

# Anexos

Nuria Martínez Pérez

## ÍNDICE

Anexo I: Transcripción entrevistas a profesionales.....	1
1. Entrevista Psicóloga y directora del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental .....	1
2. Entrevista Trabajadora Social del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental.....	17
3. Entrevista Terapeuta Ocupacional del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental .....	22
Anexo II: Programa de Seguimiento de Casos.....	27
Anexo III: Aspectos básicos y funcionamiento del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental....	29
Ámbito de actuación .....	29
Características del territorio y población .....	29
Justificación de la creación del Centro de Día y filosofía del mismo.....	30
Objetivo .....	32
Estructura organizativa.....	33
Funcionamiento.....	34
Programas y servicios que ofrece.....	36
Anexo IV: Fichas sesión 2 .....	38
Anexo V: Ficha sesión 7 .....	41
Anexo VI: Ejercicio sesión 9: ¿Qué está pasando? .....	42
Anexo VII: Informe de seguimiento de la sesión.....	44
Anexo VIII: Encuesta grado de satisfacción de los integrantes del grupo.....	46

## Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1: Organigrama .....</i>	33
-----------------------------------------	----

## Índice de tablas

<i>Tabla 1: Ejercicio pensamientos y conductas. ....</i>	42
<i>Tabla 2: Encuesta para medir el grado de satisfacción de los integrantes del grupo .....</i>	46

## Anexo I: Transcripción entrevistas a profesionales.

### 1. Entrevista Psicóloga y directora del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental

Estamos con ..... psicóloga y directora del Centro de Día Infanto-Juvenil de salud mental de Movera. Tras haber comentado ya el objetivo con el que voy a realizar la entrevista, que es el de poder fundamentar un marco contextual en el que voy a trabajar para realizar mi proyecto, pasamos a realizar algunas cuestiones de la entrevista que ha sido modificada a última hora ya que Teresa ha podido proporcionarme material documentado por escrito sobre la creación del centro.

Entonces ¿En qué se diferencia este Centro del resto de dispositivos sanitarios con los que se coordina para proporcionar un abordaje total de los casos de enfermedades mentales?

- El centro se diseña desde la perspectiva de cuál es el mundo de un niño, de un joven con un problema de trastorno mental, y el mundo de un joven es el mundo escolar, el mundo familiar, principalmente, entonces el centro intenta abordar tanto los aspectos de convivencia social y las dificultades de integración en los servicios educativos como el problema de la relación familiar y como los síntomas o el malestar del niño puede estar influyendo en el campo familiar. Además el proyecto se realiza de una manera individualizada después de conocer al niño conocer sus problemas, delimitar su patología, plantearse objetivos tanto educativos como psicológicos como clínicos como ocupacionales como sociales. Y diríamos no hay un modelo fijo para cada caso, sino que cada caso nos obliga a inventar un modelo.

Por lo tanto, ¿usted diría que la línea del trabajo o el funcionamiento con el que cuenta el centro en vez de ser rígido sería más abierto, pudiéndose centrar en las necesidades específicas de cada chico?

- Si, completamente de acuerdo. Además la línea de trabajo supone primero una escucha muy atenta de la problemática que nos trae el chico y la familia y utilizamos digamos como miembros para desarrollar los programas los propios miembros que los chiquillos nos traen, por ejemplo si a un niño le gusta mucho pintar vamos a estar intentando abordar los objetivos terapéuticos pero potenciando ese área que hemos descubierto que es un área que lo estabiliza o lo tranquiliza. Y desde ahí iremos abriendo campo hacia otro tipo de objetivos. Pero cuando podemos definir claramente

cúales serían los elementos precisos que hay para poder trabajar y los que realmente nos hacemos cargo de ellos es cuando vemos que la salida terapéutica es mucho mejor.

**¿Podría explicarme un poco cómo es el funcionamiento del Centro en el día a día, el itinerario que se lleva, los horarios con los que cuentan tanto los chicos como los profesionales que trabajáis aquí?**

- En principio el modelo que ofrece el centro es un modelo individualizado, osea cada uno de nuestros chicos, de nuestros usuarios tiene un encuentro individualizado con las cada una de las funciones que componemos el centro, digamos es un itinerario, un recorrido por todo lo que serían las áreas terapéuticas, porque la filosofía global del centro es que, independientemente de la función que cada uno realicemos cada una de nuestras acciones tiene que estar enfocada a un punto de vista terapéutico. Entonces el niño o la niña van a recorrer las clases, la terapia ocupacional, la enfermería, especialistas, psiquiatría, psicología; depende del programa; pero siempre van a tener un encuentro con los profesionales. Además de eso están los aspectos sociales, lo que sería la dinámica de los grupos, que se distribuyen en tres bloques a lo largo del día: el bloque de “buenos días” donde la dinámica del grupo es previa a la inserción de cada niño en su itinerario particular; el bloque “recreo”; y el bloque de la “ludoterapia”. Son en esos bloques donde intentamos establecer la dinámica terapéutica grupal, principalmente pero no como una estructura de grupo, sino como una estructura más lúdica o más de conocimiento, entonces intervenimos en la manera de relacionarse entre los niños en bloques donde no están definidos como tal como grupo terapéuticos. Además si que hay un bloque para un grupo reducido de niños, que es el bloque del “rol-playing” y de trabajo que se realiza en la comunidad utilizando un recurso comunitario que es el polideportivo del pueblo, de este bloque se hace cargo el área social (Marisol), terapia ocupacional en contacto con educación. Y van estableciendo los ejercicios, lo que serían los objetivos terapéuticos de cada uno de los encuentros en el pabellón. ¿Qué ocurre? que no todos los niños pueden estar en los bloques, entonces, priman la filosofía de la necesidad particular del niño antes de la filosofía de la propuesta del centro. Hay niños que no pueden insertarse durante un tiempo en los bloques sociales y se les prepara un recorrido diferenciado, individual hasta que pueda acceder a esos bloques con acompañamiento y se va viendo según cada caso.

**Y siempre con el objetivo de que ese niño pueda reengancharse y trabajar de nuevo.**

- Si naturalmente no hay que tirar nunca la toalla porque estos niños pueden venir de situaciones de aislamiento muy fuertes (encierros en casa de no poder estar en el colegio), o son evoluciones de lo que eran los trastornos generalizados del desarrollo que en el origen hubo rasgos autistas, rasgos de dificultades sociales que están ahí y atraviesan la biografía del muchacho. Entonces realmente estar con otros, poder estar con otros y disfrutar de estar con otros es un objetivo que no podemos dejar de lado.

