escasa operatividad o el hecho de fundamentarla a través de la percepción del bienestar, como analizan (Pineault, 1987; Piédrola-Gil, 1990).

Con intención de clarificar y acercarse a comprender el concepto de salud, Goldberg (1979) hace un análisis minucioso de las diferentes definiciones propuestas por diversos autores clasificándolas en tres modos de aproximación que considera complementarios. Distingue así entre: Un enfoque perceptivo, donde cabría situar la definición que aporta la OMS, por entender la salud como percepción de bienestar; el enfoque funcional, que describe la salud como una capacidad del individuo para funcionar y llevar a cabo las funciones diarias y cotidianas, seguido por sociólogos funcionalistas como Parsons; y por último, el mixto, que recoge elementos de los dos anteriores.

Por lo tanto, al ver que existe consenso general en que la salud, y por tanto, la salud mental es algo más que la ausencia de enfermedad mental, se define en el *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing* como:

La capacidad de recuperación emocional y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y para sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentido positivo de bienestar y una creencia subyacente en el nuestro, y 'dignidad y el valor de los demás. (Myers, McCollam & Woodhouse, 2005:18)

Con esta definición que integra un sentido positivo de bienestar, se rompe con la idea primaria de que la salud mental sea lo contrario a enfermedad mental, y se tiene en cuenta como un indicador influyente para determinar los pensamientos y actuaciones individuales, la interpretación de los hechos y actuaciones propias y del entorno. Afecta también a las capacidades de asimilación y aprendizaje, sobre la comunicación y las relaciones sociales que se vayan creando y afianzando; así como sucesivos cambios que se planteen en la vida. (Myers, McCollam & Woodhouse, 2005).

2.1.2. Abordaje desde las primeras etapas vitales

Ahora bien, cuando se hace alusión al abordaje y promoción de la salud mental, es imprescindible que sea atendida desde la infancia o incluso la etapa prenatal, dado que las bases para una adecuada salud mental empiezan a configurarse incluso antes del nacimiento (Alcamí, Ortiz y Terán, 2012).

Cuando la OMS habla de salud mental, en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*, ya mencionado, se hace referencia de manera concreta a lo que se entiende por salud mental del niño, resaltando en ésta aspectos más propios del desarrollo, las capacidades de gestión emocionales y de socialización. Así como habilidades para desarrollar aptitudes de aprendizaje y educacionales que les aportarán las herramientas necesarias para participar activamente en la vida social. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Por lo tanto, es importante que tanto los miembros del núcleo familiar como los centros escolares, siendo ámbitos primarios de desarrollo y socialización del niño, reciban información y concienciación sobre el tema, ya que serán las figuras de referencia principales para el niño durante su desarrollo tanto psíquico como físico. De estos adoptará y aprenderá diversas conductas y comportamientos que fundamentarán y serán la base de su posterior desarrollo.

2.2. Trastorno Mental Grave en la infancia y adolescencia

Centrando la atención en el periodo de etapa infantil y adolescente, será preciso concretar cómo se entienden los Trastornos Mentales Graves en estas etapas del ciclo vital de las personas.

Los TMG aluden a una serie de patologías psiquiátricas que pueden aparecer en la infancia y la adolescencia y q por su gravedad y tendencia a la cronicidad comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de aquellos niños o adolescentes que lo padecen. A diferencia de los TMG en adultos, que implica un criterio de cronicidad, en la infancia y adolescencia con un abordaje precoz e integral se puede evitar en muchos casos la aparición de esta patología. (Alcamí y Ortiz, 2012:13)

Por lo que se pretende hacer alusión a las características generales que describen a las personas que sufren de enfermedad mental y acceder a los aspectos más fundamentales que recubren este tema, con el objetivo de entender y contextualizar los TMG.

Según Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid (2006) se caracteriza a las personas que padecen algún tipo de Trastorno Mental, por sufrir alteraciones de comportamiento que pueden ocasionar cierto grado de discapacidad o dificultades de interacción social con el entorno y que presentarán necesidad de recibir atención en diferentes recursos integrados en la red de atención psiquiátrica y social.

2.2.1. Prevalencia

Según estudios publicados se estima que **a nivel mundial** un 20% de niños y adolescentes padecen algún tipo de enfermedad mental, siendo destacados los síntomas depresivos por su gran incidencia y magnitud. Se estima que todos estos, entre un 4 y 6% sufre de TMG y necesitará atención clínica (World Health Organisation, 2005). Para hacerse a la idea de la prevalencia de enfermedad mental en la población infanto-juvenil a nivel mundial, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos mentales de niños y jóvenes en algunos países según diferentes estudios. EDAD-PREVALENCIA.

País	Estudio	Edad	Prevalencia %
Brasil	Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004	7-14	12'7
Canadá (Ontario)	Offord et al., 1987	4-16	18'1
Etiopia	Tadesse et al., 1999	1-15	17'7
Alemania	Weyerer et al., 1988	12-15	20'7
India	Indian Council of Medical Research	1-16	12'8
Japón	Morita et al., 1993	12-15	15'0
España	Gomez-Beneyto et al., 1994	8, 11, 15	21'7
Suiza	Steinhausen et al., 1998	1-15	22'5
USA	United States Department of Health and Human Services, 1999	9-17	21'0

Fuente: Tizón, 2008.

En la actualidad y referido a los países de la **Unión Europea**, es elevada la prevalencia de enfermedad mental o trastorno mental en niños y adolescentes. Diversos estudios dejan constancia de que aunque en torno a un 80% de los niños y adolescentes europeos gozan de buena salud, una quinta parte de los menores de países de la Unión Europea padecen trastornos del desarrollo, emocionales o de comportamiento. Lo que en cifras se traduce en que aproximadamente 2.000.000 de jóvenes menores de 18 años de edad de la Región Europea de la OMS sufren de trastorno mental. (Tizón, 2008)

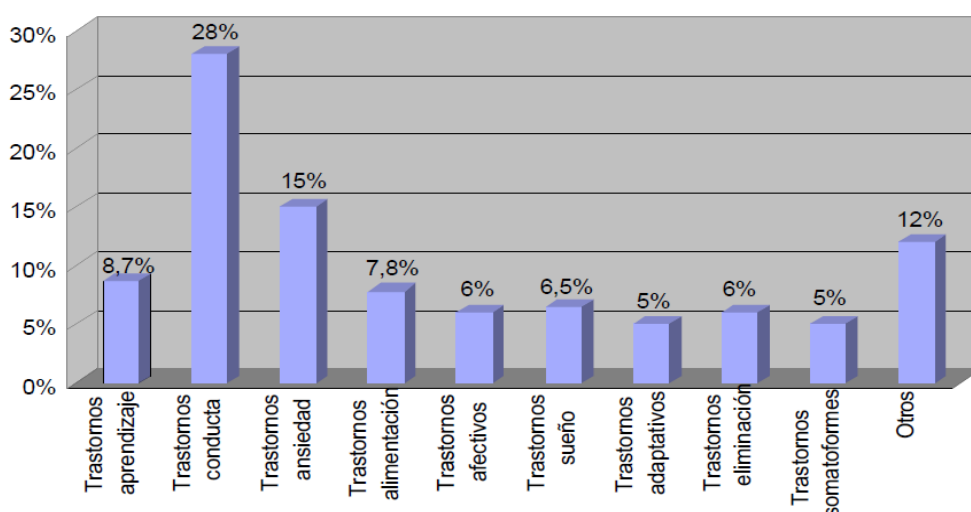
Intentando una aproximación a la prevalencia de problemas mentales en **la población infanto-juvenil española**, la Encuesta Nacional de Salud (2006) estima que el 10,4% de niños y el 4,8% de

niñas entre 0 y 15 años presentarían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria.²

Como se ha señalado, es notoria la prevalencia de síntomas depresivos en niños y jóvenes entre las enfermedades mentales. Según se constata en la *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*, un estudio realizado en España a una muestra de 404 niños, demostró que la depresión, después de los trastornos de conducta, era el segundo diagnóstico más frecuente, estimando un porcentaje de 14,6% entre los casos que demandaron ser atendidos. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

A nivel autonómico, según datos del Gobierno de Aragón, Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales (2002), los problemas de salud mental en jóvenes son significativamente frecuentes, alcanzando una prevalencia del 15% de la población (10% en preescolares, 13% en adolescentes y 16% en postadolescentes); además, se encuentra en este grupo una fuerte correlación entre desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo. En el *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil* (Servicio Aragonés de Salud, 2003) se pueden deducir datos que indican la prevalencia de TMG en jóvenes aragoneses a través de los trastornos que presentó este sector de población en los años 1998/99 cuando fueron atendidos en diferentes áreas pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil:

Ilustración 1: Patología atendida en el Área V (USMIJ Actur-Sur). Datos años 1998/99

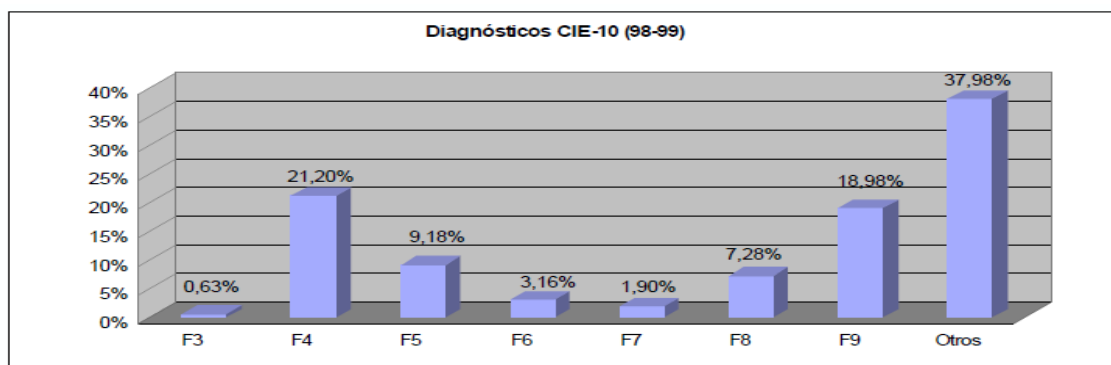


Fuente: Servicio Aragonés de Salud, 2003.

²Comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito. Estas son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones.

Ilustración 2: Diagnósticos CIE-10³ primeras visitas USMIJ Teruel (Area IV). Años 98/99

F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Otros
0,63	21,20	9,18	3,16	1,90	7,28	18,98	37,98



F3: Trastornos del humor (afectivos).

F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F6: Trastornos de personalidad y del comportamiento.

F7: Retraso mental.

F8: Trastornos del desarrollo psicológico.

F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia

Fuente: Servicio Aragonés de Salud, 2003.

Estos datos muestran una aproximación a poder intuir la prevalencia de algunos trastornos, confirmando una mayor y notoria incidencia de los trastornos del comportamiento en los menores aragoneses atendidos en las áreas V y IV durante esos años.

Según lo recogido en la entrevista realizada a la psicóloga y directora del Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil (Movera), no se conocen publicaciones de datos o encuestas que estudien o fundamenten la prevalencia de los trastornos mentales graves en niños o adolescentes a nivel autonómico de Aragón. No obstante, la misma, expone durante la entrevista que en lo que respecta los casos que se gestionan desde el Centro de Día, prevalece la atención de trastornos mentales graves como pueden ser la psicosis, la esquizofrenia, trastorno de la personalidad o trastorno bipolar.

Cuando se evalúa un trastorno mental grave en menores, la gravedad se refiere más a las dificultades y necesidades del menor, al comportamiento disruptivo del mismo, que a la sintomatología de la enfermedad que puede estar sufriendo una persona adulta. Se pone mayor atención en el comportamiento de estos jóvenes que en el diagnóstico médico, puesto que este último no es firme y puede ser cambiante durante el desarrollo y crecimiento de los usuarios. De

³ (Clasificación internacional de enfermedades, décima edición)

esta forma, se cree fundamental el abordaje de los casos durante esta etapa del ciclo vital con intención de corregir y mejorar la conducta y relación de los chicos con su entorno más inmediato.

Al no contar con datos o estudios al respecto a nivel autonómico, lo más aproximado que se ha encontrado, son datos relativos a la prevalencia de enfermedades mentales en infancia y adolescencia a nivel estatal. Las que más eco producen en la etapa de la adolescencia según Oliva (2008) son en primer lugar, los trastornos y síndromes depresivos. Hidalgo (2009) señala una prevalencia del 24% de adolescentes españoles con depresión y un 11% que padecen ansiedad.

Unido a los trastornos depresivos, aparecen las conductas suicidas. El suicidio en menores, que en España presentaba una baja tasa de incidencia, ha ido creciendo exponencialmente de tal forma que el Instituto Nacional de Estadística, ha definido esta conducta como la segunda causa externa de defunción entre los jóvenes pertenecientes al baremo de 15 a 19 años de edad.

Desde el Instituto Nacional de Estadística se han elaborado estadísticas que muestran datos exactos de los suicidios que se han producido según sexo y edad. La última estadística publicada por esta institución fecha de 2006.

Tabla 2 : Resultados nacionales de la Estadística de Suicidio en España 2006

Estadística del Suicidio en España 2006							
Resultados nacionales							
Suicidios según grado de ejecución, sexo y edad							
Unidades: nº de suicidios							
	Total	De 13 a 19	De 20 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	60 y más
Total							
Ambos sexos	2.017	41	230	371	336	298	741
Varón	1.480	24	170	261	247	210	568
Mujer	537	17	60	110	89	88	173
Consumado							
Ambos sexos	1.806	33	180	306	295	273	719
Varón	1.388	22	147	233	228	202	556
Mujer	418	11	33	73	67	71	163

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2015

A pesar de no haber publicado datos exactos en los siguientes años, se han expuesto aproximaciones que demuestran un descenso importante de las conductas suicidas en España debido a la instauración de una nueva metodología. En 2013 fallecieron por suicidio 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), datos que siguen colocando el suicidio como una de las principales causas externas de muerte y siendo esta conducta más frecuente en mujeres que en hombres, al igual que en los datos de 2006 que se muestran en la tabla 2 (Instituto Nacional de Estadística, 2015)

Otros de los trastornos más frecuentes en la etapa adolescente, son los trastornos alimenticios, muy relacionados con la importancia que muchos jóvenes y adolescentes dan a su imagen y su

físico, estando más generalizado esta vez entre las féminas según indican Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) una prevalencia de 1,2 en los varones y un 2,8 en las mujeres.

La OMS ha considerado también, además de estos, una serie de trastornos que deben ser objeto inmediato de intervención, prioritarios debido a su incidencia en los sectores más jóvenes de la población. De esta forma, señala también además del suicidio y la psicosis en adolescentes, dificultades de aprendizaje y trastornos por déficit de atención, con y sin hiperactividad; Síndrome Guilles de la Tourette durante los años medios de la infancia. Además señala como trastornos graves con necesidades de tratamiento complejas los trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de la personalidad y trastornos conductuales, trastornos del vínculo, trastornos de ansiedad, trastorno por abuso de sustancias y trastornos alimentarios que ya hemos señalado anteriormente.