**Centrándonos más en lo que es el día a día, hemos podido ver cómo al centro no acuden todos los días, todos los chicos, sino que están divididos en grupos para poder acudir aquí. Acuden en horario de nueve a dos y están divididos en dos grupos, uno en el que nos encontramos con chicos más jóvenes de unos once a catorce-quince años y otro en el que ya van hasta dieciocho. Esta división, ¿cómo se ha decidido? ¿se decidió al principio o se ha ido viendo que funcionaba mejor por edades o cómo fue?**

- No, no se decidió al principio. Al principio teníamos un grupo de quince niños mezclados de diferentes edades y nos encontramos con unas grandes dificultades en diversas áreas. Primero en el área relacional, los niños pequeños temían a los mayores y era muy difícil ofrecerles a los grupos de edad actividades comunes ya que había una gran diferencia entre ellos. Después había una realidad de personal, había niños que necesitaban un tratamiento muy individualizado y tantos niños juntos y de diferentes edades provocaban una dificultad de afrontar las necesidades de cada niño en cada momento que los necesitaba, o crisis de agitación, o momentos alucinatorios o momentos de angustia. Y luego había un elemento social que tuvo muchísimo peso que era la dificultad de reinsertar a los niños en su medio escolar cuando habían estado aquí una larga temporada viniendo todos los días a la semana. Entonces primaron principalmente dos criterios: El criterio de no desinsertar a los niños de sus colegios aunque tuviéramos que hacerles jornadas adaptadas y tal y que no hubiera ruptura entre el centro escolar y el niño cuando el niño viniera aquí porque volver era muy difícil. Y el criterio de los diferentes perfiles clínicos y las diferentes necesidades. Entonces desde esos dos criterios decidimos separar los grupos aunque lo ideal hubiera sido que hubiera habido dos centros diferentes, pero esto no ha sido posible por la falta de recursos. Separar los grupos y no juntarlos para evitar este tipo de disfuncionamiento y de momentos realmente de temor que podía surgir en los pequeños con niños mayores, agitados o con una temática socialmente diferente o con pasos al acto en lo social, complicados.... Con niños pequeños ese modelo nos parecía

poco productivo y en la realidad muy inquietante para los pequeños y luego que no dejan sus centros escolares. Por eso dividimos los grupos en dos.

**También nos ha comentado que desde aquí, desde el centro se llevan a cabo diferentes programas y servicios como ha podido ser el programa terapéutico-educativo que también se lleva a cabo con el programa más social y dinámico. ¿Podría especificarnos programas concretos que se estén desarrollando?**

- En el programa de los educadores tienen una relación constante y muy estrecha (y todo el centro), con los colegios de los que provienen nuestros chicos, con el profesorado. Y podemos, intervenimos, orientamos, explicamos, educamos en lo que es la clínica de la infancia, de alguna manera desde la perspectiva de las necesidades del niño y cuáles serían los elementos más necesarios. Entonces hay desde el área social se hacen programas de inserción en la comunidad, se buscan recursos externos a niños muy aislados para intentar construir una especie de pequeño itinerario en los social también alternativo al itinerario de aislamiento que los niños están llevando, pero de esto te informará mejor la trabajadora social. Desde el programa de enfermería en salud mental te informará mejor la enfermera, se hace un programa de seguimiento, control de medicación y educación para la salud con el niño pero también con la familia, porque hay familias que precisan de un seguimiento muy estrecho desde aquí para que se cumplimente la medicación de una manera ajustada para el niño, seguimientos de citas, coordinación con las unidades de salud mental. Incluso se ha llegado a llevar el programa de seguimiento de la medicación a unos padres cuando hemos visto que no podían llegar a hacerse cargo. Entonces eso es la educación para la salud y cumplimiento de la medicación es otro de los programas que se realiza. Desde terapia ocupacional te pueden informar de programas de inserción en el instituto, de realizar actividades de lavandería, siempre con un pie fuera, con la idea que en lo social no quede que este lugar es un lugar aislado, una burbuja, sino todo lo que podemos poner un pie fuera con los chicos, lo ponemos en marcha. En psicología está el programa psicoterapéutico y luego está el programa ya cuando se detecta patología vincular muy grave, el programa de atención a las madres en un momento determinado. Psiquiatría viene menos pero también se están pensando en programas psicoeducativos para familias. Y luego está el programa de verano donde durante el mes de julio estamos la mayoría de profesionales, seguimos manteniendo actividades, hacemos un grupo único a la semana con todos jóvenes y mayores, de piscina, de ocio y tiempo libre donde toda la mañana se pasa en un recurso comunitario. Y luego ya se

realizan ofertas individuales dependiendo de las necesidades de cada chico. Pero siempre hay, aunque por ejemplo el profesional que sostenga el programa comunitario sea la enfermera, siempre hay un pie fuera, se lleva al chico a la calle, se va a ver un museo, se coge una bicicleta, se le enseña a usar una biblioteca. Hay algo de lo que el mundo sea menos difícil para estos niños, es algo que tenemos en la cabeza.

**Y a partir de estos programas que ya tienen aquí y que están llevando a cabo, ¿considera usted necesario poder llevar a cabo algún otro programa específico?**

- Si, si pudiéramos y tuviéramos recursos desde luego. Yo echo de menos programas intensivos por ejemplo de plástica, programas de trabajo con las familias, una especie de que pudiéramos hacernos cargo de una inserción de las familias dentro del propio programa de los recursos que tuvieran algo que decir. Las familias dentro del centro más allá del tratamiento y lo terapéutico. Pero los recursos son los que son y son limitados.

**Y bueno, pasando a estos recursos tan limitados con los que me está diciendo que cuenta, ¿qué tipo de recursos tanto personales, profesionales, materiales, técnicos, económicos?, (aunque el centro sabemos que es público que depende del gobierno de Aragón) ¿qué tipo de recursos tanto internos para desarrollar las actividades que aquí se llevan a cabo como de mantenimiento del centro en general?**

- Los recursos son los recursos personales: nuestras personas son nuestras herramientas. Y desde nuestras personas inventamos la búsqueda de recursos externos y hablamos con unos y otros, porque educación si que tiene a nivel educativo un pequeño monte económico para material escolar, lo sanitario no tenemos ningún tipo de financiación, entonces tiramos un poco de la buena relación con educación cuando decidimos que se necesita algún juego o algún material para psicomotricidad, vamos un poco buscándonos la vida, porque no estamos realmente insertos todavía en lo que sería la república de una manera clara. De hecho hasta este año no hemos conseguido estar insertos en la red de ¿Cómo se llama esto? “esto que vienen a arreglar las cosas” (no me acuerdo como es el nombre que tiene). Hace seis años que no se pinta el centro, el centro la última vez que se pintó lo pintaron los alumnos con los profesionales. Es decir a ese nivel hay una gran carencia todavía. Ahora hemos solicitado que nos metan en internet que tampoco estamos. Digamos que el centro se ha quedado en una situación un poco de “extraterritorialidad”, no es ni de unos ni de otros, y en esa “extraterritorialidad” pues hay cosas en las cuales estamos un poco cojos. Eso también

es cierto que en cuanto a contarnos el interlocutor válido, todo el mundo nos intenta facilitar las cosas, pero no está oficializado, depende del esfuerzo personal de cada profesional que se dirige a tal o se dirige a cual a solicitar, y que de repente en esas llamadas de teléfono encuentras una puerta abierta para encontrar los materiales. Entonces hay cosas que hacer que nos sabemos muy bien ni quién las va a financiar ni cómo se van a realizar (el acondicionamiento exterior, la pintura de la casa) hay cosas pendientes de dignificación del centro, Luego están los recursos educativos a nivel de hasta junio que son el transporte escolar, que se trabaja desde el trabajo social, como mantener todo, que el centro pueda acceder a los mismos recursos que pone educación para otros niños (que no haya diferencias, que tengan los mismos derechos). Y luego a nivel sanitario hay muchas dificultades. Las cosas como son.

**Desde que el centro lleva abierto, desde 2008, que podríamos decir que todavía es un centro de nueva creación, imagino que dependiendo de los usuarios que han ido pasando por el centro su funcionamiento y la organización del mismo habrá ido variando para poder adaptarse a las necesidades de cada uno de los usuarios, ¿podría señalar qué modificaciones a nivel organizativo y de funcionamiento se han ido introduciendo?**

- Es que depende del grupo de niños que tenemos y de su perfil; si el perfil es muy autista o muy alucinado, hay muchas alucinaciones y crisis de agitación, tenemos que organizar toda la estructura, los recorridos del centro; si la mayoría de la patología va por ahí, a nivel de trabajo individual, llevamos ya dos años que hemos conseguido hacer mucha dinámica grupal y yo creo que tenderemos a intentar incrementar la dinámica grupal porque tiene muy buenos resultados. Pero no ha sido posible hasta que realmente el perfil de los niños....Hemos aprendido a tratar perfiles con más dificultades de interacción con los otros y luego el perfil de niños ha sido menos disocial, porque el problema que teníamos al principio era que el centro podía recoger niños desde con problemática social muy grave (que venían de menores) con niños con problemática psiquiátrica muy grave y esto era realmente difícil de manejar. Entonces lo que si que hemos decidido el equipo y lo tenemos claro: es que si en el mes de evaluación del caso, si nos falla alguno de los elementos en la demanda, por ejemplo, la demanda viene siempre por vía de los profesionales de salud mental, pero nosotros vemos: qué sostén tiene ese niño para trabajar con el programa terapéutico del centro; sostén familiar, que ya sabemos que las familias vienen con mucho sufrimiento por las características de sus hijos, pero la familia tiene que realizar una demanda, tiene que poder trabajar e implicarse en el tratamiento del niño; el sostén

social, si no hay padres tiene que haber una tutorización de menores, alguien que se implique a trabajar en esto; el sostén educativo, la relación con el colegio; y luego el propio niño, la propia subjetividad del niño con la que hay que trabajar. Pero si vemos que realmente los criterios exclusión ya no son tanto los criterios formales como aquellos que nos hacen representar una gran dificultad para que el niño pueda aceptar de alguna manera la oferta terapéutica del centro y su familia. O sea, no sería tan grave que hubiera consumo de tóxicos, si hubiera una demanda que permitiera trabajar sobre ese consumo de tóxicos y comprometerse a que quedara fuera. O no sería tan grave que hubiera comportamientos antisociales si surge una demanda y hacemos en esa evaluación y vemos que se puede trabajar con ello. Si en la evaluación originaria después del pasaje del mes de la evaluación nos ponemos el equipo a trabajar sobre el caso y vemos que alguno de esos sostenes falla o que la relación es de desconfianza (no hay confianza, porque a fin de cuentas nos entregan a un niño para que tengamos que intervenir sobre él para que las cosas mejoren), si esa relación terapéutica de confianza no se ha establecido, si no se ha conseguido vincular ni al colegio del que provienen ni a la familia de la que proviene ni a las instituciones con el proyecto del centro, sabemos que igual no es el tiempo de aceptar ese caso y que hay que seguir dándole una vuelta más. También depende cómo vienen las derivaciones, o sea, a veces se derivan a niños para que los recojamos sin ningún acuerdo de parte del niño, en un absoluto y total desacuerdo y nosotros necesitamos de cualquier manera en ese mes de evaluación construir un vínculo y si no se construye no es una caso para el centro, no es el tiempo para esto. O sea, la idea no es recoger niños sin más ni más, sino recoger niños para que mejoren.

**Entonces, todo esto se lleva a cabo en los meses de periodo escolar ordinario y luego cómo hemos comentado también en el periodo vacacional de verano en el mes de julio sí que se llevan a cabo algunas actividades que surgen por áreas, digamos, de los profesionales que estáis trabajando aquí.....**

- En el mes de agosto seguimiento pero no trabajando desde el Centro, porque cerramos. Cada uno hace su consideración y sigue mediante llamadas y derivaciones. Entonces normalmente hay dos profesionales porque no estamos más y entonces estos profesionales se ocupan de establecer la dinámica de seguimiento que consideran según cada caso, garantizar las citas con psiquiatría o yo no suelo estar en agosto pero si estoy yo con psicología, visitas domiciliarias, trabajo en la comunidad. Pero son seguimientos, el protocolo del mes de agosto es de seguimientos.

**Vale, cambia la dinámica y se centra únicamente en seguir los casos desde algo más terapéutico....**

- Sí, que no se rompa el vínculo con la institución. La institución sigue estando presente en la vida de los niños y de sus familias. También los niños se van de vacaciones, pero siempre de alguna manera estamos, la referencia está, de la institución está y los encuentros con los profesionales de la institución también están, pero no en el contexto físico de Movera

**Vale, entonces, ¿desde qué áreas se ofrece principalmente ese seguimiento? Decimos que el programa terapéutico educativo queda cerrado por vacaciones y el resto de las áreas sí que sigue. ¿Cuáles son las principales áreas que son necesarias y que no sería posible romper?**

- Se mantiene el área clínica y el área social, es la que se mantiene todo el mes de agosto en el programa este de seguimiento. A ver, en verano también establecemos y recibimos casos, y establecemos la vinculación con el caso que luego cuando vuelve en septiembre el programa educativo terapéutico completo vienen en mucha mejor disposición que si vienen durante el curso. Este niño, o ejemplo de estos casos que se reciben en verano, se establece el vínculo en verano, se empieza a trabajar en verano y a partir de ahí la inserción en el programa global es más sencilla, porque ya se ha generado la relación vincular entre el centro y el niño. Entonces la idea clínica es la estabilización. Entendemos que hay trastornos mentales en curso de por vida, psicosis infantiles, esquizofrenias que en un momento determinado con la pubertad se van a desestabilizar y van a empezar a presentar síntomas realmente duros en su vida, en lo social y tal. Entonces el centro en el programa de verano intenta que la ruptura del lazo con el centro no provoque desestabilizaciones. A veces no se ha conseguido trabajar con la familia lo suficiente para que se hayan rectificado ciertos elementos, a veces el niño se mantendría muy aislado encerrado en su casa. Entonces es sostener los períodos de estabilización, incidir cuando vemos que hay algún periodo de desestabilización, consulta rápida psiquiátrica o ingreso si es preciso. Pero es sobre la idea de mantener la estabilización, que a veces es precaria, porque a veces hay niños muy graves que se mantienen poco, pero que esa precariedad no se vaya al “garete” por decirlo de alguna manera.