2.2.2. Atención y promoción desde la prevención

En relación a lo anterior, son muchos los autores que señalan y defienden la gran influencia e importancia que tiene la prevención y la atención temprana para una evolución favorable de la salud mental. Para ello, se solicita de la elaboración e implantación de políticas adecuadas que vayan encaminadas a la promoción de la salud, que a su vez aseguren una atención especializada para la detección precoz de posibles trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, así como de los factores de riesgo para padecerlos. (Jané-Llopis, 2004; Alcamí, Ortiz y Terán, 2012)

Se puede justificar la necesidad de establecer políticas adecuadas al respecto debido a la importante influencia de los factores sociales en la práctica clínica y la afluencia de los mismos en factores que determinan salud, como ya se ha apuntado con anterioridad. De esta manera, la salud se propone entonces como un derecho humano, que va más allá de lo individual y de lo colectivo y que debe comprender en su definición términos de equidad y equilibrio. (Miranda y Garcés, 2015)

Cuando se habla de TMG, es importante tener en cuenta todo lo que ello conlleva, desde el punto de vista más médico referido a lo sintomatológico que se produce en la persona que lo padece; hasta los aspectos externos a esta, el entorno, la parte más social, que sin quedar su estudio separado de la parte más sintomatológica será lo abordado por el área del Trabajo Social.

Las personas que padecen TMG presentan serias dificultades y problemáticas diversas para su funcionamiento psicosocial autónomo que repercute a su vez en una integración social adecuada y normalizada. Ahora bien, se debe prestar atención a todo esto en los primeros años de vida, como ya se ha mencionado anteriormente. La prevención será fundamental en la infancia y adolescencia,

por lo que la intervención será diferente en el adulto y el niño, puesto que el contexto, el medio social, el ámbito relacional será distinto en ambos.

Será clave entonces establecer una atención específica y continuada sobre los Trastornos Mentales en las primeras etapas del ciclo vital (infancia y adolescencia) además de por las características específicas que presenta el colectivo infanto-juvenil en diferencia a los adultos, por la necesidad de potenciar un correcto desarrollo durante la madurez. Se destaca el carácter evolutivo del desarrollo en estos periodos de crecimiento y aprendizaje, siendo una población sensiblemente influenciada por el entorno, donde los factores del medio social del niño o el joven serán fundamentales para la intervención eficaz y la comprensión del origen de posibles trastornos mentales. Lo que conducirá a un abordaje marcado fundamentalmente por lo preventivo, en coordinación con los medios naturales más inmediatos en los que se encuentra el menor, como la familia, la escuela y lo social. (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria 2013)

Desde el Trabajo Social, será fundamental e imprescindible trabajar desde la prevención. Entendida según Caplan (1980) como el conjunto de conocimientos profesionales, ya sean de carácter teórico como práctico, que se usen o puedan usarse para: crear programas dirigidos en este caso a reducir la incidencia de los trastornos mentales diversos en las comunidades (prevención primaria); estimar un número demostrativo de los trastornos presentados (prevención secundaria); la rehabilitación que conlleva la cronificación de los trastornos (prevención terciaria).

En España, será necesario incidir en el establecimiento de una red sostenible de prevención primaria, puesto que en el país la mayoría de los planes de salud mental son planteados desde los niveles secundario o terciario. Esto será importante debido a que la verdadera prevención es la primaria, siendo la única que aborda acciones perniciosas antes de que se produzca la enfermedad. (Becerra y Kennel, 2008)

Para llevar a cabo una buena intervención de prevención será preciso que los profesionales de salud mental estén interrelacionados continuamente para abordar los casos en vista a una misma línea de actuación y se preste especial atención a las señales de alarma que pueda presentar el usuario/paciente. Serán cruciales los primeros años de vida del niño (2-3 años), cuando es probable que comiencen a hacerse latentes comportamientos no normalizados. Esto es una tarea que deben atender los padres, y por eso según indican distintos autores (Brito, 2002; Jiménez, 2003; Tizón, Artigüé, Goma, Parra y Marzari, 2004) se está haciendo especial hincapié en las relaciones precoces padres-bebés, sobre todo en niños que presentan riesgo orgánico o psicosocial.

Será entonces en estos primeros años cuando la prevención podrá ser eficaz, ya que la psicopatología infantil presenta una serie de características bien diferenciadas a las del adulto. Atendiendo a Alcamí, Ortiz y Terán (2012) en el niño, la psicopatología no presenta un diagnóstico estático, sino que se da un psiquismo en estructuración, además de encontrarse en una etapa vital (infancia y adolescencia) de continuo cambio y desarrollo biológico y psicológico.

2.3. Una mirada sobre la asistencia sanitaria en salud mental infanto-juvenil

Desde sus inicios en los años 60, los servicios de salud mental dirigidos a la población infanto-juvenil han ido sufriendo un paulatino desarrollo e incorporación a las prestaciones sanitarias. Lo cierto, es que dichas remodelaciones y avances no han hecho desaparecer críticas en diversos estudios sobre asistencia sanitaria a menores (Hidalgo, 2009). Se hace referencia a la precaria y básica atención y gestión que se proporciona desde los servicios de atención a la salud mental que se prolifera y agrava en el sector infanto-juvenil de la población.

Se pone especial atención a la ineficacia e ineficiencia de estos servicios a la hora de establecer un diagnóstico claro y específico a las familias de los menores que presentan cuadro de sufrir trastornos psiquiátricos, produciendo en éstas un estado de incertidumbre y estrés. Las familias no suelen recibir un diagnóstico exacto hasta pasados unos años de la detección de algún tipo de trastorno mental en el menor. (Semansky y Koyanagi, 2003). Esto, hace surgir la necesidad de establecer una pequeña revisión de la asistencia sanitaria en salud mental proporcionada a la población infantil y juvenil.

Previo al análisis del tema establecido, se cree pertinente entrar en materia planteando un concepto apropiado de lo que se entiende actualmente por asistencia mental infanto-juvenil. El programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias conceptualiza este término desde la consideración de la salud mental como un punto clave y principal de cualquier normativa o plan de abordaje en materia de políticas de salud. (Gobierno de Canarias, 2006)

Es fundamental proporcionar una adecuada asistencia sanitaria en general y centrándonos en el tema, también en lo que respecta a salud mental en todos sus aspectos, debido a que si no se proporciona una buena atención mental en la infancia será difícil que las personas que carezcan de salud mental durante la infancia la alcancen en la etapa adulta.

En relación a esto, hay datos que prueban la necesidad de proporcionar una buena asistencia sanitaria en salud mental infanto-juvenil. En España, el 9% de la población aproximadamente sufre de algún tipo de trastorno mental (por lo menos uno) y se estima que al menos un 15% de la

población española llegará a sufrirlo durante su vida (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal y Luque, 2006).

Sin embargo, y a pesar de los porcentajes referidos que evidencian el impacto de trastornos mentales en la población española, es complicado encontrar datos fiables y actualizados sobre la inversión y los costos que conlleva la atención en salud mental en el país.

España cuenta desde el año 2006 con la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” que fue evaluada en 2009 y remodelada con el objetivo de mejorar la atención en salud mental.

A nivel estatal, no existe homogeneidad en lo que refiere a recursos y atención proporcionada en salud mental. Cada comunidad autónoma organiza, estructura y gestiona sus propios recursos y la gran mayoría elaboran sus propios planes de intervención en salud mental.

Al delegar en las CC AA diversas competencias referidas al área de Salud Mental, se pueden identificar algunas debilidades que presenta el Sistema Nacional de Salud Mental. Entre estas debilidades, y en relación a la temática abordada en este Trabajo Fin de Grado, destacamos las desigualdades que se detectan entre las diferentes Comunidades Autónomas y la escasa atención integral que se proporciona tanto a los sujetos usuarios como a sus familias, quedando definida como ineficiente y poco efectiva. (Hernández, 2013)

Algunas diferencias destacables en la comunidad de Aragón, según (Hidalgo, 2009), refieren a la atención proporcionada en los centros de día, que en Aragón serán dispositivos que únicamente atenderán a diferentes trastornos de conducta. También disipa Aragón ⁴en lo que respecta a las derivaciones de pacientes, puesto que se atiende a pacientes con derivaciones de las Unidades o Centros de Salud Mental (nivel terciario) y en el resto de comunidades es en Atención primaria desde donde se llevan a cabo las derivaciones.

La CC AA de Aragón cuenta también con el *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil 2003-2010*, al que se hace referencia explícita en el apartado 2.5. Marco legislativo.

Siguiendo este marco conceptual, hay que referir una serie de principios esenciales que se establecen el Servicio aragonés de Salud (2003) que serán la base sobre la que debe sustentarse la política sanitaria correspondiente:

⁴ También atienden a pacientes con derivación del nivel terciario Andalucía, Extremadura, Castilla –León y La Rioja.

- Comprender al menor como un todo bio-psico-social-afectivo.
- Considerar al niño/joven como una persona individual e irrepetible que posee una personalidad específica. Pues debido a la etapa del ciclo vital en la que se encuentra, sus sentimientos adoptan un sentido propio.
- Respetar y comprender al joven y su enfermedad o trastorno como un ser en continua evolución y desarrollo, así como su mayor permeabilidad a las influencias de su entorno.

De esta forma, la salud mental infanto-juvenil presenta un carácter específico debido a las características del sector de población al que se dirige. Esto radica en que el niño/joven que padece de trastorno mental, se encuentra inmerso en un proceso de evolución y cambio, tanto física como psíquicamente, por lo que la enfermedad también irá cambiando. Una personalidad propia y específica y que en su enfermar presenta una expresión patológica propia, por lo que debe contar con una asistencia y una atención diferente a la del adulto.

2.3.1 Niveles asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia en la Comunidad de Aragón

La Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en Aragón se construye en base a una estructura sectorizada y un modelo comunitario de cuidados que permite que el usuario sea atendido dentro de estos servicios hasta haber alcanzado los objetivos que se han ido proponiendo con él desde su entrada a la red de atención y asistencia, por ejemplo aunque haya alcanzado la mayoría de edad.

La red de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en Aragón conforme a la normativa vigente se integra dentro del Sistema General de Salud, por lo que el programa referido se diseña dentro del marco del Programa General de Salud Mental, intentando cubrir las necesidades de la población menor de edad. Aquí la asistencia se organiza en base a tres niveles asistenciales bien diferenciados y ordenados en base a las características que presenta el paciente (Servicio Aragonés de Salud, 2003):

Nivel Primario: En este primer nivel se cuenta con el trabajo de diferentes profesionales que contribuyen a la identificación y detección de problemas referidos a salud mental, que ayudan y aconsejan intercediendo en casos que conllevan problemas leves de salud mental, valoran casos que debido a su particularidad podrían ser derivados a los niveles superiores (nivel secundario o terciario), más especializados. En este nivel también se deciden y delimitan casos que se definen como de riesgo y graves que deberán ser tratados en la USMIJ con urgencia. Desde este nivel primario, se interviene con carácter preventivo y promocionando buenos hábitos en salud mental.

Se incluyen por tanto en este nivel, la Atención Primaria de Salud y otros agentes y profesionales que entran en contacto con estos usuarios pero no especialistas sanitarios ni de salud

mental, como pueden ser profesores, orientadores, asociaciones, etc. Hablamos de una atención primaria no especializada, pero que son fundamentales y la vía de acceso para la derivación a los niveles de atención especializada. En tanto, este primer nivel deberá estar en contacto continuado con los siguientes (mantener reuniones entre los equipos de Atención Primaria) para conseguir un buen abordaje de los casos y proponer derivaciones y detectar problemáticas, además de establecer el contacto entre profesionales médicos y las familias.

Nivel Secundario: se atienden patologías más graves o con pronósticos de riesgo, por lo que se proporciona atención especializada en Salud Mental, siendo la USMIJ el recurso clave donde se lleva a cabo el modelo ambulatorio. Estando en continua interacción y contacto con las unidades del primer nivel para garantizar una buena utilización de los recursos especializados en salud mental infanto-juvenil. Esta relación e implicación con la Atención primaria, conlleva un esfuerzo por desarrollar diversas tareas como dar Asesoría, Consultoría y Formación, participando en la elaboración y construcción de programas de prevención y promoción de salud mental que se llevan a cabo desde el primer nivel de atención.

Las actividades que deben llevarse a cabo desde este nivel, quedan recogidas en la cartera de servicios de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y requieren fundamentalmente: actividades de interconsulta, construir información para otros agentes autorizados, seguimiento de casos derivados del tercer nivel, derivación de casos que requieran de hospitalización en otras estructuras sanitarias, evaluación y diagnóstico de casos deben ser tratados en este nivel, tratamiento de trastornos mentales en infancia y adolescencia.

Tercer Nivel: En este nivel se abordan casos considerados psicopatológicos graves, cuando en algún momento de su evolución surgen brotes o el tratamiento ambulatorio es insuficiente. Para llevar a cabo esta atención, se requiere de centros de día (como el de Movera, donde se propone el presente Trabajo Fin de Grado), la institución hospitalaria y otros servicios específicos de tipo terapéutico/rehabilitador. Dentro de estos servicios, cada paciente/usuario debe ser tratado y atendido de forma individualizada y personalizada en base a las características propias de su patología y la evolución de la misma, contando con programas propios.

2.4. Importancia del contexto familiar. Planteamiento desde una perspectiva sistémica

2.4.1. Aproximación al concepto de familia

Según las acepciones que establece la Real Academia de la Lengua Española, el concepto de familia hace referencia a una agrupación de personas que viven juntas y comparten o no un vínculo biológico, pero que tengan en común características o relación alguna. Por lo que se consideraría familia a todo aquello, viviente o material que quede agrupado por algún vínculo o fin común⁵.

Centrando en el concepto de familia referido únicamente a personas, podemos encontrar diversas definiciones que se han ido dando a lo largo de la historia. No es fácil establecer una única definición de familia, pues la familia según el contexto, la cultura, la evolución, la sociedad y según personas individuales, es cambiante y concebida de diferentes formas. “Parece que la palabra “familia” no sólo es de uso común, sino que forma parte de la experiencia vital de todas las personas” (López y Escudero, 2003:19).

De esta forma, según nos situemos en un lugar, en un contexto u otro a lo largo del tiempo, veremos cambiante el concepto de familia, o incluso en un mismo tiempo dentro de una sociedad concreta, ya que la sociedad actual es heterogénea en todas sus formas. Desde tiempos atrás, se ha visto que el concepto de familia no puede ser estático y que debe de ir adaptándose y remodelándose al mismo tiempo que lo hacen las distintas sociedades. Engels, (como se citó en Oliva 2014) plantea: “es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto”. (12-13)

Desde tiempos atrás, han sido numerosos los estudiosos que han intentado aunar una definición para este término. Para ello, ya en 1980 se celebró la Conferencia de la Familia, Casa Blanca, donde se discutió incesantemente sobre este concepto, pero sin llegar a acuerdo alguno. Representantes de todos los sectores sociales del país acudieron a dicha Conferencia, por invitación del entonces presidente de Estados Unidos, Carter, que mediante la misma, pretendía hacer de la familia un eje fundamental de su política. (Aylwin y Solar, 2002)

En 1926, se publica un artículo del sociólogo canadiense Ernest W. Burgess titulado “The family as a unity of interacting personalities”, en el que el autor establece un concepto de familia

⁵Extraído de <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow> el 19 de febrero de 2016.

que supondría un hito por ser revolucionario en el estudio de las familias, puesto que describía a la familia como una unidad de personalidades en interacción (Polaino-Lorente y Martínez,: 2003).