**Entonces, con esto que me está contando, ¿usted cree que sería beneficioso y apropiado realizar algún seguimiento más estructurado, más organizado, con más actividades?**

**Qué no fuese únicamente desde lo clínico y terapéutico el seguimiento, sino que también se podrían llevar a cabo con los chicos más actividades grupales.**

- Sí, yo estaría totalmente de acuerdo, pero el problema es la escasez de recursos. Quiero decir, si hubiera más recursos humanos, haríamos más programas. Pero realmente quedamos cuatro profesionales, cuando se van los profesores en verano. Normalmente de los cuatro, no coincidimos, cuadramos horarios y bueno...como se puede. Suelen venir de siete a diez chiquillos al programa de verano del mes de julio. Y en el mes de agosto quedan dos profesionales a veces. Entonces eso es lo que complicaría realizar un protocolo. Igual además también no hay un programa estructurado con lo cual es cierto que con dos profesionales se podría establecer un programa si se hubiera estructurado pero hasta ahora lo hemos estructurado como programa de seguimiento.

**Entonces podríamos decir que desde su punto de vista los principales problemas o dificultades que usted ve que cuenta el centro serían tanto a nivel a interno que los profesionales que aquí están no llegan a alcanzar todo lo que se necesita abordar y ya a un nivel más externo los recursos que se proporcionan que son bastante escasos. Bueno, pues ahora nos centramos en estos recursos humanos, que vemos que al final son los que realmente están sacando a flote esto, por lo que me está explicando, y podría decirme ¿qué profesionales constituyen la estructura organizativa del centro?**

- Están el trabajo social, terapia ocupacional, dos profesores de pedagogía terapéutica, enfermería en salud mental, psicología clínica y una colaboración psiquiátrica de un día por semana. Esto es un poco los recursos humanos

**Las funciones y tareas que llevan a cabo cada uno de estos profesionales viene también plasmado en la documentación que me ha podido proporcionar, entonces pasamos a la intervención y población objeto de estudio que serían los usuarios que acuden actualmente al centro. Entonces si podría decirme el perfil actual de los chicos (usuarios) que hay ahora en el centro. Un perfil aproximado de ellos.**

- En estos momentos, la idea general es que el centro se ocuparía de trastorno mental grave. O sea, que eso sería el objetivo, el centro ha quedado ya definido hacia ese objetivo. Ahora bien, qué es la gravedad en la infancia y la adolescencia, no la podemos pensar desde el punto de vista de la gravedad del adulto, donde en las guías de atención aparecen la psicosis, la esquizofrenia, el trastorno de personalidad. Entonces la gravedad para desde nuestro punto de vista es todo aquello que dificulta el

desarrollo normal de un niño en su vida (normalizado, el no poder ir al colegio). Y en ese marco, hay muchos problemas de irrupciones en el cole. Y en ese marco, en el colegio que es el laboratorio social para el niño, es el centro de socialización secundario, el primero es la familia; y en la familia es donde podemos definir un poco lo que sería la gravedad, de ahí encontramos diferentes patologías: desde la esquizofrenia infantil, el TGD o trastorno generalizado del desarrollo, el trastorno de la conducta alimentaria, las depresiones juveniles, las esquizofrenias que ya las he nombrado, las evoluciones defectuales del TGD que los he nombrado un poquito así; y ahora últimamente el absentismo escolar que lo que estamos viendo, viene sobre la base de un trastorno de angustia, de ansiedad generalizada con una localización de fobia escolar y que puede quedarse realmente cronificada hasta que los medios sociales intervienen con sesiones de seguimiento. En unos tiempos donde quedarse en casa para un chico no está tan mal teniendo como tiene internet, videojuegos. Porque una fobia escolar en el siglo XX cuando no había los medios de los ordenadores se jugaba de otra manera totalmente diferente y los niños en casa se aburrían un montón y al final acababa siendo más fácilmente reconducible. Pero una fobia escolar en el siglo XXI es un crío jugando a videojuegos, teniendo amigos virtuales y encontrando su satisfacción realmente dentro de su dormitorio. Si estos casos sin ser un trastorno mental grave, sí que indican una gran gravedad del caso. No tanto en lo que sería su vinculación con lo social (que se puede detectar gravedad en el vínculo social) y lo que sería la base, el cómo se cortocircuita el desarrollo normal del niño que a los trece años se queda encerrado en su casa y aparece por los recursos públicos sanitarios y sociales a los dieciséis. El nivel de fractura en su evolución personal se da ahí. Entonces sin ser un trastorno de ansiedad generalizado, un trastorno fóbico, sin estar catalogado por ejemplo como un trastorno mental grave, sí que sería un caso de gravedad para intervenir desde el centro. Estos serían los nuevos perfiles: la hiperactividad, la impulsividad, las esquizofrenias. Y todos de diferentes extractos socio-económicos, no está teñido, hay diferentes extractos socio-económicos inmigrantes más débiles, familias con licenciados en su familia, familias con niveles educativos más bajos. Pero realmente lo que aparece de base, o sea, el trastorno mental que sería el diagnóstico particular del niño aparece sobre la base un grave trastorno del vínculo social, por decirlo de alguna manera, un grave trastorno en la escuela, un grave trastorno en la familia un grave trastorno de relación. Digamos que eso ya nos orienta de que algo ahí puede estar funcionando por el lado de lo más patológico a nivel de salud mental. Ahora bien, que nos encontramos casos en los que

no hay sufrimiento psíquico aunque haya un grave trastorno del vínculo social, entonces la cuestión se dificulta porque realmente necesitamos que haya un poquito de malestar psíquico del niño o del joven que viene en juego para que se quieran cambiar cosas. Si no hay sufrimiento psíquico y el niño está colgado al ordenar y vive y se considera en equilibrio es complicado cuando alguien está totalmente satisfecho, por muy grave que sea el trastorno que vemos del vínculo social o relacional es más complicado intervenir.

**Entonces podríamos decir que los chicos usuarios que llegan al centro, no es tanto el trastorno mental que puedan llegar a tener sino las dificultades y necesidades que presentan para poder tener un funcionamiento normal en su contexto más habitual.**

- Que siempre de base va a haber un trastorno mental, o sea, algo que no funciona, es que a mí no me gusta la.....

Hay una interrupción, llaman a la puerta y un niño pregunta: ¿podemos darle un beso a Nuria que nos vamos ya? Se les da permiso y los chicos se despiden entre besos y saludos. Continúa la entrevista.

**Bueno, nos centramos otra vez, ¿dónde estábamos?**

- Estábamos en que no es tan importe el diagnóstico psicológico o psiquiátrico como lo que aparece disruptivo en la vida del niño. Que debajo hay otras cosas, sí, pero no sería lo central en la dinámica del centro. Sí que es verdad que tienen su peso en las derivaciones del centro.

**Haciendo referencia a esto, ¿las familias y el tipo de relación familiar también sería importante y un rasgo característico a tener en cuenta?**

- Sería imprescindible, realmente, es una verdadera lástima que el tratamiento familiar desapareciera de la cartera de servicios de salud hace ya muchos años, porque el primer lugar de socialización del niño es su familia. Y cuando un niño aparece con estos síntomas pues algo está pasando en el núcleo primario de socialización. Entonces, yo creo que de familias podrá hablarte más la trabajadora social pero hay una fragilidad actual de lo que sería la familia para comprender y acompañar la evolución psicológica de un niño (hay una fragilidad)

**Dejamos pendiente que la trabajadora social nos cuente las familias que al final para mi trabajo tendrían un peso importante. Saber cuál es el perfil de estas familias que se tiene**

**actualmente. Como ya hemos dicho en el centro no se atiende a todos los niños y jóvenes menores de edad que presenten una enfermedad mental, sino que digamos podemos decir que es un requisito, llamémoslo así, el hecho de que tengan problemas en su ámbito social. Hasta ahí queda todo claro. Y ¿Cómo se determina y se planifica el tratamiento junto con los horarios que recibe cada uno de los usuarios?**

- Cuando un niño entra aquí, entra con una propuesta de recorrido, pero es una propuesta del objetivo del centro que es la vinculación que dura un mes. Entonces él realiza el mismo recorrido que todos los demás niños, pero individualizado. Igual a la primera semana se ve que se puede integrar en grupos más globales, o igual desde el segundo día, depende de las particularidades de cada niño. Y a partir de la reunión de equipo que se desarrolla después del mes de evaluación y de programa PIT es cuando decidimos cuales son.... Normalmente siempre hay acuerdo en lo que hemos detectado como síntoma a tratar en la institución que no tiene porque ser el mismo que trae el niño en el informe. Sino lo que hemos visto aquí cómo trabajar. Normalmente hay un acuerdo de las diferentes observaciones de los diferentes espacios, siempre hay un índice de acuerdo muy alto en lo que este niño presenta, nunca suele haber diferencias. Entonces se establece ya el horario definitivo, los primeros objetivos terapéuticos, las áreas más frágiles para tratar, o lo que consideramos es el síntoma en la institución, tenerlos todos en la cabeza. Si un niño tiene dificultades para sentarse, por ejemplo, no puede estar sentado en el aula, pero no puede estar sentado en la enfermería, no puede estar sentado en ningún lado, entonces esto se convierte también en un síntoma que la institución trata. ¿Cómo tratar eso? Desde cada espacio y desde cada función. Porque eso no se trata diciendo "siéntate". ¿Para qué necesita el movimiento? ¿Por qué no puede estar sentado? ¿Qué le pasa a este niño que es inatento? ¿Por qué tenemos que salir y no puede quedarse? ¿Qué es lo que lo provoca? Entonces vamos articulando lo que sería un trabajo sobre el mundo interno del niño y vamos inventando las estrategias necesarias para que eso se reduzca, baje y pueda llegar a sentarse e incluso a descansar, tumbarse.

**Centrándonos otra vez en las patologías que presentan los usuarios, ¿conoce o sabe de datos o encuestas que estudien o fundamenten la prevalencia de los trastornos mentales graves en los niños o adolescentes a nivel autonómico?**

- No. A nivel autonómico no. Hay datos en las revistas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, pero no se, yo creo que a nivel autonómico no hay.

### **¿A nivel estatal más?**

- A nivel estatal. No se ha realizado ningún estudio de estas características epidemiológicas, que yo sepa

**Desde un plano más general y desde su punto de vista como profesional del campo de la salud mental, ¿cómo ve usted el panorama actual general de las enfermedades mentales en los niños y adolescentes? ¿Cree que se está avanzando? ¿Cree que este abordaje multidisciplinar está beneficiando? ¿Cree que se podrían hacer más mejoras o que se está avanzando?**

- Yo creo que los niños se benefician mucho del abordaje interdisciplinario. Mucho, muchísimo; y los jóvenes. Y de los buenos encuentros con los diferentes profesionales. Primero porque se diluye un poco lo que podría ser la problemática particular del niño, que se juega solamente en una consulta. Luego hay momentos donde el paso no se generaliza al exterior, entonces la posibilidad de encontrar otros profesionales, otras disciplinas, otros discursos enriquece al niño y le permite muchas más herramientas que solamente el tratamiento individual. Después, ¿Cuáles son los problemas que yo creo que hay? Que los profesionales de las redes públicas no tenemos claro o interiorizado que componemos un mapa de recursos interrelacionados e intercoordinados. O sea, que todos seamos uno mismo, independientemente de las áreas que tratemos. Que durante muchísimo tiempo se ha parcelado la subjetividad de los niños. Por ejemplo: esto es de menores, esto es de salud mental, Se ha estandarizado cuando el niño es un sujeto complejo y pueden haber niños que precisen de menores de la salud mental, de los trabajadores sociales de base y del cura de la parroquia también. Que necesitan, digamos una red a apoyo en general. Y eso es lo que creo que es lo que los profesionales no han interiorizado que quedan un poco estancos en sus funciones, en sus áreas. Y que a veces para que eso ocurra, cada profesional tiene que restarse un poco a si mismo por decirlo. Poder ceder parte de la intervención a otros, no intentar hacerlo él solo. Porque eso beneficia al niño y lo enriquece. Es decir, tan terapéutica es la intervención de la trabajadora social de base (si está orientada terapéuticamente) como la de la psiquiatra o el psiquiatra, como la del guardia urbano si encuentra al niño en una crisis. O sea, el problema es que todos tengamos en claro para qué trabajamos y cuál es nuestro objetivo con nuestros niños, qué es acompañarlos en su crecimiento de la mejor manera posible. Que no haya rupturas graves en su biografía. Entonces, nosotros si que tenemos la comisión de seguimiento cuyo funcionamiento realmente si que es muy positivo, dónde están

representados los profesionales de las unidades de salud mental, donde están representados los profesionales de la educación, tanto el inspector educativo de nuestro centro como la persona responsable de niños con necesidades educativas especiales, y donde está representado también el hospital clínico con la planta de agudos y donde se pueden articular también discusiones y relatos sobre los niños de una manera más global desde sus necesidades y desde qué es lo que convendría sin plantearnos una derivación que yo casi lo entiendo como un rebote, vamos a quitarnos esta situación, este caso de encima y que lo atienda otro recurso. Entonces para mí la filosofía de la atención a los jóvenes tiene que ir desde ahí, es mi posición, como un abordaje interdisciplinar donde cada profesional sepa que tiene que contar con el otro, no derivar al otro.