Siguiendo esta línea, se pretende clarificar un término más amplio que sea capaz de reflejar la pluralidad de este concepto y que sea capaz de englobar dentro de lo posible las diferentes formas de familia:

Una familia es como un sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia, afecto y poder condicionados por vínculos sanguíneos, legales o de compromiso tácito de larga duración, que incluye, al menos, una generación con una residencia común la mayor parte del tiempo. Se trata de un sistema semiabierto, que busca metas y trata de autorregularse, modelado por sus características estructurales (tamaño, composición, estadio evolutivo, etc.), las características psicobiológicas de sus miembros y su posición sociocultural e histórica en el ambiente. (*López y Escudero, 2003:24*)

Concibiendo a la familia de esta forma, estamos definiendo desde una perspectiva sistémica, puesto que se entiende como diferentes elementos que comparten una interacción de algún tipo y que las acciones de uno influyen de cierta forma en los demás.

2.4.2. Abordaje del término desde la teoría General de los Sistemas

Es elemental entonces, determinar la definición de familia, en mayor medida, sobre la base de sus funciones en vez de fundamentarla en la estructura de la misma, para dar cabida a diferentes formatos de familias. Esta perspectiva es la que se contempla desde un enfoque sistémico, en el que se considera y estudia a la familia como un grupo en el que los individuos están relacionados, comparten unas normas y presentan una trayectoria común, en la que se aúnan funciones y se establecen múltiples relaciones entre sus miembros que proporcionan al grupo una identidad propia; desechando la sumatividad de las partes y dando importancia a la interacción entre las partes. (Espinal, Gimeno y González, 2006; López y Escudero, 2003)

Conceptualizando el término familia desde esta perspectiva, es necesario, explicar en qué consiste la Teoría General de los Sistemas (TGS) y como queda estrechamente relacionada con la forma de concebir a la familia desde este campo.

Esta teoría, encuentra sus orígenes en 1968 gracias al filósofo y biólogo Karl Ludwig von Bertalanffy. Se construye sobre las bases de una Teoría General de la Biología, a partir de la formulación de la TGS, pretende explicar la relación y organización de diferentes fenómenos naturales como sistemas, diferenciando entre vivos y los que no lo están. (Bertalanffy, 1976)

Ha sido aplicada en diferentes campos de la ciencia y la sociología, pero desde sus inicios y antes de ser aplicada a la sociología, fue utilizada y sirvió como base a los estudios de la familia gracias a un equipo de investigadores de San Francisco, sin dejar de lado la apertura a otras ramas de la ciencia, evitando de esta forma la parcelación.

2.4.3. La familia como causante y agravante de enfermedad mental

Centrándonos en el estudio de las familias a partir de esta Teoría de Sistemas y en relación a la enfermedad mental, es reseñable la “Teoría del doble vínculo o doble coacción” elaborada por Bateson y su equipo en los años cincuenta, con la que presentan la esquizofrenia como una patología familiar más que individual (López y Escudero, 2003). Con esta teoría, Bateson y su equipo posicionan al enfermo como una víctima de las contradicciones que manifiestan los progenitores a sus pupilos, produciendo locura en sus hijos.

Durante la infancia, los padres emiten al hijo mensajes contradictorios, normalmente un mensaje primario verbalizado a través una negativa ante algo, y contradiciéndose posteriormente con otro mensaje de tipo gestual (más abstracto) que serán reforzados con castigos amenazantes. Estas expresiones contradictorias emitidas por los padres, de manera inconsciente, sitúan al niño en una posición de defensa. El niño, no es capaz de entender lo que el adulto le está transmitiendo y entra en un estado de confusión y preocupación que podrá derivar en una patología como arma de defensa. (López y Escudero, 2003)

Los expertos teóricos del Grupo de Palo Alto, consideraron que en muchas ocasiones que las alteraciones, contradicciones, paradojas comunicacionales entre los miembros de una familia (“Teoría del Doble Vínculo”) serían el desencadenante y causa más importante de patologías comunicativas en el seno de estas. (Roiz, 1989)

Dichas teorías fueron cogiendo peso con el paso del tiempo, alcanzando cierta relevancia y aceptación en la actualidad. Siendo muchos los autores que han tenido en cuenta el seno familiar y las relaciones que se producen en el mismo como un detonante importante para el desarrollo psicopatológico y relacional de niños y jóvenes.

Las relaciones parentales y las bases de estas serán muestra de un periodo transgeneracional que describirán el posterior comportamiento de los progenitores en base a lo vivido y aprendido en su infancia, influido y determinado por una cultura concreta.

El hecho de que alguno de los progenitores padezca enfermedad mental también puede causar o fomentar en los hijos, la aparición de problemas sociales y de conducta en la etapa de la

niñez, llegando a sufrirse problemas de salud mental en la adolescencia. (Cárdenas, Coromina, Saltó, Pérez, Acevedo, Fuentes, Sánchez, García, Ardevolc y Perisé, 2015)

De cualquier forma, será importante discriminar entre la influencia que puede suponer en el niño la clase de psicopatología parental con la que conviva. Según Mercelli (2007) cuando alguno de los padres padece de psicosis caracterizada por el autismo, no producen en sus pupilos tantas alteraciones como las psicosis en las que los hijos resultan incluidos en la sintomatología psicótica.

En relación al embarazo, también será importante considerar un seguimiento del mismo y de los primeros meses de vida del bebé, ya que durante este periodo del puerperio las madres se encuentran en una etapa de mayor sensibilidad y vulnerabilidad ante situaciones emocionales. Durante este periodo del puerperio, se asocian diferentes psicopatologías de menor y mayor gravedad, como se pueden clasificar, desde la depresión puerperal leve hasta la psicosis puerperal. Ante patologías limítrofes y neuróticas graves sufridas por la madre o el padre, pueden anular en estos la capacidad para reconocer la individualidad del niño y desatender su cuidado tanto físico como emocional. (Alcamí, Ortiz y Terán, 2012)

En estas circunstancias, y con el crecimiento de los pupilos, será frecuente que estos intenten o adopten un rol parental procurando el cuidado a sus progenitores que puede derivar en un estrés asociado, con mayor prevalencia en familias con estructura monoparental. (Cárdenas et. al, 2015)

2.4.4. ¿Cómo vive la familia la enfermedad mental?

Desde otra perspectiva, también es importante fijarse en la familia como la principal estructura que soporta la sintomatología presentada por el niño/joven psíquicamente enfermo. Al ser la familia el grupo primario de referencia y relacional, es importante valorar el peso que conlleva un TMG dentro de ésta por la cantidad de cuidados, preocupaciones e incluso aislamiento.

Un primer intento por rebajar el dolor y el estrés que conlleva el cuidado de enfermos mentales graves, se da en España en la década de los años 70, cuando un grupo de mujeres cuyos hijos sufrían de esquizofrenia, deciden montar una cooperativa para emplear a personas enfermas psíquicamente. Esta iniciativa nace como “un remedio casero” debido a los casi inexistentes recursos y ayudas institucionales. El hecho de que las familias, cuidadores no formales, se ocupasen de todos los cuidados, conllevaba una gran responsabilidad y una carga estresante a nivel psíquico, económico y social. Esta falta de apoyo institucional en diferentes niveles hizo que no fuese posible la proliferación de la cooperativa y se produjese el cese de la misma. (Fernández, 2000)

Una de las medidas que se ofrecían a nivel institucional en estos años era el internamiento de enfermos mentales en hospitales psiquiátricos. Medida que con el paso del tiempo no se ha visto favorecedora para la integración social. Por lo que con el paso de los años y con el desarrollo de la psiquiatría comunitaria se ha tenido muy en cuenta a las familias, siendo un pilar básico y fundamental para esta disciplina.

En muchas ocasiones, la vida familiar se ve alterada (presencia de dificultades, problemas, acontecimientos adversos, etc.). Para hacer referencia a esta serie de elementos y consecuencias que afectan a la familia de forma negativa por afrontar los cuidados, se utiliza el término carga. (Otero y Rebolledo, 1993)

Para hacer frente a la hospitalización de las décadas pasadas y con intención de aliviar y sostener la carga familiar, se intenta atender a los enfermos mentales graves sin desvincularlos de su medio social más directo. Al convertirse la familia en un agente activo y colaborador en la atención y cuidado del enfermo mental junto con los servicios correspondientes de salud mental, su nivel de estrés por lo general suele ir ascendiendo. Lo que suele traducirse en alteraciones dentro del sistema familiar que en mayor o menor medida afectan al cuidador de referencia y a todos los miembros que puedan convivir en el núcleo familiar.

Para cerrar este apartado, decir que cada familia posee unas características propias, unas necesidades y problemáticas específicas, por lo que cada una merece una evaluación y una atención individualizada, “pero hay patrones estandarizados y dinámicas familiares disfuncionales que tienen cabida actualmente en diversas interacciones familiares, como la sobreprotección, secretos familiares, ausencia de límites generacionales, etc. que influyen en el desarrollo psicológico y en el aprendizaje del niño. Será necesario intervenir en las causas que dieron lugar a esas dinámicas familiares” (Alcamí, Ortiz y Terán, 2012: 41)

2.5. Marco legislativo

Cuando se habla de Trabajo Social Psiquiátrico, que es el que lleva a cabo desde el ámbito que se está abordando, el de la salud mental infanto-juvenil, no se trata del trabajo social que se da desde los Servicios Sociales, sino que ésta variante específica del Trabajo Social se lleva a cabo desde lo médico y en relación a lo social.

Los inicios del Trabajo Social Psiquiátrico se remontan a la fase histórica de tecnificación del Trabajo Social (Fernández, 1997), cuando los trabajadores sociales comienzan a formar parte del equipo profesional que trabaja en los hospitales en Estados Unidos. Esto fue una iniciativa llevada a cabo por el psiquiatra norteamericano Adolp Meyer, que defendía la idea de que todo paciente necesita de información sobre las intervenciones sociales para que su tratamiento sea efectivo, enfatizando en la importancia del entorno social para entender los desórdenes sociales de los pacientes; y que junto a su esposa, trabajadora social, hicieron nacer la disciplina del Trabajo Social psiquiátrico. (Garcés, 2010)

Será a mediados de los años 70 cuando se comienzan a abrir en Europa hospitales psiquiátricos, debido al movimiento de la *Reforma Psiquiátrica* que se produce en el continente, siendo el máximo referente la producida en Italia. A través de este nuevo recurso y gracias a la reforma, se da la externalización de enfermos ingresados para proceder a un tratamiento más comunitario y de inserción en la comunidad. (Garcés, 2010)

Centrando la atención en el colectivo al que va dirigido el presente proyecto, la población infanto-juvenil, se considera importante comenzar por exponer los textos y documentos legales más importantes que especifican los derechos de los que son poseedores.

A nivel global, y comenzando desde lo más general para terminar refiriendo el marco legal más específico. Se comienza haciendo alusión a la *Declaración de Derechos del Niño (20 de noviembre de 1959)* donde se desglosan todos los derechos de los que debe gozar cualquier niño de cualquier pueblo de las Naciones Unidas y especificando en sus principios que todo niño debe tener garantizados beneficios de la seguridad social, teniendo derecho al crecimiento y desarrollarse en buena salud proporcionándole tanto al niño como a su madre, cuidados especiales, además de poder disfrutar de una alimentación adecuada, vivienda y servicios médicos adecuados. Además se especifica que cualquier niño impedido física o mentalmente o que sufra algún impedimento social deberá recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial y particular que se requiera.

El *Plan de Acción en Salud Mental de Helsinki*, establecido y acordado por conferenciantes ministeriales de la OMS para salud mental en 2005. En esta Declaración además de constatar que la salud mental será un factor determinante para alcanzar una buena calidad de vida, se hacen nuevas propuestas de conveniencia como la de ampliar el número de profesionales especializados en las distintas áreas que conciernen a la salud mental y de manera específica se aborda también el área infanto-juvenil, proponiendo también para este colectivo intervenciones especializadas.

También desde la Organización Mundial de la Salud, y por ser el más reciente, se hace alusión al *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* y en el que se establecen estrategias concretas para niños y adolescentes que precisen de enfermedad mental.

Por otro lado, en el *Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”* se dedica un punto concreto a la promoción de la salud mental de la población y se especifica en primer lugar la necesidad de establecer una bases de salud mental en las diferentes etapas vitales por las que pasan los menores de edad, proponiendo diferentes acciones identificadas a través de proyectos de la UE. (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

En España, será ya entrados los años 80 cuando se instaura la *Ley General de Sanidad de 1986*, que hace al enfermo mental un sujeto poseedor de derechos y obligaciones que deberá recibir atención tanto psicológica como social, apoyando la evolución de la Reforma Psiquiátrica nombrada anteriormente. A través de la promulgación de esta ley, se incorpora la asistencia psiquiátrica en el Sistema Sanitario General y se transfieren estas competencias en materia de sanidad, incluidas las referidas a salud mental, a las Comunidades Autónomas. En esta ley que tiene por objeto regular todas aquellas acciones que fomenten la protección de la salud, se refiere de forma concreta a salud mental en el artículo 20 y se consideran dentro de este mismo artículo, pero en un apartado especial, los problemas de psiquiatría infantil.

No obstante, será a partir del *Real Decreto 030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*, donde se especifica dentro de la Atención Especializada (Anexo III), la atención proporcionada a la salud mental desde la cartera de servicios comunes de salud mental:

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el

psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal

También a nivel nacional, se cuenta con el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016* que entre los objetivos que plantea, plantea acciones encaminadas a fomentar el desarrollo de los derechos de salud pública y adolescencia, sobre todo en aquellas poblaciones más vulnerables y atendiendo a la rehabilitación pero también a la promoción de la salud.

Para cerrar este apartado, se expone el marco normativo más concreto, la normativa más relevante respecto a la salud mental infanto-juvenil **en la Comunidad Autónoma de Aragón**. Por orden cronológico es importante hacer mención al *Decreto 217/2000, de 19 de diciembre, del Gobierno de Aragón, de atención al alumnado con necesidades educativas especiales*, que en el *Capítulo II*, se explican las condiciones que han de ofrecerse a los niños con necesidades especiales y apoyos y ayudas a sus familias, a través de proporcionarles entornos participativos y lo menos restrictivos posible y accesibles. Destacando también la importancia de la intervención psicopedagógica continuada e integral al alumno con apoyo técnico de la familia y del resto de profesionales competentes además del personal educativo. Además en esta intervención, según se explicita, se debe contar con la participación del alumno y de sus representantes legales, así como el desarrollo de programas familia-escuela, que fomenten la comunicación entre ambas.

Será necesario y de obligado cumplimiento por *Ley 6/2002 de 15 de abril de Salud de Aragón* que se establezcan Centros de Día para el tratamiento y atención de niños y adolescentes con problemas mentales, como se especifica en el *Título 2, Art.4, 2c* de la mencionada ley.

El *Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón* se pone en marcha con el objetivo de proporcionar a la población aragonesa alternativas comunitarias al tradicional modelo de hospitalización psiquiátrica a través, de la integración de diversos recursos asistenciales disponibles en la misma, que compongan una única red que proporcione la continuidad del tratamiento al mismo tiempo que favorezca al usuario/paciente su inserción e integración en su comunidad para intentar evitar la marginación y el estigma que siguen sufriendo, aunque en menor medida las personas que no gozan de buena salud mental.