**Sin cerrarse en su campo y en su objetivo concreto, sino saber que todos vais por el mismo camino para facilitarle un mejor funcionamiento al usuario. Pues vamos a ir terminando y cerrando la entrevista ya y para ello me gustaría terminar con que me pudiese explicar un poco sobre su tarea como psicóloga del centro y ya después de esto sí que sí para terminar le pediré algunas opiniones sobre la propuesta que ya le he explicado anteriormente de mi proyecto. Entonces todo esto ha sido como directora del centro, y ahora como psicóloga, ¿cuál es la labor específica que realiza usted?**

- Yo ofrezco a los niños un espacio de escucha psico-terapéutico a los chicos. Pero lo que sería más particular, yo pienso que mi función aquí sería dejarme usar por los niños para que ellos puedan construir su historia, su identidad, sus identificaciones al mundo, su relato y su deseo hacia el futuro. Entonces cuando planteo dejarme usar es porque no hay modelos previos, cada niño tiene una historia, una biografía y unas experiencias que son los materiales con los que el niño, el sujeto, tiene que trabajar y al que yo陪伴 para rectificar algo realmente de un destino que parece jugado en la pubertad o en la adolescencia. Entonces yo creo que esa es mi función: escuchar con respeto, conocer cuáles son los elementos que se ponen en juego, intervenir sobre los elementos que pueden llevar al niño hacia la descompensación para frenarlos y de alguna manera señalarle las balizas de los elementos que le van a servir para construirse de una manera más fuerte, con menos dificultades en la vida. Con niños tan graves lo terapéutico desde mi punto de vista es la estabilización, que se encuentren una definición de su ser y un deseo para el futuro. Las enfermedades mentales graves no se curan. Se tratan, pero la esquizofrenia no se cura, la psicosis no se cura. Entonces como eso no se cura, el objetivo sería cómo vivir en este mundo con

eso que tú eres y que te cause el menor sufrimiento posible y te permita llevar una vida lo más satisfactoria posible con eso que tú eres....

### **Que sean conscientes de lo que tienen y cómo lo tienen que llevarlo**

- Que entiendes el mundo de esta manera, que a veces escuchas voces, que tienes que situarte con eso que compone tu manera de ser. Cómo poder vivir en el mundo de la mejor manera. Esta sería un poco la idea.

**Entonces usted trabaja de forma individualizada con cada uno de los chicos, se ocupa de los espacios individuales con ellos y ¿trabaja únicamente con ellos o también recibe a familias?**

- Si, recibo. Particularmente me mas gusta ocuparme de las madres cuando veo que hay algo de la posición materna que está incidiendo de una manera muy fuerte sobre la patología del niño. O cómo la madre interpreta lo que hace, o las devoluciones que le hace, o los conflictos. Yo creo que me he ido más enfocando hacia trabajar en este vínculo con las madres. Pero a veces trabajo con la pareja de una forma más de orientación de cómo abordar y entender lo que le pasa a su hijo, más que desde un nivel terapéutico de pareja. Es decir, más de una orientación psico-educativa para bajar la angustia también de la familia con respecto a lo que hay en casa, para que comprendan la lógica de lo que su hijo les plantea. En algunos casos, pero esto es caso por caso. No es tú tienes que venir aquí, sino es caso por caso, convendría esto, o hay demanda de tal cosa, o parece que estamos viendo el caso en las reuniones de equipo y vemos que hay algo que se nos escapa y que entonces yo intervengo, voy a recoger a este padre o a esta madre, o que hay un padre con un trastorno mental muy grave no diagnosticado, que entonces hay que darle un espacio diferenciado, que no entiendan que es terapéutico pero que se orienta terapéuticamente.....

### **Dependiendo de la características individuales**

- Para poder derivar a algunos papas a tratamiento, para poder llegar a muchas cosas, es complicado. Hay un programa de trabajo con las familias que lleva la trabajadora social y mi intervención con la familia depende de la necesidad del caso. Si hay familias que no precisan más oferta que la del programa de trabajo familiar. Hay familias que por el nivel de angustia, por la percepción y la concepción que tienen de sus niños, necesitan algo mucho más intensivo y eso es lo que yo ofrezco

**Entonces desde esta línea de trabajo que usted lleva, ¿qué enfoque o modelo de intervención diría usted que sigue?**

- psicoanalista también

**Entonces ahora sí que si terminamos y como ya he comentado con la elaboración de mi proyecto de fin de grado lo que pretendo es llevar a cabo un programa de verano para los usuarios actuales de este centro y sus familias, pensando en la necesidad de este seguimiento de los casos y la atención continuada a estos usuarios con el objetivo de que no se pierda la vinculación al tratamiento y al centro. Y también fomentar las relaciones intrafamiliares. Desde su punto de vista, ¿Qué dificultades cree que se pueden presentar para poder llevar a cabo esto? Aunque ya hemos comentado antes que los recursos.....**

- ¿Cosas negativas? No sé. Yo creo que todo sale si se quiere que salga. Se miraría cómo hacerlo. Todo lo hacemos así, esto podría convenir, vamos a ver cómo lo hacemos, si es posible y depende mucho del deseo y de que el equipo interiorice de que ese proyecto es necesario y va a ser bueno y entonces se puede trabajar en ello. Yo creo que sí.

**Desde la concienciación un poco de los profesionales....**

- Es cuestión de deseo, de hacerlo tuyo. De que el equipo haga suyo algo, vamos a hacer esto nuestro. Con las dificultades que hay, porque los niños no son fáciles y a veces es complicado sacarlo adelante. Pero cuando en este centro algo se ha querido sacar adelante, se ha podido.

**Y con los chicos que están acudiendo actualmente y los perfiles que hay ahora en el centro, ¿qué servicios y actividades cree que serían beneficiosas o necesarias para proporcionar a estos usuarios que hagan un buen uso de los recursos?**

- A mí me llaman principalmente la atención que al ser niños tan especiales el aislamiento en el que viven. Entonces realmente igual la única relación social con iguales que tienen a lo largo del día es aquí. Hay otros niños que mantienen algún tipo de nexo con lo social. A mí me llama principalmente la atención es, no cómo sacarlos de un aislamiento muy autístico. Y entonces cuando además hay críos en los que suele haber este deseo de tener más cosas. Ese deseo puede aparecer en el recorrido por el centro de salen de aquí del centro a las dos, se van y bueno los que no tienen clases por la tarde, ¿qué pasa con ellos? Entonces realmente hay algo de esto que está en juego. ¿En qué lugares particulares encontrar lo social para seguir manteniendo un

vinculo con otros. Eso es una de las cosas que a mí me llaman la atención. O niños que están solamente con la familia y la salida de la familia es complicada. Y todas estas historias, esto es complicado. Luego se pueden hacer muchas cosas.

**Estaría bien que el entorno no relacional del chico pudiese verse ampliado con sus iguales a través de actividades más lúdicas en grupo donde pudiesen socializarse, pero al mismo tiempo el hecho de que la familia también pudiese participar en esas actividades. Pero no como un medio protector o controlador, sino como algo favorecedor también para la socialización.**

- Sería un proyecto muy interesante, muchísimo trabajo que hacer, convencer a las familias de que se les necesita. Y eso es algo que aquí creo sí que lo tenemos muy claro, que cuando una familia viene aquí te necesitamos para trabajar con tu hijo, para que tu hijo mejore. ¿Cómo lo ves tú? ¿Cómo has conseguido tratar tú a este niño cuando planteaba problemas? Enséñame tú, tú que lo conoces. Porque normalmente el nivel de tensión familiar ha podido ser muy alto y hay familias que están realmente muy cansadas, se sienten muy impotentes o se definen a sí mismas como incapaces de entender lo que ocurre. La rebaja de expectativas, toda la familia tiene un discurso sobre su hijo, espera de él algo. Cuando aparece la enfermedad mental o este tipo de problema todas las expectativas se van abajo. Volver a reconocer a su hijo con estas características y aceptarlo es un trabajo muy difícil, es un esfuerzo complicado.