Por último y como marco legislativo más relevante respecto al tema abordado, un referente imprescindible es el *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil 2003-2010* que pretende ser un documento útil que permita organizar la labor conjunta de todos los profesionales que trabajan en el área de la salud mental infanto-juvenil en Aragón, dejando plasmados todos los recursos y programas necesarios y orientando las actuaciones de los Servicios Centrales de Salud Mental en la Diputación General de Aragón. Además, mantiene su vinculación con el “*Proyecto para la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil de 1988*”, ampliando y mejorando sus actuaciones.

Capítulo 3: Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del proyecto

Al abordar el ámbito de la salud mental infanto-juvenil desde el Trabajo Social, se deben tener en cuenta antecedentes y características que hacen de la intervención social en esta área una intervención específica que lidia con algunas dificultades añadidas. Se tienen en cuenta de esta manera, la situación de los adolescentes en la sociedad, el medio familiar y el estigma social que han llevado consigo los enfermos mentales en épocas pasadas.

3.1. Concepciones y creencias que se propagan socialmente

3.1.1. Estigma social sobre enfermedades mentales graves. Visión y realidad

En tiempos pasados cuando se hablaba de enfermedad mental, se hacía obligada referencia al concepto del Estigma por la discriminación que sufrían las personas psíquicamente enfermas. Con frecuencia se les denominaba “locos”, “minusválidos”, “deficientes”, provocando así cierto rechazo y exclusión social. En relación a esto, explica Foucault “...sin el loco, la razón se vería privada de su realidad, sería monotonía vacía, aburrimiento de sí misma, animal desierto que presentaría su propia contradicción” (Foucault, 1985: 9)

De esta forma, (Goffman, 1963) analiza la importancia de este concepto (Estigma) en relación a salud mental como un elemento relevante. El autor presenta dos perspectivas diferenciadas que se desprenden del Estigma. Por un lado, define el término como un atributo bochornoso y nocivo, que acentúa una diferenciación negativa entre las personas mediante la construcción de una escala comparativa. Por otra parte, lo considera un producto social provocado a partir de las interrelaciones personales⁶.

En este sentido, también será oportuno referir a la marginalidad, por recluir y tratar al enfermo en establecimientos que requerían un internamiento íntegro de la persona. Esto levantó ya desde 1908 en Estados Unidos debates y el cuestionamiento de los mismos. Miranda y Garcés (1998) nombran diferentes autores que cuestionaron estas intervenciones psiquiátricas y abrieron camino al “Movimiento de la Higiene Mental”, evitando de esta forma los internamientos de enfermos mentales en instituciones hospitalarias que potenciaban los efectos invalidantes y cronificadores de la enfermedad, comprometiéndose mediante este movimiento a proporcionar

⁶ En referencia a este término, el autor reconoce en este mismo libro tres tipologías diferenciadas de estigmas: Abominaciones del cuerpo, lo Tribal y Huellas del carácter. En esta última entraría la enfermedad mental, además de la homosexualidad o las adicciones entre otras.

prevención, educación a la población, la investigación y la coordinación de todos los recursos existentes.

Lo cierto es que a día de hoy y a pesar los múltiples y beneficiosos cambios que se han producido en relación a la atención y promoción de la salud mental, da la sensación de que parte de la sociedad sigue sin comprender la enfermedad mental y los trastornos mentales. No llegan a concebir las personas enfermas como tales, lo que resulta en rechazo y cierto miedo hacia estas que fundamentalmente se basa en la ignorancia generalizada que suscita este ámbito para gran parte de la sociedad mundial.

3.1.2. Dificultad añadida de la etapa adolescente

El término adolescencia o adolescente puede considerarse “novedoso”, puesto que no fue reconocido como una etapa más del ciclo vital de las personas hasta la segunda mitad del siglo XX. Surgió como respuesta al importante papel que jugaban los jóvenes en el progreso económico-social. (Pineda y Aliño, 1999). Como concepto, se identifica como una construcción social, histórica, cultural y relacional que a lo largo del tiempo y debido a diferentes procesos sociales e históricos ha adoptado denominaciones distintas. (Dávila, 2005)

Esta etapa vital, se ha concebido desde diferentes perspectivas y el periodo de edad que comprende en consecuencia también ha sido delimitado distintamente según sociedades. La gran mayoría de las sociedades han fijado la etapa adolescente entre los 10 y los 19 años aceptando la definición de la OMS (Higueta y Cordona, 2015)

Se cree apropiado el concepto que elaboran Pineada y Aliño (1999), ya que en él recogen diferentes aspectos propios de esta etapa, considerándolo un periodo de adaptación a cambios corporales y también de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Cronológicamente refieren que la adolescencia es la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta. No establecen un rango concreto de edad y fijan su inicio con los cambios puberales, caracterizados por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Todos estos cambios físicos y psicológicos que se producen en la persona adolescente serán característicos y propios de la etapa. Se debe identificar con normalidad estas transformaciones y no señalarlos como conductas patológicas.

La época actual, la reconocida era de la información, está marcada por la incertidumbre y la inmediatez que origina en los jóvenes y adolescentes unas características generales, que los empujan a ser más vulnerables e inseguros que en tiempos pasados. El joven se enfrenta a un futuro incierto, al cual mira con desorientación.

Esta sociedad informatizada y fuertemente arraigada al consumismo coloca al joven en un lugar de incompreensión e incertidumbre que conllevan al malestar personal. Esto agrava la aparición de trastornos de la conducta y del comportamiento, concebidos como “neurosis actuales” debido al estrés y a los desarreglos hormonales de esta etapa de vida, o también a la “insuficiencia moral”, lo que comúnmente se reconoce como depresión, fatiga, tristeza, aburrimiento, etc. En muchas ocasiones, la cotidianeidad adoptada por la juventud post-moderna, es rechazada por los adultos que se desentienden de las conductas y valores que estos adoptan. La visión generalizada de los jóvenes que se proyecta actualmente en los adultos es de extrañeza e inquietud, encasillando al adolescente como un producto de la época, bien preparados intelectualmente pero con un serio problema de narrativa. Esto hace que se produzca un distanciamiento comunicativo y de diálogo entre el joven y el adulto siendo dificultoso establecer comunicación. (Vila, 2008)

Por lo tanto, se debe trabajar por idear y acercar posturas que den lugar a nuevas modalidades de diálogo entre generaciones, atendiendo a las necesidades y características propias de la etapa adolescente y no considerándolas como patológicas, pero a su vez atendiendo a las amenazas de la sociedad actual que pueden agravar o hacer surgir trastornos de conducta o de comportamiento.

3.1.3. Cambios familiares

En la sociedad actual, y cada vez con mayor fuerza, la familia constituye para la gran mayoría de las personas un pilar principal y fundamental que proporciona felicidad y estabilidad. A día de hoy, la estructura familiar no está supeditada a una estructura mayoritariamente homogénea, sino que podemos encontrar diferentes formas de familia que no se asemejan mucho a la familia nuclear tradicional anterior a los años 80, que es cuando empiezan a surgir agrupaciones familiares diferenciadas.

En relación al ámbito profesional de la intervención social, surgen reflexiones diversas sobre la familia en la actualidad, ya que se están produciendo cambios que afectan a la organización del grupo familiar, así como a la cobertura de sus necesidades básicas. La familia de hoy, no responde a un patrón único, como ya se ha mencionado, sino que se dan múltiples formas de construcción. El individuo es más independiente y juega un papel importante en la elección y configuración de su propia familia. Por esto, Elisabet Beck (2003) considera el impulso de individualización como un elemento fundamental para que se produzcan estos cambios familiares.

El entorno que construye la sociedad actual presenta un amplio abanico de formas de convivencia que caracterizan tipologías de familias en la actualidad (Aragónés, 2008): las familias

nucleares, relaciones de pareja cimentadas sobre acuerdos y negociaciones entre estos, familias reconstruidas o familias que innovan nuevas formas de parentalidad.

Este hecho ha sido estudiado y cuestionado, pues en numerosas ocasiones se ha achacado a las nuevas estructuras familiares (familias monoparentales, reorganizadas...) la aparición de trastornos psicológicos en los hijos. Sin embargo, en (Espinar, 2009) se explica como el divorcio o separación de los progenitores, así como una nueva reagrupación familiar, no son fenómenos estáticos y que por lo tanto, de forma individual no son responsables de la aparición de enfermedad mental en los hijos. Esto quiere decir, que estos hechos pueden ser uno de los factores importantes que favorezcan la aparición de problemas psíquicos, pero que en ningún caso serán el único factor causante o el detonante la aparición de enfermedad mental.

Frente a este contexto heterogéneo, los profesionales que intervienen en el ámbito familiar y las instituciones del ámbito de la atención psico-social deben trabajar para encontrar respuestas variadas que se ajusten en la medida de lo posible a los deseos y necesidades de cada una de estas familias, evitando caer en la generalización o reiteración de respuestas metodológicas. Si bien, la precariedad del Sistema de Bienestar español queda reflejada en la escasez de recursos disponibles para atender todas las necesidades existentes, produciéndose un desajuste entre ambas.

A continuación se explica el lugar que ocupa el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, específicamente en Centros de Día Infanto-Juveniles de Salud Mental, superando y lidiando con las complicaciones o prejuicios señalados.

3.2. Trabajo Social en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil (SMIJ)

El Trabajo Social ocupa un área importante en lo que refiere a salud mental. Desde 1979 el catedrático Dr. Seva (como se citó en Miranda, 2015) reseña la importante labor que concierne al Trabajo Social dentro de los entonces modernos equipos psiquiátricos. De esta manera, el Trabajador Social se introduce en este campo como un profesional imprescindible que aporta una dimensión social a la visión médica y psiquiátrica, dando paso al concepto *psicosocial*.

En lo que respecta a la atención en SMIJ, será necesario e imprescindible la articulación de un Equipo Multidisciplinar que se encargue de proporcionar a los pacientes-alumnas/os una atención directa y personalizada, para minimizar su enfermedad y mejorar su inclusión y socialización dentro de su entorno social y familiar.

Cada uno de los profesionales que forman el Equipo Multidisciplinar se encarga de cubrir su parcela concreta de actuación, proporcionando a los chicos un tratamiento completo y

especializado. Intentando romper con la estigmatización, la marginación y procurando que los jóvenes que padecen de TMG, se integren en sociedad y puedan ser comprendidos y tratados desde una posición diferenciadora.

De esta forma, el Trabajo Social en esta área de salud mental infanto-juvenil se sitúa en un marco interdisciplinario orientado a atender de manera integra a niños y adolescentes. Así la intervención desde esta profesión, parte del reconocimiento de esta población objeto como sujetos de derecho y no como objetos portadores de necesidades. (Ricciardi, Ojeda y Fernández, 2006)

El marco ideológico en el que radica la intervención del Trabajo Social en esta área es el reconocimiento de los derechos del niño y del adolescente, desde el modelo de la protección integral. Por el reconocimiento de los derechos del niño y el adolescente y gracias a la legislación promulgada a nivel internacional y provincial, se vislumbra una oportunidad privilegiada para la elaboración de un nuevo esquema de comprensión de la relación del menor y su familia con el Estado y las organizaciones de la sociedad civil, preservando siempre el interés superior de este. (UNICEF, 2003)

3.2.1. La importancia de definir un método de intervención en Trabajo Social

En la profesión del Trabajo Social, desde sus inicios y según señala Kruse (1976), siempre se ha podido percibir una preocupación y un interés por establecer una metodología concreta y única para llevar a cabo las distintas intervenciones y actuaciones que puedan dar solución a diferentes problemáticas, que se puedan abordar desde nuestra área. Por lo tanto, es importante clarificar cómo se entiende el concepto de método desde la disciplina del Trabajo Social, para poder comprender las diferentes formas de intervención y la metodología que ha sido prominente en las distintas etapas por las que ha pasado esta profesión.

Han sido muchos los autores que han proporcionado un concepto de método, coincidiendo todos en entender el método como un conjunto de pasos, normas que se establecen para conseguir un fin, un objetivo planificado anteriormente. (De Pedro y Galán, 2015). Desde esta perspectiva, entendemos el método como un elemento que conduce a un fin, el cómo para alcanzar ese fin.

Adaptándolo a las Ciencias Sociales y en palabras de Grawitz (1984) “El método está justificado cuando se aplica a una esfera particular y supone una forma de proceder que le es propia” (291). Así con esta explicación de Grawitz, queda reflejado el método como un dominio básico del Trabajo Social.

Otro autor a destacar por su descripción de método en el área del Trabajo Social es Barbero (2003) que encuentra en el término de método dos acepciones consideradas desde el Trabajo Social. Por un lado, se entiende como método los distintos ámbitos de actuación que se pueden abordar desde la profesión, como son: trabajo social de caso, de grupo o comunitario: y por otro, a la estructura del procedimiento, a las orientaciones que guían su aplicación.

3.2.2. Área del Trabajador Social en un Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental

De esta manera, desde el área del Trabajo Social se trabaja en la línea de conseguir una mayor integración adaptativa de los jóvenes en el entorno comunitario, así como posibilitar un marco familiar que posibilite su recuperación. La labor de la Trabajadora Social, se basa en trabajar la parte más social, tratando fundamentalmente con las familias de los jóvenes usuarios que acuden al Centro de Día.

En el Centro de Día la Trabajadora Social, según el Servicio Aragonés de Salud, (2003:28), debe cumplir con las siguientes funciones:

- Realizar la historia social del paciente, para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.
- Realizar las visitas domiciliarias necesarias para completar la información y seguimiento de la situación socio-familiar del paciente.
- Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problema y de su calidad de vida.
- Apoyo, potenciación y fomento del asociacionismo entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.
- Promover el trabajo en equipo y la coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.
- Colaborar en el control y seguimiento de aquellos pacientes que requieran una actuación continuada en la utilización de recursos comunitarios.
- Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de atención primaria y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental.
- Colaborar en las actividades de formación y de investigación establecidas en el centro.
- Colaborar en la elaboración de estadísticas, memorias, etc.

Todas estas tareas, se llevan a cabo con el objetivo principal y fundamental de proporcionar al usuario y a sus familias una atención especializada y personalizada para reconducir el funcionamiento familiar y social de cada individuo y de la propia familia entendida como un sistema interrelacionado. Con esto, se pretende minimizar el estrés familiar que suele causar la presencia de un joven con Trastorno Mental Grave.

Trabajo Social con familias

Como ya se ha señalado, la Trabajadora Social trata el área más social, el contexto relacional y de convivencia donde interactúa el usuario. Por tanto, una de sus funciones habituales es la de establecer comunicación directa con las familias y la atención a las mismas.

El Trabajo Social Familiar es uno de los niveles de intervención que aborda la disciplina del Trabajo Social. A través de este, se pretende ayudar a las familias a superar sus dificultades, ya sea desde la atención por falta de recursos sociales, como en lo que respecta al ámbito relacional entre los miembros de la familia y en la interacción con su contexto más inmediato.

Las familias con las que se suele trabajar, se caracterizan por la “disfuncionalidad” tanto en la dinámica familiar como en los procesos de inclusión en el medio. Por lo que en este nivel de intervención, se persigue el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las familias desde un punto de vista psicosocial, considerando a la familia como un grupo integrado en el medio, en un contexto con el que se relaciona e interactúa. Esto implica la utilización y movilización de elementos personales y relacionales. Mediante la facilitación de estos elementos, es como el Trabajo Social Familiar transforma la intervención familiar en un sistema terapéutico que contribuye a manifestar el bienestar de todos y cada uno de sus miembros. (Escartín, 2007)

Este enfoque psicosocial se engloba dentro de los modelos psicodinámicos. Gordon Hamilton es uno de los máximos representantes del enfoque psicosocial en la literatura española, y es quien construye el término de *persona en situación*, para comprender los problemas se debe analizar a la persona, la situación y la interacción entre ambas. Rememorando las palabras de Hamilton:

El hombre es un organismo biosocial; por tanto, el caso, el problema y el tratamiento, siempre deben ser considerados por el trabajador social como tal proceso psicosocial. Un caso social no está determinado por el tipo de cliente (...), ni por el tipo de problema. El caso social es un acontecimiento vivo, que siempre incluye factores económicos, mentales, físicos, emocionales y sociales, en proporciones diversas. (Hamilton, 1992: 1).

La Trabajadora Social trabaja en colaboración con las familias con intención de mejorar el entorno relacional y de referencia del joven, así como encontrar causas de los trastornos. Ya que se parte de la premisa de que los niños son síntomas de las actuaciones y comportamientos de sus padres o familiares más cercanos.

Mediante la interacción con las familias, se persigue el objetivo de desfocalizar el problema centrado normalmente en el menor o en un único miembro de la familia, para trasladarlo a todos, al entorno, al contexto relacional, para que podamos trabajar con ello. Por ello debemos contar con la

colaboración y participación de las familias, si no es posible se debe hacer una derivación a otro recurso, como puede ser Menores.

Este hecho de desfocalizar y trabajar con las familias y contextos conlleva la aplicación del *Programa de Seguimiento de Casos* desarrollado y llevado a cabo por la Trabajadora Social del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera, adjuntado en el Anexo II.

A continuación se dedica un espacio al Trabajo Social con grupos, a la intervención colectiva, ya que dentro del Equipo Multidisciplinar, la Trabajadora Social también colabora en espacios comunes, compartidos con los usuarios. Apropósito la forma de intervención que se propone en el proyecto que se pretende desarrollar es una intervención con pequeño grupo creado por el profesional.

Trabajo Social con grupos

En el proyecto de intervención que se propone a continuación, se lleva a cabo mediante la formación de un grupo reducido de familias que presentan características similares y que requieren de atención en base a unas necesidades y problemática concreta que será valorada con anterioridad por el Equipo Multidisciplinar. De esta manera, es preciso hacer referencia a esta forma de intervención.

La intervención en grupo, es considerada por muchos profesionales como un método de intervención novedoso o innovador en Trabajo Social a pesar de su desarrollo como una práctica del Trabajo Social a finales del siglo XIX en Inglaterra y EEUU. En estos tiempos se hablaba de trabajo social colectivo o con grupos con significativa aparición de centros sociales comunitarios “Settlement houses”, en los que se acogía a marginados procedentes de los suburbios procedentes de zonas rurales, ayuda a grupos de inmigrantes a través de la creación de asociaciones y organizaciones sociales y sanitarias. (De Robertis y Pascal, 2007)

En 1925 el Trabajo Social grupal comienza a abordar lo terapéutico de la mano del trabajador social Samuel Richard Slavson (1890-1981) fundador de la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo y desarrolla la terapia de grupo para niños, crea un modelo específico de pequeño grupo. (Gonzalez, 1999). Posteriormente Trabajadores Sociales como Gisela Konopka (1910-2003) y Natalio Kisnerman (1929-2006) han sido considerados como los magnates del desarrollo de la teoría metodológica de Servicio Social Grupal. Konopka propuso valores básicos como la participación, la libre expresión, la cooperación, la iniciativa y también el valor de la individualización para la práctica del Trabajo Social en Grupos.

Cristina de Robertis y Henri Pascal consideran las palabras de Simon Paré⁷ para definir este método de intervención en Trabajo social:

El trabajo social de grupo es un método que ayuda a los individuos y a los grupos a aumentar sus capacidades de funcionamiento social a través de experiencias en grupo. Su fin es permitirles hacer frente mejor a sus problemas como personas, como grupo o como comunidad. Esto quiere decir que el trabajo social de grupo se dirige tanto a enfermos como a gente perturbada, o a personas que son capaces de funcionar normalmente (De Robertis y Pascal, 2007:30)

Analizando esta definición se pueden evidenciar dos dimensiones sobre las que incide el trabajo social con grupos: por un lado refiere una dimensión individual centrada en la persona como individuo al que se pretende ayudar en sus problemas personales con respecto a su medio relacional. Por el otro lado, alude a la agrupación de personas, al abordaje de problemas comunes a los miembros que forman un grupo que presenta una problemática compartida.

En sus inicios, se justifica el Trabajo Social grupal por la eficacia que demostraba al proporcionar ayuda a las poblaciones más oprimidas y marginadas, pero con el transcurrir del tiempo se pone de relieve la potenciación “*empowerment*” mediante el mismo. (Henry, East y Schmitz, 2004).

En el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera, se trabaja con una población bien definida y delimitada, que dentro de la particularidad individual de cada usuario y familia (reciben una atención personalizada e individualizada, lo que enmarcamos en el método centrado en la tarea “*case work*”), se puede identificar un colectivo que socialmente presenta una serie de dificultades relacionales y de vinculación que repercuten en el malestar del usuario. Se propone entonces la formación de un grupo reducido. Formado por familias de usuarios del Centro de Día Infanto-Juvenil identificadas previamente por los profesionales, que dentro de su particularidad como familia, presentan algunas características similares, como puede ser la inexistencia de círculo de amistades, o relaciones débiles, fragilidad del vínculo afectivo y relacional entre los miembros del grupo familiar.

La trabajadora social en consenso con el resto de profesionales del Equipo Multidisciplinar, será la encargada de la formación del grupo. Posteriormente y una vez formado el grupo, la trabajadora social adoptará diferentes roles durante el proceso, como pueden ser el de dinamizador, coordinador, potenciador o instructor. Se concretará y explicará más adelante.

⁷ Fuente primaria en Paré, S. (1966)

Capítulo 4: Contextualización y Diagnóstico.

Este capítulo está dedicado a la detección de problemas y necesidades relativas a la atención de usuarios y familias en el Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de Movera, en el cual encuentra cabida el proyecto de intervención que se desarrolla en el siguiente capítulo del Trabajo Fin de Grado. Para ello se procede a estudiar las necesidades asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil y posteriormente, se pasa a analizar las dificultades y fortalezas tanto internas como externas del Centro de Día para aterrizar en la problemática concreta que se pretende abordar y a la que se da respuesta mediante la implantación del Proyecto de intervención socio-familiar.

Para la elaboración y construcción de este apartado, ha sido fundamental la realización de las entrevistas a la Directora, Trabajadora Social y Terapeuta Ocupacional del Centro (Anexo I). Dichas entrevistas han servido para corroborar lo observado y aprendido durante mi estancia de prácticas en el mismo. De esta forma, los aspectos más teóricos que se han abordado en los capítulos anteriores, son ahora atendidos y se les intenta dar respuesta en un marco metodológico basado en la práctica profesional llevada a cabo en una realidad concreta. Así se pretende enlazar con la pertinencia del proyecto.

4.1. Necesidades asistenciales en Salud Mental-Infanto Juvenil

Como se ha ido explicando a lo largo de los capítulos anteriores, la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil debe ocupar un lugar propio y bien diferenciado respecto a la atención en materia de Salud Mental para adultos, principalmente porque requiere una atención y un abordaje diferente en lo que respecta a las cualidades y características propias del periodo vital. En este sentido es acertado concienciar que una adecuada atención al desarrollo psicopatológico del niño/joven repercutirá en la formación de la personalidad adulta. Así, se considera necesaria una atención preventiva y de carácter comunitario, incidiendo en la importancia que tienen la construcción de la personalidad del niño/joven, las relaciones sociales y sobre todo la dinámica familiar.

Para trabajar en esta línea, se requiere de una red especializada de profesionales de diferentes áreas y niveles que trabajen en continua coordinación e interacción. De forma que se proporcionen y faciliten la mayor cantidad de recursos pertinentes al menos sin desvincularlo del contexto más inmediato.

Además de estas características, se insiste en la importancia de proporcionar una asistencia continuada, la necesidad de continuidad del tratamiento. Esta continuidad conlleva al compromiso y

disponibilidad de la red interdisciplinar e interpersonal, es decir, disposición de la red asistencial completa (accesibilidad, flexibilidad, adaptabilidad y disponibilidad).

Para garantizar este carácter de continuidad, se requiere según se estima en el Servicio Aragonés de Salud (2003) y recopilado de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría N°4 en el año 2000 la consecución de unos principios básicos:

Contexto administrativo que apruebe y legitime los servicios para la población definida; garantizar al paciente la posibilidad de recurrir al servicio cuando lo considere necesario; flexibilidad en la oferta de servicios; las instancias que potencialmente puedan atender a un paciente deben tener una misma dirección; proporcionar al usuario oportunidad de establecer una relación continuada con un referente del sistema; como usuario participar de forma activa en el proceso; el sistema de cuidados debe de contener programas que sean acordes con la realidad cultural del paciente. (64)

El área de Salud Mental Infanto-Juvenil en nuestro país se estructura de una forma sectorizada, dando lugar a desigualdades entre las diferentes Comunidades Autónomas a la hora de proveerse de recursos asistenciales. Centrando la atención en Aragón, se considera necesario tener en cuenta las necesidades principales y los objetivos que se determinaran en base a estas para la implementación de recursos adecuados.

A continuación se centra la atención en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera siendo este el contexto más inmediato donde se plantea la puesta en marcha del proyecto.

4.2. Contexto del Centro Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera

El Centro surge a partir *del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón (2001 a 2011)*. Se define como una Unidad dentro de la red pública de servicios de salud mental dependiente del Departamento de Salud y Consumo (Servicio Aragonés de Salud) y del Departamento de Educación, Cultura y Deporte (Dirección General de Política Educativa). Esto en relación a los principios señalados anteriormente, refiere un apoyo y legitimación de los servicios para la población objeto.

Se crea como un recurso novedoso, dirigido al tratamiento de niños y jóvenes adolescentes que presentan dificultades a la hora de acudir o adaptarse en sus Centros Escolares de referencia, por la sintomatología que presentan a nivel de Salud Mental. Se pretende atender de manera íntegra las enfermedades mentales en la infancia y adolescencia puesto que hasta la creación de este Centro

de Día no existía ningún recurso de estas características dirigido a esta población objeto, quedando desatendida y en segundo plano.

En el Centro de Día se atienden niños y adolescentes de la provincia de Zaragoza, de entre 6 y 18 años a los que se les ha diagnosticado alguna patología psicológica o psiquiátrica (TGM) y, además, deben recibir terapia por ello. Los usuarios se encuentran en plena evolución de su enfermedad pero sin requerimiento de un internamiento o ingreso a tiempo total, necesitando un acompañamiento y una asistencia a tiempo parcial. El Centro se adaptará a las características y necesidades que presenten cada uno de los usuarios, siempre y cuando las familias presenten interés y colaboren y dispongan de recursos para facilitar la asistencia del joven.

El objetivo general y fundamental que se pretende alcanzar es habilitar las capacidades de cada uno de los pacientes/alumnos para dar pie a cambios cognitivos y emocionales. Así como la estabilización y mejora de la sintomatología que presenta cada uno de ellos, favorecer la adaptación al entorno y a la vida comunitaria en general, proporcionando un seguimiento ambulatorio si fuese preciso. Se pretende conseguir la interrelación con los otros a través de las terapias, así como la atención a las familias de los chicos para que puedan descifrar sus pautas de conducta.

Cada uno de los casos que se llevan desde el Centro, son únicos y particulares, por lo que con cada usuario se establecerán unos objetivos específicos. No obstante, de forma más general y de forma común a todos los usuarios, se pretende:

- Establecer y considerar normas y habilidades sociales que mejoren el proceso de adaptación del usuario al contexto escolar y social.
- Promover la colaboración y el apoyo de la familia en el proceso educativo-terapéutico de su hijo/a, ofreciendo las orientaciones que se crean necesarias.
- Hacer del centro un espacio acogedor que les permita expresarse, favoreciendo su desarrollo socioeducativo.
- Fomentar la utilidad del tiempo libre, programando actividades formativas de ocio, de carácter recreativo y educativo, en coordinación con otros profesionales y entidades que desarrollan acciones en el entorno del Centro de Día.

Una vez situado el contexto más inmediato, se procede a la construcción del análisis DAFO, elaborado a partir de conclusiones extraídas de las entrevistas realizadas a las profesionales del propio Centro, de lo observado durante el periodo de prácticas en el mismo y en relación las necesidades detectadas desde la parte más teórica.

4.3. Análisis DAFO

Tabla 3: DAFO

Análisis DAFO	PUNTOS DÉBILES	PUNTOS FUERTES
NIVEL INTERNO	DEBILIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - Poco personal profesional disponible en periodo de verano. - Inexistencia de programa bien estructurado para el periodo no lectivo. - Escasa o nula inclusión en medios de comunicación tecnológicos (página web) 	FORTALEZAS: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación continuada con las familias. - Buena organización y distribución de tareas entre el Equipo multidisciplinar. - Objetivos bien definidos. - Predisposición de los profesionales del Centro a encontrar y programar mejoras continuadas. - Población objeto de intervención bien definida. - Flexibilidad a la hora de establecer un modelo de intervención
NIVEL EXTERNO	AMENAZAS: <ul style="list-style-type: none"> - Escasez de recursos proporcionados. - Pocas ayudas a nivel institucional. - Desconocimiento del recurso por la población de Zaragoza. - Incertidumbre ante la colaboración o resistencia de algunas familias. - Dificultad de acceso a las instalaciones para usuarios y familiares. - Familias multiproblema con diagnósticos diversos. 	OPORTUNIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - Contactos y amistades con otros organismos y agentes relacionados con el campo. - Aumento de la colaboración de algunas familias en el Centro. - Mejora de habilidades comunicativas intrafamiliares. - Ampliación de la red social de una selección específica de familias. - Creación de un programa específico multifamiliar. - Fortalecimiento de la relación entre Trabajador Social y la familia. - Disponibilidad de transporte escolar

Fuente: Elaboración propia

Mediante la observación y estudio de este análisis que funciona como esquema se pueden detectar necesidades tras relacionar los puntos fuertes y débiles tanto internos como externos, para intentar dar respuesta.

Como ya se ha indicado anteriormente en el apartado de contextualización del Centro de Día, éste puede considerarse como un recurso novedoso debido a su corta trayectoria en el tiempo y por las características de atención del recurso, ya que en Aragón es el único dispositivo que da respuesta socio-educativa y socio-terapéutica a este sector de la población. Este hecho hace que todavía no se cuente con memorias ni documentos propios que justifiquen y definan el

funcionamiento y creación del Centro (para elaborar esta información, se realizó una entrevista a la psicóloga y directora del propio Centro), ni se haya llegado a dar voz a la existencia de este recurso mediante la creación de una página web propia. Esto conlleva al desconocimiento del recurso en gran parte de la población aragonesa.