**Y desde el área de psiquiatría, ¿qué cree que se podría aportar a un tipo de programa así?**

- Psiquiatría no puede pero quiere. Querría pero no podría. Se plantea la cuestión de la psico-educación cómo algo muy necesario, pero realmente no puede

**Pues muy bien. Muchas gracias por su atención y finalizamos la entrevista.**

- A ti

## **2. Entrevista Trabajadora Social del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental**

**Pues vamos a comenzar con la entrevista a.... trabajadora social del Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de Movera.**

**¿Qué funciones llevas a cabo rutinariamente como trabajadora social en el Centro?**

- Bueno pues en esta parte de las específicas como trabajadora social están relacionados un poco en función de la organización en la planificación del Centro y entonces entre ellas pues como más específicas y que son continuas a lo largo de todos los días, es un seguimiento y control de la asistencia por ejemplo de los usuarios al servicio, no solamente como desde la parte más controladora, sino de cara a saber si uno de los chicos que acudió de los usuarios del centro no acude qué es lo que ha podido ocurrir, porque estamos dentro del campo de la salud mental ¿no?, ¿entiendes?. A veces puede ser desde qué bueno... haya podido perder el autobús hasta que ese día ha sido imposible poderse levantar de la cama. Esto sería un poco el seguimiento de la asistencia, luego en relación a una de las actividades que hacemos todos los días y que la llevamos en forma compartida la trabajado y la terapeuta ocupacional, es la “actividad del Buenos Días” o el “taller de Buenos Días” en el que cuando acuden los chicos al Centro, durante media hora, trabajamos habilidades sociales y sobre todo desde el campo del área más relacional ¿no? Es un espacio abierto en el que se recoge todo aquello que puedan tener los usuarios y desde ese lugar es desde donde se trabaja el tema de la integración y también desde la particularidad de cada uno de los usuarios y a lo largo del día, pues bueno... otras dirigidas a intervención familiar que son entrevistas y seguimiento de la red así como otras actividades que pueden ser más de carácter administrativo o de gestión.

**Y en la atención que realizas a las familias cuando mantienes contacto con ellas ¿podrías indicarnos la metodología que sigues durante las entrevistas con éstas? ¿Cómo se inicia el contacto con éstas? ¿Cómo se desarrollan durante el seguimiento?...**

- Bueno yo en principio, sobre todo, en las primeras entrevistas en el contacto de line a través de que existe una demanda que esta viene con un informe de derivación desde la unidad de salud mental en la que aparece como un nuevo caso entonces se contacta con las personas de referencia de los jóvenes o de los chicos y se mantiene una entrevista, se facilita una entrevista a los padres. Lo que se pretende en esa entrevista es observar qué es lo que está pasando e intentar averiguar de alguna manera qué es lo que está ocurriendo, qué es o cuál es la demanda que trae la familia, ¿no?, ¿vale? porque a pesar de que pueda haber un informe de derivación que sale emergente en la familia o no es el mismo no sé lo que se demanda es otra cosa completamente distinta y sobre todo lo que se intenta es empezar establecer la vinculación es la vinculación con la familia y con incluso del futuro usuario con él porque al curso con lo cual sería la primera con una entrevista de acogida en la que tú más que intervenir te vas a estar un poco al escuchar para saber qué es y recogiendo la particularidad.

**Vale, y cuándo tú al intervenir con estas familias claro no te basas solamente en escuchar y en conocer al que va a poder ser un usuario de este recurso, sino que se pone interés en conocer también el entorno de este posible usuario ¿no? Entonces, el método que tú utilizas o desde el que tú observas y trabajas ¿podríamos decir que es un enfoque sistémico?**

- Sí a ver, yo trabajo desde un encuadre teórico sistémico vale, con lo cual yo el núcleo familiar al igual que a la propia familia del usuario, como otros recursos que puedan

haber en la red los entiendo como un sistema que van a estar influidos y van a ser influenciables por las dinámicas que se van a generar ¿no? tanto del usuario para con ellos como de ellos para con el propio usuario. Yo dónde voy a poner el foco va a ser en las interacciones, tanto del propio sistema familiar como del usuario con otros, o de la familia con otros contextos de relación.

**Y la derivación al centro suele venir dada por otro servicios también relacionados con la salud mental o también los propios profesionales del Centro de Día pueden solicitar o plantear el ingreso del usuario en el centro**

- A ver, en principio digamos que la vía de entrada sería a través de un informe o de que hay una demanda a través de las unidades de salud mental, o si, de las unidades de salud mental de referencia de los usuarios pero sí que también a veces recogemos la demanda aunque sea para reconducir la, vale, desde otros contextos a veces desde el contexto pues como puede hacer el social servicios sociales o como otros contextos cómo podrá ser pues el educativo o... bueno, en general de la propia sociedad o de la propia red ciudadana, eso no quiere decir que a nosotros nos haga la demanda un orientador de un centro escolar y nosotros directamente recojamos al niño y articulemos su incorporación al centro pero a veces recogemos esa demanda de ese profesional e intentamos ver qué es lo que puede estar ocurriendo y si el usuario está ya en la Red de Salud Mental pues a lo mejor a través de la comisión de seguimiento de casos en los que está el centro de día la subida de salud mental de esa diferenciación se puede poner... se puede nombrar a la situación de este usuario o si no, reconocer un poco por dónde tendría que empezar la demanda ¿no?, si el chico o la chica está planteado esto en el ámbito escolar pues quizás habría que reconducirle o explorar otras áreas antes, antes de llegar aquí.

**Entonces, además de con la familia y la red en la que se pueden mover los usuarios del centro ¿mantienes contacto, reuniones con los servicios, con el resto de servicios de salud mental, el servicio central?**

- A ver, nosotros nos coordinemos como Centro con otros servicios, cada uno un poco desde su propio campo y entonces unas veces bien porque estos servicios bien sean de salud mental o bien sean de la de Servicios Sociales o del sistema educativo de distintos servicios porque ya están interactuando y forman parte de la red el del usuario o bien para generar también como búsqueda de apoyo no de dichos servicios para que intervengan también.

**Cuando en el Centro se plantean proyectos o programas, ¿cada profesional se ocupa de plantear sus propios proyectos y actividades concretas de su área o son compartidos y planificados por todo el equipo multidisciplinar que trabajáis aquí en el centro?**

- A ver, hay actividades, talleres o proyectos que los llevan determinados profesionales y que trabajan más de forma específica su área cómo pueden hacer en mi caso pues en la intervención familiar o hay otros que son compartidos por distintos profesionales por ejemplo me refiero a el trabajo de habilidades sociales pues a pesar de que puedan ser de unos profesionales más que de otros, todos ejercemos una labor terapéutica y todos somos... no tenemos un marco rígido, quiero decir, nos flexibilizamos, y todos

somos terapeutas de alguna manera ¿no?, las trabajamos cada uno desde nuestro campus desde nuestra área aunque todos estemos, o sea ,abordamos sobre lo mismo aunque con la especificidad que nos va cada uno de nuestra profesiones. El profesor lo trabajara las habilidades desde su área en el aula y yo lo podré trabajar desde un ámbito pues a lo mejor más relacional o actividades que planifique para trabajar con ellos más concretamente un taller de habilidades sociales o qué es un blog una actividad en el entorno comunitario y eso sí que va a estar un poco más relacionado aunque, osea con mi con mi campo profesional, aunque eso no quita para que puedan participar en él o requiera de la ayuda o la colaboración de otros profesionales.