Aun siendo un recurso que puede caracterizarse como “nuevo”, se ha conseguido identificar desde el principio la población objeto a la que atiende el recurso, así como definir el objetivo principal con el que se trabaja y la línea de actuación conjunta y a la vez sectorizada que sigue el Equipo Multidisciplinar para atender a los usuarios y necesariamente a las familias. Para llevar a cabo su labor como Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil, es necesario establecer contacto con otros recursos y dispositivos tanto de salud mental, como pueden ser pediatras, médicos de familia, psiquiatría infantil, hospitales de salud mental, como de Servicios Sociales, siendo el caso de Atención a Menores. En base a cumplir los principios de oferta integral de servicios y que todas las instancias que atiendan al paciente tengan una misma dirección. En esta línea, el Equipo Multidisciplinar del Centro trabaja en la consecución de unos mismos objetivos, pero cada uno desde su área profesional, adoptando todos el rol de terapeutas. Se aborda lo mismo pero cada uno desde la especificidad de su profesión.

Cada profesional plantea proyectos y actividades desde su campo de actuación pero en base a los objetivos que plantea todo el Equipo Multidisciplinar, así el sistema debe coordinarse para ofrecer programas íntegros y que sean acordes con la realidad del usuario/paciente.

En la entrevista a la Trabajadora Social explica que el objetivo principal sería aplacar el malestar de la sintomatología que muestra tanto el usuario como la familia, aunque el formato del cómo y de qué manera, lo va a aportar la especificidad de cada uno.

Concretamente desde el área de Trabajo Social se destaca la intervención familiar, puesto que se trabaja desde un encuadre teórico sistémico. Lo que implica entender al núcleo familiar entre otros recursos que puedan identificarse en la red del usuario, como un sistema que va a ser influenciado por las dinámicas que se van a generar. Por lo tanto, donde se fija el foco es en las interacciones tanto del propio sistema familiar como del usuario con otros, o de las familias con otros contextos relacionales.

Por lo comentado durante las entrevistas, se cree beneficioso para la continuidad del tratamiento y la evolución terapéutica incrementar la participación del entorno más cercano y que estos puedan participar de forma activa en el proceso.

Se concluye mediante las entrevistas que la intervención multifamiliar podría resultar beneficiosa ya que favorece una posibilidad de una relación estable y más estrecha de estas con el Centro y ayudaría a consolidar las interacciones del sistema familiar con el medio. Aunque tanto la terapeuta ocupacional como la trabajadora social puntualizan la necesidad de definir e identificar previamente a las familias que se les podría ofertar la posibilidad de formar parte de este proyecto, puesto que no se trabaja con un perfil único de familias y sería un error no trabajar desde la particularidad de cada una. Además se señala la dificultad añadida de que algunas de las familias presentan un diagnóstico enfermo, se encuentran en puntos distintos del tratamiento o en vez de intentar fortalecer la estructura familiar y la vinculación, se pretende lo contrario por considerar el núcleo familiar nocivo para su evolución.

La gran mayoría de las familias, en un principio, focalizan el problema en el niño/joven, lo que la Trabajadora Social concibe como un mecanismo de defensa para evitar el sufrimiento, la colaboración y participación. La desfocalización se trabaja durante las sesiones concertadas con cada familia. Será recomendable trabajar desde la intervención multifamiliar con aquellas familias con la que se esté trabajando la interacción en el núcleo familiar como objetivo principal para mejorar y estabilizar al niño/joven, incidiendo en la mejora de la vinculación familiar así como en las interacciones de la familia con el entorno.

Será conveniente ofrecer esta forma de intervención en los meses de verano puesto que se detecta la necesidad de dar cabida a un programa bien estructurado desde el Centro de Día que sea determinado por todos los profesionales y que garantice a los usuarios y familias la continuidad del tratamiento y la no ruptura con el Centro y el profesional de referencia. Además de esto se considera beneficioso para los usuarios ya que se ofrece respuesta a la demanda tanto explícita como implícita de ocupar espacios en estos meses en los que los menores no acuden al colegio ni al Centro ni a sus actividades y ocupaciones rutinarias durante el periodo lectivo.

Se cree necesario dotar a los adultos de referencia de los recursos oportunos para manejar situaciones que puedan resultarles dificultosas puesto que condicionaran al niño en su formación y evolución de su enfermedad, así como en diversas conductas disruptivas que pueda adoptar el menor. Se debe trabajar en la línea de potenciar habilidades sociales que ayuden a resolver esas situaciones y a consolidar las relaciones intrafamiliares y de la familia con el entorno para disminuir el malestar del niño/joven.

4.4. Análisis de problemas

A partir de todo lo anterior se identifica el problema central, que es la reducida intervención multifamiliar con los usuarios del Centro. Este problema principal trae como consecuencias o efectos una mala vinculación y relación entre el núcleo familiar y la tendencia de estas familias al abandono de redes sociales. Respecto al Centro, este problema puede suponer el riesgo de la desvinculación familiar con el Centro. Todo esto influye directamente en el malestar del niño/joven.

Las causas que preceden al problema central pueden ser la inexistencia de un programa de intervención multifamiliar bien estructurado y de referencia en el Centro, la escasa colaboración y participación de las familias en el tratamiento y el reducido compromiso y responsabilidad por parte de estas familias. Estas causas se derivan de la resistencia familiar a la participación e involucración como mecanismo de defensa al sufrimiento.

Ilustración 3: Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia

Capítulo 5. Diseño del proyecto de intervención

Tras haber enmarcado conceptualmente y legalmente la problemática que se quiere abordar, haber explicado la necesidad de intervenir y habiendo analizado el contexto más inmediato de intervención, se elabora el proyecto en cuestión. Que estará dirigido a familias usuarias en el Centro de Día y que por sus características se cree necesaria y conveniente una intervención más participativa que les permita afianzar la vinculación intrafamiliar y con el Centro.

5.1. Descripción del proyecto

La elaboración del proyecto, supone un verdadero desafío. Ya que se plantea como un instrumento transformador que dará lugar a un cambio necesario y favorecedor para la población objeto.

Para la elaboración y presentación de este proyecto, se estima la pertinencia del mismo en el contexto más inmediato, en el marco institucional, el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental. No obstante, el proyecto no va dirigido a todos los usuarios del Centro, sino que se estructura y desarrolla con intención de que los destinatarios sean familias seleccionadas previamente por el Equipo Multidisciplinar del propio Centro, con las que se está trabajando durante el periodo lectivo y que los profesionales consideran pertinente se amplíe su participación con el Centro y se trabaje desde la parte más social el fortalecimiento del vínculo familiar a través de la participación en habilidades sociales.

Tras enmarcar institucionalmente el proyecto, se procede a fijar el objetivo general que se pretende alcanzar mediante el proyecto de intervención y en base a este otros específicos, procurando dar respuesta a las necesidades detectadas en el Capítulo 4

A continuación, se explica la metodología que se ha llevado a cabo para formar el pequeño grupo fundamentado en el modelo socio terapéutico, siguiendo la funcionalidad del Centro y lo específico del área de trabajo social.

Después se plantean de manera estructurada las actividades que se desarrollaran en cada una de las sesiones y se presentan también calendarizadas y especificando su temporalidad.

Para terminar, se elabora una evaluación del proyecto y se especifica el presupuesto y financiación necesarios para llevarlo a cabo.

5.2. Marco institucional, ámbito territorial de actuación

El proyecto de intervención propuesto, se contextualiza en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera, intentando dar respuesta a las necesidades más sociales y relacionales concretas de una selección de usuarios y sus familias de este Centro.

Al haber realizado las prácticas profesionales durante cinco meses en este Centro de Día y posteriormente haber realizado entrevistas cualitativas con diferentes profesionales que forman parte del Equipo Multidisciplinar del Centro, se considera conveniente y oportuna la propuesta de una intervención sociofamiliar con un reducido grupo de familias usuarias del Centro de Día y que presentan características similares y compatibles para la formación de un pequeño grupo socio-terapéutico.

En el Centro de Día, principalmente, se intentan abordar tanto los aspectos de convivencia social, centrados en problemas relacionales en el grupo familiar o directamente cómo el malestar del niño y los síntomas que presenta por su enfermedad pueden estar influyendo. El trabajo con el ámbito familiar queda delegado al área de Trabajo Social y como ya se ha explicado anteriormente, se basa fundamentalmente en proporcionar desde esta área entrevistas familiares a través del programa de seguimiento de casos, y realizándose de forma esporádica y en casos extremos visitas domiciliarias.

El proyecto de intervención, se plantea como un elemento integrador del grupo familiar en el tratamiento del niño o joven, a través de la participación de las familias en actividades favorecedoras de habilidades socio-familiares que afiancen las relaciones intra y extra familiares.

Mediante la entrevista a la psicóloga del Centro y en calidad de directora del mismo, se identifican dificultades para llevar a cabo proyectos comunes en el Centro debido a la falta de recursos humanos, produciéndose un intento de cuadrar vacaciones entre los miembros del Equipo Multidisciplinar. Intentando una solución a esto y siendo a su vez el capital humano la principal fuente de recursos, se propone la construcción de un reducido grupo socio-terapéutico, y dirigido por una trabajadora social que adoptará el rol de director, instructor y dinamizador del grupo.

La articulación de éste grupo supone para el trabajador social una forma de optimizar el tiempo al no tener que recibir y tratar individualmente a cada una de las familias seleccionadas. Para estas familias en concreto, se oferta la posibilidad de formar parte de un grupo de iguales que refuerce y constituya una red social de apoyo y autoayuda, supone un apoyo en el tratamiento que reciben sus hijos y se fortalece la vinculación familiar.

5.3. Finalidad y objetivos.

Una vez se ha realizado el análisis del Centro de Día Infanto-Juvenil de Movera y se han detectado sus puntos fuertes y débiles a través del DAFO, se ha detectado el problema diana mediante la construcción del árbol de problemas, se procede a fijar la consecución de objetivos. Se considera que se deben afianzar y aunar las valoraciones de cada área que comprende el Equipo Multidisciplinar para aprovechar al máximo los recursos humanos de los que se dispone, siendo esto una de sus fortalezas. De esta manera, el trabajador social, apoyado y supervisado por el resto de profesionales podrá establecer una relación profesional más estrecha con las familias, haciéndolas partícipes en el tratamiento y a su vez proporcionándoles un grupo de autoayuda y de ampliación de redes sociales. Con esto, se pretende alcanzar el siguiente objetivo general que engloba otros específicos:

- Construir de un espacio sociofamiliar con familias usuarias del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera.
 - Reforzar la intervención multifamiliar.
 - Ampliar la red social de estas familias y usuarios.
 - Asesorar a las familias en habilidades sociales que mejoren la vinculación intrafamiliar y con el propio Centro.
 - Incluir y hacer partícipes a las familias en el proceso de aplicación del tratamiento socio-terapéutico.
 - Evaluar desde el área de trabajo social el funcionamiento y la relación del grupo familiar.
 - Recabar información sobre continuidad y seguimiento de la evolución de estas familias.

5.4. Metodología del proyecto

Como ya se ha explicado anteriormente, el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Movera, no sigue un método único ni rígido de trabajo, sino que la atención ofrecida a los usuarios se realiza de una manera individualizada después de conocer al niño/joven y sus problemas, delimitar su patología, plantearse objetivos (tanto educativos, psicológicos, clínicos, ocupacionales, sociales. Cada caso debe ser visto de forma individualizada, lo que fuerza a los profesionales a ser flexibles a la hora de intervenir y tratar al usuario.

En el proyecto que se propone, se pretende acercar a las familias al Centro con intención de hacerlas partícipes y concienciarlas de que son un elemento fundamental e imprescindible para una buena evolución de los chicos. Además se les ofrece un espacio compartido donde poder establecer relaciones entre iguales y Aprender habilidades sociales que ayuden a reforzar la vinculación y la comunicación familiar.

Por ello, en el grupo se llevará a cabo un trabajo de empoderamiento con los miembros de las familias mediante dinámicas de interacción social que fortalezca la práctica de habilidades sociales. Lo que se conoce como la práctica del *empowerment*.

Este proceso denominado *empowerment* que se caracteriza por la aportación de mejora en las habilidades relacionales, enriquecimiento y capacitación, aborda tres dimensiones bien diferenciadas ya en 1997 por Lee: contribuye a potencializar la identidad de cada individuo de forma positiva; por otro lado, aporta conocimiento para entender las interacciones sociales y del entorno más inmediato; también se generan recursos, competencias funcionales y estrategias con el objetivo de alcanzar metas personales y grupales. El aprendizaje y manejo de estos recursos influyen directamente en el desarrollo de la autoestima y la creación de una actitud positiva para hacer frente a los problemas y aprovechar oportunidades. (Fernández, 2014)

Para contribuir a lo anterior, al grupo y a cada familia se les ofrece un espacio donde se les proporcionan herramientas diversas a través de materiales y habilidades sociales para hacer frente al problema trabajando tanto sentimientos como la relación familiar. Siendo la trabajadora social la encargada de planificar y proporcionar dichas herramientas.

5.4.1. Construcción del grupo

Para ello se procede a la construcción de un pequeño grupo (8- 10 personas) basado en el **modelo socio terapéutico**, cuya formación será determinada por la trabajadora social y corroborada por el resto de profesionales que trabajan en el Centro de Día. Se considera la construcción de un grupo reducido constituido por familias seleccionadas previamente debido a la dificultad de estas

para trabajar en grupo grande, a la especificidad de los objetivos que se pretenden alcanzar y que no serán convenientes para todas las familias usuarias del Centro por la especificidad y singularidad de cada caso y familia. Las familias que se consideren para la formación del grupo, deben haber demandado explícitamente o no una problemática de vinculación familiar y desapego entre los miembros del núcleo familiar que dé lugar al malestar del menor en el núcleo familiar y que los profesionales hayan valorado que pueda ser abordada desde este ámbito. Además estas, deberán presentar características parecidas, mostrando necesidades similares.

La construcción del grupo será continuada ya que el grupo se irá constituyendo progresivamente mediante la continuidad de las sesiones, que serán determinadas y acordadas de antemano según la disponibilidad de la trabajadora social y de los integrantes del grupo.

En un primer contacto, previo a comenzar la intervención grupal, se informará a cada familia de forma individualizada de la dinámica que se seguirá durante las sesiones acordadas y se acuerda el horario de partida de minibús y de recogida en el Centro, estableciendo un horario conveniente para las familias integrantes del grupo. En dicha reunión también se explican las ventajas y beneficios que supondrá la participación a nivel familiar.

5.4.2. Rol de la Trabajadora Social dentro del grupo

En la formación del grupo, la trabajadora social es un elemento clave debido a su conocimiento sobre la problemática que se va a abordar y de los miembros del grupo, por lo que tiene rol de formador y posteriormente, durante las sesiones actuará de guía cumpliendo la función de dinamizador. Como dinamizador debe trabajar por conseguir la cohesión grupal y la motivación a la participación de cada uno de los miembros.

Para llevar a cabo esta dinámica grupal, la trabajadora social adopta el rol de educador social informal, llevando a cabo las funciones de coordinador y observador, guiando a los integrantes del grupo mediante el desarrollo de técnicas participativas a la reflexión. Como observador, deberá atender a la forma de interrelación y participación de cada integrante en el grupo, para posteriormente evaluar las dinámicas tanto grupal como individualmente.

Con la consecución de estos roles, se estructura un proceso educativo donde la participación será democrática y voluntaria. La Trabajadora Social no deberá presionar ni obligar a la participación o colaboración de los individuos, sino que su posición será la de motivador y acompañante que favorezca y haga aflorar los sentimientos y preocupaciones de las personas.

5.5. Desarrollo de las sesiones y actividades.

La puesta en marcha del proyecto de intervención, viene dada a través de la programación de actividades continuadas durante un periodo concreto de tiempo. Intentando dar respuesta a los objetivos marcados anteriormente y fijando objetivos específicos en cada sesión.

Sesión 1: ¡Preséntame!

Objetivos:

- Facilitar un ambiente dinámico de contacto del grupo.
- Concebir al profesional desde una perspectiva diferente.
- Acercar posturas entre los miembros de cada familia.

La trabajadora social inaugura la sesión acogiendo a las familias e impulsando la dinámica a través de la participación en la misma. Comienza explicando la actividad a realizar desde dentro. Se presenta ante todos indicando su edad, su ocupación laboral, algún hobby y algo que no le agrada. Posteriormente, con intención de que los miembros del grupo se conozcan, la trabajadora social da las pautas necesarias para que se desarrolle la actividad. Cada miembro de la familia de manera ordenada presentará ante el grupo a otro miembro de su familia entregando a la persona una pelota, que funcionará como una herramienta para mantener y guiar la atención.

Posteriormente la trabajadora social reparte una cartulina por familia y explica brevemente las actividades que hay programadas para las siguientes sesiones. Cada familia debe organizarse para anotar conjuntamente en la cartulina el itinerario y llevárselo a casa como guía, acordando el lugar donde lo colocarán.

Sesión 2: Somos un grupo de grupos

Objetivos:

- Establecer acuerdos familiares y de grupo completo.
- Encontrar la posición de cada individuo en el grupo.

En esta segunda sesión se trabaja por priorizar y distinguir las relaciones y las vinculaciones. La trabajadora social, proporciona fichas (anexo IV) cada una de un animal diferente y cada familia elige el animal que considere oportuno. Posteriormente entre el grupo familiar deben apoyarse en la ficha para exponer al resto de familias el porqué de la elección de ese animal, que características han acordado atribuir a ese animal y qué función de cuidado del animal desempeñaría cada miembro de la familia.

Posteriormente, entre las tres familias llegarán a acordar algunas normas a nivel grupal, como por ejemplo la distribución de espacio de cada familia dentro de la sala de grupo completo. Dejando como recordatorio y marca de territorio la ficha ya completada de cada animal.

Sesión 3: Hablando nos entendemos

Objetivos:

- Dar lugar al diálogo entre los miembros del grupo antes de realizar cualquier ocupación.

Esta sesión comienza con la explicación de la trabajadora social sobre la importancia del diálogo antes de iniciar cualquier actividad u ocupación. Entre los miembros del grupo deberán planificar y sectorizar por secuencias la elaboración de jabones. Entre todos acuerdan la distribución de tareas por familia hasta llegar al último paso que se llevará a cabo conjuntamente por las tres familias.

Para finalizar la dinámica, el grupo apoyado y motivado por la trabajadora social valorará la pertinencia del reparto de tareas y mediante la conversación libre podrán aportar ideas sobre una mejor organización o distribución de tareas.

Sesión 4: ¡Los conflictos no pueden con nosotros!

Objetivos:

- Practicar técnicas de mediación para resolver posibles conflictos relacionales.
- Ayudar y enseñar a reducir y controlar la ira.

Una vez comprendida la importancia del diálogo y habiendo realizado actividades grupales, se trabajan habilidades para controlar la ira y poder mediar ante un conflicto relacional. En la dinámica, la trabajadora social propone que cada persona de forma ordenada escoja los materiales que considere oportunos para representar con un miembro de su familia alguna situación que le resulte irritante y a la cual respondan con comportamientos irracionales. Tras la interpretación la trabajadora social y el resto de componentes del grupo podrán manifestar ideas útiles para ayudar a afrontar mejor esas conductas.

Sesión 5: Anuncio de televisión.

Objetivos:

- Fortalecer la identidad propia de cada participante.
- Mejorar la autoestima.

En esta sesión la trabajadora social proporciona materiales (gorros, ropas, micrófono...) al grupo, cada familia escoge los materiales que considera oportunos y acuerdan cuáles de ellos representan mejor a cada uno de ellos. Una vez distribuidos los materiales, cada uno de ellos representará delante del grupo una simulación de un anuncio de publicidad en el que se promocionen a ellos mismos. Después de la representación, se establece el dialogo libre donde se pueden plantear dudas sobre el anuncio y añadir lo más positivo sobre las características anunciadas.

Sesión 6: Desde las raíces

Objetivos:

- Potenciar el trabajo en equipo.
- Enseñar o facilitar a los usuarios ocupaciones de tiempo en familia.

La actividad a desarrollar en esta sesión consiste en que cada familia haga germinar legumbres (alubias, lentejas...) en un vaso de plástico con algodón y agua. Una vez realizada esta actividad, se procede a la plantación de un árbol en el huerto situado tras el Centro.

Antes de finalizar la sesión, la trabajadora social encarga a cada familia la tarea de escoger una selección de fotos desde el nacimiento del usuario hasta la actualidad, en las que se recuerden momentos vividos en familia. Deben traerlas a la siguiente sesión.

Sesión 7: Sentimientos que viajan

Objetivos:

- Conocer mejor los vínculos afectivos de cada familia.
- Hacer aflorar en ellos sensación de progreso.
- Fomentar el conocimiento sobre los demás miembros del grupo.

La profesional aprovecha el material articulado en la sesión anterior (germinación de legumbres), que tras una semana ya ha crecido para iniciar un diálogo de grupo en el que se refuerza el valor del cuidado, la ayuda y el progreso grupal, motivando al grupo y a las familias. Alrededor de cada esqueje y guiados por la trabajadora social, las familias irán construyendo su Historia de Vida con las fotos que han seleccionado en casa (tarea encomendada en la sesión anterior). Rememorando vivencias y sentimientos que les producen esos recuerdos y dándolos a conocer al resto de familias.

Al finalizar esta sesión, la profesional entrega a los adultos de cada familia una ficha que recomienda rellenen en cada de manera individual y posteriormente la pongan en común. (Anexo sesión 7), con el objetivo de que compartan un espacio de pareja que guíe una acción común.

Sesión 8: Familia, grupo primario de apoyo y socialización.

Objetivos:

- Adquirir técnicas para la protección y cuidado de los hijos.
- Concienciar a los miembros de la familia de la importancia del grupo familiar.

Tras el desarrollo de las sesiones anteriores, la trabajadora social anima al grupo establecer herramientas que posee la familia como agente de socialización principal. Se comentará cómo pueden potenciarse y que dificultades pueden encontrarse. Esto se trabajará a través de la elaboración de un mural entre las tres familias y la trabajadora social. La profesional utiliza el mural

como herramienta para mantener la atención de los usuarios pero será ella la que principalmente dirija la charla e invite a la conversación y la reflexión de los miembros del grupo.

Sesión 9: ¿Qué está pasando?

Objetivos:

- Detectar diferentes comportamientos o conductas en los demás.
- Impulsar a la reacción y enseñar a afrontar comportamientos irracionales.
- Practicar la comunicación de manera coordinada ente el lenguaje verbal y el corporal.

Como en el resto d sesiones, la profesional se encarga de introducir la sesión mediante la explicación del ejercicio o actividad a realizar y qué se pretende mejorar o aprender con esto. Para trabajar estos objetivos, la trabajadora social entrega un ejerció a cada una de las familias (Anexo sesión 9) y explica la forma en la que se debe llevar a cabo, invitando a la participación.

Antes de finalizar, la trabajadora social adelanta que la siguiente sesión será la última antes de la disolución del grupo y que como despedida cada familia puede encargarse de llevar un postre o alimento que les guste y que hayan elaborado juntos. Así hacer una despedida “más dulce”.

Sesión 10: Todo tiene un principio y un final

Objetivos:

- Rebajar la frustración que puede producir el cierre del grupo.
- Acompañar en la despedida que favorezca la asimilación del final.

Se plantea el cierre del grupo como una celebración en la que la conversación sea cordial y no estructurada, en el que las relaciones y conversaciones puedan ser libres. Se produce acompañado de la realización de un “almuerzo, merendola” con los alimentos elaborados por las familias. A la llegada cada familia contará que ha elaborado, de qué manera y porqué.

En este espacio, la profesional invita a los adultos de las familias por un lado y a los menores por otro a redactar una carta en la que se dirijan a otro posible grupo de iguales contándoles la experiencia de su participación en el grupo. Lo que servirá de autoevaluación y un indicador para la evaluación final de la trabajadora social al proyecto de intervención.

5.6. Temporalidad de las actividades. Cronograma

El cronograma elaborado a continuación representa la duración y reproducción de las actividades en el tiempo, siendo estos los meses de junio y julio del año 2017. El grupo se reuniría los sábados de cada semana y un único domingo durante estos dos meses y el horario sería de mañana, acordando la hora exacta entre el profesional y los miembros del grupo.

Tabla 4: Cronograma

CALENDARIZACIÓN	JUNIO	JULIO
3-06-2017	Sesión 1: ¡Preséntame!	
10-06-2017	Sesión 2: Somos un grupo de grupos	
17-06-2017	Sesión 3: Hablando nos entendemos	
24-06-2017	Sesión 4: ¡Los conflictos no pueden con nosotros!	
1-07-2017		Sesión 5: Anuncio de televisión.
8-07-2017		Sesión 6: Desde las raíces
15-07-2017		Sesión 7: Sentimientos que viajan
22-07-2017		Sesión 8: Familia, grupo primario de apoyo y socialización.
29-07-2017		Sesión 9: ¿Qué está pasando?
30-07-2017		Sesión 10: Todo tiene un principio y un final

Fuente: Elaboración propia

5.7. Recursos

El desarrollo de la actividad asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil precisa tanto de recursos humanos como materiales concretos, adaptados a la personalidad infantil y adolescente de los pacientes/alumnos. Deben respetar su derecho a ser tratados de una manera específica y diferenciadora respecto a las personas adultas que sufran enfermedad mental. (Servicio Aragonés de Salud, 2003)

5.7.1. Personales

En el Centro de Día, se cuenta con el trabajo del Equipo Multidisciplinar del Centro. El Equipo debe conformarse por distintos profesionales del ámbito de la infancia y juventud; y todos deben ser complementarios en la atención integral del paciente. Por lo tanto, aunque quien se encargue de dirigir las sesiones y llevar a cabo la puesta en marcha del proyecto, todo el Equipo Multidisciplinar debe conocerlo y supervisarlos, ya que todas las áreas deben estar en continua interrelación y bien integradas unas con otras, siguiendo un enfoque comunitario.

5.7.2. Materiales

En los recursos materiales se incluyen los locales y espacios utilizados por los profesionales y usuarios. Estos espacios deben presentar unas dimensiones y una estética adecuada al ambiente infanto-juvenil y a la cobertura de usuarios que abarca.

Concretamente en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental identificamos: Dos aulas de apoyo escolar: pupitres, sillas, pizarra, ordenador, folios, libros de texto y de lectura y diferentes útiles. Aula de terapia ocupacional: cocina, colchonetas, pinceles, pelotas de motricidad, aros, pivotes, piezas de construcción, juegos variados, mesa redonda, mesa de profesional, ordenador, despensa. Patio común y espacios abiertos (alrededores del propio Centro de Día)

5.7.3. Técnicos:

El ordenador.

Impresora.

Transporte escolar, microbús, para facilitar el acceso al Centro.

5.8. Seguimiento y evaluación

La pertinencia o no del proyecto, no puede ser valorada únicamente desde la perspectiva del desarrollo de las actividades programadas. Deben tenerse en cuenta diversos indicadores tanto cualitativos como cuantitativos durante el desarrollo del proyecto y una vez finalizado el mismo. Por este motivo se refiere al seguimiento y a la evaluación, que se tendrán en cuenta desde la elaboración del proyecto.

El seguimiento “es un proceso continuo de recogida y tratamiento de datos” (Ulla y Giomi, 2006: 76). Generalmente lo realiza el profesional encargado de llevar a cabo el proyecto y le permite detectar problemas, dificultades, progresos, etc. que se van produciendo durante la realización de actividades. Por lo que le capacita para ir haciendo correcciones y reorientaciones continuadas. (Ulla y Giomi, 2006).

Respecto a la evaluación, “sirve para apreciar si la acción está verdaderamente adaptada a los objetivos, y si estos son verdaderamente pertinentes, realistas y realizables, si fueron alcanzables y a qué precio, etc.” (Ulla y Giomi, 2006: 77).

La evaluación de dicho proyecto será realizada por el profesional que lleva a cabo el proyecto de intervención, por lo que decimos que se produce una evaluación interna. Se pueden diferenciar durante la ejecución del proyecto, tres momentos bien diferenciados de evaluación: Proceso de monitoreo, que corresponde al ya nombrado seguimiento; la Evaluación periódica de resultados que se realiza en ocasiones puntuales con la finalización de etapas concretas o actividades diferenciadas y la llamada Evaluación de impacto final que se realiza una vez cerrado y finalizado el proyecto, midiendo los objetivos más a largo plazo. (Ulla y Giomi, 2006)

Para evaluar y medir resultados atendiendo a diferentes aspectos, es preciso establecer diferentes indicadores. Pudiendo ser tanto de **carácter cuantitativo** (número de asistentes a cada sesión, la cantidad de materiales necesarios, total de actividades realizadas, número de personas que se muestran participativas, presupuesto necesario...), como de **carácter cualitativo** (valorar el logro o fracaso de los objetivos propuestos, valorar la autoestima de los integrantes del grupo, las metas alcanzadas...). El profesional deberá afrontar la evaluación desde el inicio hasta el cierre del proyecto, valiéndose de las herramientas necesarias como el registro de asistencia y recogida de datos de cada sesión. (Anexo VII: Informe de seguimiento de sesión).

Con intención de valorar la satisfacción de los participantes, se les hace una encuesta que cuenta con preguntas tanto cualitativas como cuantitativas. (Anexo VIII: Encuesta a los usuarios).

5.9. Presupuesto y fuentes de financiación

Para calcular los gastos económicos que supondrá la realización del proyecto de intervención, se tiene en cuenta el costo que supone el salario del profesional y la contratación del minibús acordada con la compañía Autobuses Murillo, compañía de transporte escolar con la que se trabaja durante el resto del año.

Tanto las instalaciones (Centro de Día Infanto-Juvenil de Movera) como los materiales utilizados durante la puesta en marcha del proyecto, no son contabilizados en el presupuesto, puesto que son computados anualmente por el propio Centro.

Con intención de estimar o fijar un sueldo para la trabajadora social que se encargará de poner en marcha el proyecto de intervención en el Centro de Día, se consulta la *Resolución de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017*. En el Artículo 21, en el punto 4 se hace una división (5 grupos) por grupos profesionales. El graduado en Trabajo Social por su titulación se considera dentro del Grupo profesional 1.

Posteriormente analizando las tablas salariales de 2016 que se adjuntan al Convenio se estima el sueldo de este profesional considerando una media de 1.750 horas anuales estipuladas en el Convenio y en las tablas salariales se estima un salario base bruto anual de 20.503€ al que se le añade un importe bruto anual en carácter de responsabilidad, de coordinación y d proyecto ascendiendo la cantidad inicial a 27.876€ brutos anuales. Se calcula que la trabajadora social durante los dos meses a cargo del proyecto invertirá una media de 60 horas laborales lo que ha proporción son **995,75€**

Con el objetivo de facilitar la asistencia al Centro se procede a la contratación de un minibús (capacidad para 10 pasajeros) con la Compañía Autobuses Murillo. El Centro es demandante del servicio de Transporte Escolar durante el periodo lectivo, por lo que se contacta con ellos para concretar el alquiler de un minibús de 10 plazas. El presupuesto acordado con la compañía es de 60€ por día, siendo los usuarios recogidos en la Estación Intermodal de Delicias y transportados al Centro de Día en Movera. El recorrido de vuelta es el mismo a la inversa. Por tanto el alquiler del transporte asciende a un total de **600€**.

TOTAL:	1.595,75€
---------------	------------------

Conclusiones

Para terminar, y a modo de conclusión es importante redirigir la atención a la consecución de objetivos que se pretendían alcanzar al principio del presente Trabajo Fin de Grado. Se comentan las dificultades y posibles contratiempos surgidos y cambios y mejoras que se creen convenientes al respecto.

Con la elaboración del trabajo se pretendía abordar los aspectos más relevantes en salud mental infanto-juvenil y sobre los TMG en la infancia y la adolescencia; identificar problemas y necesidades que suscita la asistencia a la población objeto y el abordaje desde el área del Trabajo Social; elaborar un diagnóstico; llegar a la posterior elaboración de un proyecto de intervención que dé respuesta desde el Trabajo Social a necesidades sociales identificadas.

En relación a esto, se han conseguido aprender y clarificar conocimientos teóricos sobre la atención en salud mental infanto-juvenil y en menor medida sobre los TMG, centrando más la atención en las necesidades que precisa esta población a la hora ser atendida por los equipos profesionales. Se entiende más pertinente centrarse en el abordaje y necesidades debido a la falta de consenso profesional para elaborar y fijar diagnósticos de manera uniforme en este sector de la población. Lo que se pretende es integrar al menor en sus contextos más próximos y hacerle partícipe evitando el aislamiento con su enfermedad.

Se conocen recursos existentes detectando destacada variabilidad y desequilibrio en la prestación de los mismos debido a la sectorización y diferenciación entre comunidades autónomas e incluso dentro de las mismas. Esto precisa de un necesario desarrollo del sistema asistencial y organización en salud mental infanto-juvenil.

Respecto a la práctica profesional, se considera necesario y de carácter relevante, un abordaje comunitario, basado en el trabajo en red. En la red los profesionales de las diferentes áreas e instituciones deben estar en continua interacción y trabajar en una misma línea. En cada institución o recurso cada Equipo multidisciplinar debe estar activo y disponible en todo momento. Para ello deben plantearse programas y proyectos teniendo en cuenta a los usuarios y familias usuarias, facilitando la colaboración y posibilitando la continuidad del tratamiento desde las diferentes áreas.

Los TMG en la infancia y adolescencia conllevan serias dificultades en lo que respecta a la calidad de vida del enfermo y su familia, así como en el entorno educativo y social. En este sentido,

CONCLUSIONES

desde el área del Trabajo Social, se trabaja entre otras cosas, fundamentalmente de forma continuada con las familias.

En este caso, se diseña el proyecto de intervención con intención de movilizar recursos a través de una estrategia completaría que induce a la intervención multifamiliar. Ayudar a las familias a superar sus dificultades en lo que respecta al ámbito relacional y a la vinculación familiar. Además de considera importante llevarlo a cabo en los meses de verano para proporcionar continuidad al tratamiento pero desde una intervención más dinámica y participativa.

No obstante, en cuanto a las dificultades encontradas para el diseño del proyecto, juega un papel importante la falta de iniciativa y colaboración que suelen mostrar las familias por el sufrimiento y la carga que suelen llevar implícita, además de los problemas de des apetencia, irritación, baja autoestima que caracteriza a la etapa adolescente y que se acentúan al padecer TMG. Es importante por tanto, que el Equipo multidisciplinar determine la formación de un grupo de tamaño reducido donde cada familia tenga su espacio y que se considere beneficiosa su participación.

En lo que concierne al análisis del contexto, surgieron problemas metodológicos referidos a la reproducción de las grabaciones, que se intentaron suplir mediante anotaciones puntuales realizadas durante las entrevistas a las profesionales. Este problema metodológico dificultó en cierta medida la aclaración de algunos puntos a la hora de establecer el diagnóstico.

Por último, se considera importante hacer obligada referencia al papel que juega el trabajador social en este campo específico. Su inclusión como profesional de esta área representa la notoria evolución en lo que respecta al contexto más social y relacional del enfermo y la inclusión de este en sociedad, en relación con su entorno de actuación. Pero aunque la atención a la salud mental infanto-juvel se considera en auge, se considera precaria e infradesarrollada en algunos aspectos que deben ser atendidos.

Es importante que la atención social en este ámbito siga desarrollándose y redirigiendo diferentes formas de intervención, procurando atender al usuario en su contexto más próximo y proporcionando herramientas que faciliten su adaptación social, procurando más fácil su integración social.

Bibliografía

- Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (4), 525-532.
- Alcamí, M. y Ortiz, P. (2012). Introducción. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.). *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*. (pp.13-17). Madrid, España: Imprenta Arenas S.L.
- Alcamí, M., Ortiz, P. y Terán, S. (2012). Evaluación y Diagnóstico de los TMG. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.). *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*. (pp.29-80). Madrid, España: Imprenta Arenas S.L.
- Aragónés, T. (2008). Nuevos roles en la familia. En J.M. Comelles y M. Bernal (Ed.). *Salud Mental, diversidad y cultura* (pp. 129-140). Valladolid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios-Gráficos Andrés Martín S.L.
- Aylwin, N y Solar, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago, Chile: Salesinos Impresores S.A.
- Barbero, J. M., Quesada de Greppi, M. (1982). *Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
- Becerra, R y Kennel, B (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Beck, E. (2003). *La reinención de la familia: en busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de cultura económica.
- Brito, I. (2002). Terapias madre-bebé: una vía para la prevención en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (22), 1533-1537.
- Caplan, G. (1980). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cárdenas, M., Coromina M., Saltó, C., Pérez, O., Acevedo, A., Fuentes, M., Sánchez, T., García, A., Ardevolc, I. y Perisé, B. (2015). Fomentando la resiliencia en las familias con enfermedad mental parental: los talleres Kidstime. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* (25), 37-41.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria (2013). *Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental*. Recuperado de <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
- Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. (2006). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Cuaderno técnico. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=true>
- Dávila, O. (2005). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década 12* (21):83-104. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004
- Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, Gobierno de Aragón (2002). *Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PLAN ESTRATEGICO 2002 2010 ATEN SALUD MENTAL COMUNIDAD AUTONOMA ARAG 2002.pdf>
- De Pedro, M. D. y Galán, F. (2015). El método en Trabajo Social. La perspectiva ecosistémica. En M. Miranda (Ed.). *Lo social en salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría* (pp.211-252). Zaragoza, España: Prensas Universitarias Zaragoza.
- De Robrtis, C. y Pascal, H. (2007). *La intervención colectiva en Trabajo Social: la acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Lumen.
- Escatin, M.J. (2007). *Introducción al trabajo social. II, Trabajo Social con individuos y familias*. Alicante, España: Aguaclara.
- Espinal, I.; Gimeno, A. y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre familia. *Revista Internacional de Sistemas*, (14), 21-34.
- Espinar, I. (2006) Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes. La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de Estudios de Juventud*. (84), 27-45.
- Fernández, T. (2014). *Trabajo social con grupos*. Madrid, España: Larousse-Alianza Editorial.
- Fernández, A. (2000). Las familias, principal pilar del sistema de Psiquiatría Comunitaria. *Trabajo Social Hoy*. 28 (BIS), 156-158. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS de Madrid.

- Fernández, X. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *Revista de Trabajo Social*. (145), 48-58.
- Foucault, M. (1985). *Historia de la Locura en la época clásica*. Traduit du français par J.J. Utrilla. México: Fondo de cultura económica.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2003). *Una nueva mirada de la participación adolescente*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2014/03/UNICEF-01-UnaNuevaMiradadelParticipacionAdolescente.pdf>
- Garcés, E.Mª. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social* (23): 333-352.
- Gobierno de Aragón. (2000). *Decreto 217/2000, de 19 de diciembre, del Gobierno de Aragón, de atención al alumnado con necesidades educativas especiales*. Recuperado de <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=404230802221>
- Gobierno de Canarias (2006). *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias*. Recuperado de http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/411a613b-f82c-11dd-b1fa-a5269341ea94/Salud_mental.pdf
- Gobierno de España (2015). *Convenio colectivo estatal de acción e intervención social 2015-2017*. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2016/07/01/pdfs/BOE-A-2016-6399.pdf>
- Gobierno de España (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Gobierno de España (2016). *Ley 6/2002 de 15 de abril de Salud de Aragón*. Recuperada de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-9667-consolidado.pdf>
- Gobierno de España. (2006). *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre*. Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097419?ssSourceNodeId=1139#ANEXOIII
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of Spoiled Identity*. Translated from the english by: L. Guinsberg. London: Prentice–Hall Inc.
- Goldberg, M. (1979). *A manual for use in conjunction with the General Practice Research Unit's Standardised Social Interview Schedule*. Londres, Inglaterra: Institute of Psychiatry.
- Gonzalez, L.J. (1999). *Psicoterapia de grupos: Teoría y práctica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. Santafé de Bogotá, México: El manual moderno.
- Grawitz, M. (1984). *Método y técnicas de las Ciencias Sociales*. México, Editorial Mexicana.
- Hamilton, G. (1992). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. México: Prensa Médica Mexicana.

- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M. y Luque, I. (2006). Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clinica* 126 (12), 442-451.
- Henry, S., East, J. y Schmitz, C. (2004). *Trabajo Social con Grupos: modelos de intervención*. Narcea. Madrid.
- Hernández, B (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social* (52), 314-325.
- Hidalgo, A (2009). La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 179-226.
- Higuita, L.F. y Cardona, J.A. (2015). Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. *Revista CES Psicología*, 8 (1): 155-168.
- Humanium (1959). *Declaración de Derechos del Niño*. Recuperado de <http://www.humanium.org/es/wp-content/uploads/2013/09/Declaraci%C3%B3n-de-los-Derechos-del-Ni%C3%B1o1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2015, 27 de febrero). Defunciones según la causa de muerte, año 2013. *Notas de prensa*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (89). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005&lng=en&tlng=en
- Jiménez A.M. (2003). Intervenciones psicoterapéuticas en unidades de salud mental infanto- juvenil y coordinación con otros dispositivos. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (35/36), 139-67.
- Kruse, H. C. (1976). *Introducción a la teoría científica del servicio social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Ecro.
- Lopez, S. y Escudero, V. (2003). *Familia, evolución e intervención*. Madrid, España: Editorial CCS.
- Mercelli, D. (2007). *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona, España: Elservier-Masson.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006). *Encuesta Nacional de Salud de España*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (2009). *Guía de Práctica Clínica de Depresión en la Infancia y Adolescencia*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación. Tórculo Artes Gráficas, S.A. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/docs/IIPlanEstrategico2013_2016.pdf
- Miranda, M. (2015). El Trabajo Social en salud mental. Un poco de historia. En M. Miranda (Ed.). *Lo social en salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría* (pp.69-82). Zaragoza, España: Prensas Universitarias Zaragoza.
- Miranda, M. y Garcés, E. (1998). Trabajo Social en salud mental. En D. Colom y M. Miranda (Ed). *Organizaciones de Bienestar*. (pp.69-88). Zaragoza, España: Mira Editoriales S.A.
- Miranda, M. y Garcés, E. (2105). El Trabajo Social en salud. Justificación y orígenes. En M. Miranda (Ed.). *Lo social en la salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 15-48). Zaragoza, España: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Miranda, M.; Garces, E.; Sarasola, A.; Merino, J. A y Seva Díaz, A. (1990). Sobre el concepto de salud y el sistema sanitario desde el Trabajo Social. *Trabajo Social y Salud*. 6, 75-107.
- Myers, F.; McCollam, A. & Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing. Mental Health Inequalities in Scotland*. Recuperado de <http://www.gov.scot/Resource/Doc/76169/0019049.pdf>
- Oliva, A. (2008). *Problemas psicosociales durante la adolescencia*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Oliva, E. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. 10 (1), 11-20.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- Otero, N. y Rebolledo, S. (1993): Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 5 (4): 217.
- Paré, S. (1966). Dynamique des groupes et service social des groupe. *Revue Service Social*, 15 (1, 2 y 3), 86-73.
- Piédrola-Gil, G. (Ed.). (1990). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, España: Salvat.
- Pineaul, R. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona, España: Masson.
- Pineda, S. y Aliño, M. (1999). *El concepto de adolescencia*. La Habana, Cuba: MINSAP.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Fuenlabrada, España: Gráficas Anzos, S.L.

- Real Academia de la Lengua Española, RAE (2016). Def. Familia. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>
- Ricciardi, C.; Ojeda, M. y Fernández, A. (2006). El rol del Trabajo Social en la salud mental infanto juvenil. En L. Barg. (Ed.). *Lo interdisciplinario en salud mental: niños, adolescentes, sus familias y la comunidad* (pp. 101-120). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Roiz, M. (1989). La familia, desde la teoría de la comunicación de Palo Alto. *REIS* (48), 117-136.
- Semansky, R. M. & Koyanagi, C. (2003). Child & adolescent psychiatry: Accessing Medicaid's child mental health services: the experience of parents in two states. *Psychiatr Serv*, (54), 475-476.
- Servicio aragonés de Salud. (2003). *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil 2003-2011*. Recuperado de http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/PROGRAMA_ATENCION_SALUD_MENTAL_INFANTO_JUVENIL_2003.pdf
- Tizón, J.L.; Artigué, J.; Goma, M.; Parra, B. y Marzari, B. (2004) La observación de bebés en una unidad funcional de atención a la salud mental de la primera infancia (UFAPI). *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (37/38), 85-112.
- Tizón, J.L. (2008). Clínica y Promoción de la Salud Mental en la Infancia: Otra Integración Necesaria. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (2), 143-166.
- Ulla, L y Giomi, C. (2006). *Guía para la Elaboración de Proyectos Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial: Instituto para la cultura la innovación y el desarrollo.
- Vila, F. (2008). La adolescencia hoy y sus necesidades en salud mental. En J.M. Comelles y M. Bernal (Ed.). *Salud Mental, diversidad y cultura* (pp. 189-203). Valladolid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios-Gráficos Andrés Martín S.L.
- World Health Organisation. (2005). *Atlas: Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. [Versión electrónica]. Geneva, Italia. Repositorio Institucional para compartir Información., http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43307/1/9241563044_eng.pdf