**Pero entonces claro todos trabajáis en la misma línea, todos sabéis y detectáis una problemática concreta en la que hay que trabajar y a partir de ahí cada uno va trabajando desde tu campo. ¿No?**

- Sí claro, el objetivo principal sería aplacar el malestar de la sintomatología que trae el usuario y su familia ¿no?, sería con el objetivo principal entonces digamos sobre el que vamos a trabajar ¿no?, pero luego claro el formato del cómo y de qué manera ahí lo va a aportar la especificidad de cada uno, quiero decir, desde la parte más médica pondrán tratamiento y desde la parte cognitiva pues el profesor le ayudará a que haga sus tareas o que trabaje esa área.

**Durante el periodo lectivo realizas un seguimiento de los casos mediante las entrevistas el contacto continuado con los usuarios... pero una vez finalizado el curso en junio ¿cómo continuas con el seguimiento y el tratamiento con los usuarios y las familias?**

- Bueno pues a pesar de que lo que es la parte curricular del Centro es la parte más educativa y en el Centro se acabaría en la época de junio cuando acaba el curso escolar, eso no quita para que el resto de profesionales que estamos dentro del área sanitaria si que sigamos trabajando, pero seguimos trabajando durante el verano a excepción del mes que nos corresponde de vacaciones. Entonces hacemos actividades durante el verano, pero no se estructura como un programa del C otro de día, yo lo planteo y realizo otro tipo de actividades que están también un poco más orientadas a una parte no más lúdica, porque se siguen trabajando las mismas áreas pero desde un enfoque distinto o incluso en un marco distinto cómo puede ser trabajar habilidades en una piscina en mi entorno y aprovechando a un entorno comunitario.

**¿Y suelen responder bien los usuarios?**

- Haber, aquí lo que se produce es que hay que hacer un encaje de bolillos porque muchas veces claro como son niños o son jóvenes que viven con sus familias que afortunadamente muchos de ellos pues trabajan los padres y entonces pues ellos también están condicionados de alguna manera pues por su parte laboral. Sí que requerimos de más implicación de la familia porque aquí hay veces que el usuario no es autónomo, autónomo me refiero para poder venir aquí , al centro, dado dónde estamos ubicados también que es en un barrio rural entonces a veces esa distancia pues a veces es beneficiosa pero otras veces obra un poco en tu contra ¿no? Entonces sí que requerimos de más implicación familiar, intentamos trabajar la postura para que

los usuarios y las familias acudan ¿no? y luego por otro lado pues claro ellos también necesitan el tener vacaciones y quieren marcharse entonces, quiero decir, procuramos mantenerlo durante el periodo de verano pero también en un formato más flexible ahí digamos que los objetivos serían de trabajar lo mismo pero sobre todo en que no se desvinculen para que sepan que nosotros seguimos aquí al tanto.

**Entonces ahora centrándonos más en las familias de estos usuarios ¿ cuándo tú trabajas con ellos se pueden ver algunos rasgos comunes, conductas, comportamientos... un perfil que pueda definir de alguna manera estas familias?**

- Haber, cada familia es particular y graso error sería por mi parte el ver que todas son iguales dado que la respuesta es que cada uno tiene sus circunstancias, muchas veces no se parecen las unas a las otras. Sí que a lo mejor, cuando estas familias llegan aquí al centro, algo que sí que se puede ver, es que el foco de la intervención como puntos que traen está puesto en el niño; aquí a quien algo le pasa es al niño, el problema está en el niño, que este sería un punto. Otro sería el que la gran resistencia a la intervención que presentan cada una en su estilo, y ahí estaría la parte de la particularidad, pero la gran resistencia que aparece a las intervenciones y por otro lado que el énfasis de la recuperación o de la mejoría de la situación tiende a ponerse fuera de la familia siempre en agentes externos ¿no? bien sea a terapeutas, bien sea en la farmacología... siempre fuera de la familia.

**Bueno ya nos has dicho que las familias suelen mostrar resistencia, pero una vez de que entran un poco en la dinámica del centro y cogen más contactos ¿suelen ser colaboradores o facilitadores cuando se les solicita algún tipo de esfuerzo desde aquí?**

- A ver, depende, lo que pasa que yo esto lo veo como una resistencia también y como un mecanismo de defensa ¿no? porque a ver, está claro que si ellos hubieran podido hacerlo hubieran podido introducir cambios ya lo hubieran hecho. Entonces es que a veces es que ni se lo plantean o muchas veces es una parte de responsabilización, entonces es parte de la dificultad que traen con lo cual es algo que va a haber que trabajar pero claro eso va a suponer trabajo y entonces ante el trabajo o responsabilización; uno se va a resistir, otro no va a tener a lo mejor suficientes herramientas y otro a lo mejor ni siquiera quiere trabajar. Aquí el formato es distinto y con cada uno vas a tener que trabajar esa particularidad.

**Entonces ¿crees que estos familiares o responsables legales de los usuarios en momentos de autorreflexión y obcecamiento llegan a sentirse malos padres? ¿O te ha pasado eso?**

- Algunos de ellos en ocasiones sí, y eso precisamente es lo que a veces lleva a esta resistencia. El pensar que ellos han podido participar de alguna manera en algo de esto que les está ocurriendo.

**¿Suelen ser ellos conscientes de lo que realmente están sufriendo o padeciendo? ¿O de la enfermedad que pueden llegar a tener sus hijos? Si llegan a entender lo que eso conlleva a nivel de integración social y de comportamiento.**

- Haber, en la mayoría de las veces ellos sí, si que hay sufrimiento, hay veces que sí, otras veces no, no lo perciben como tal ¿no? porque eso les generaría a ellos también mucho sufrimiento ¿no? entonces claro, esto es como un mecanismo de defensa ¿no? mientras no veo el juego no sufro ¿no? porque claro si lo empiezo a ver es que voy a empezar a sufrir también ¿no? entonces es como un arma de doble filo y es parte del trabajo, de lo que se trabaja con ellos.

**¿Eres conocedora de que padres o responsables de usuarios padeczan algún tipo de patología o trastorno?**

- Hay ocasiones que sí que padres de los usuarios tienen un diagnóstico de salud mental o son atendidos en salud mental si algunos de ellos sí. Otros no tienen una etiqueta pero que posiblemente si fueran se la darían también.

**El hecho de que los padres sufran alguna patología o algún trastorno, ¿tiene repercusión para el menor respecto a la evolución que pueda llevar o a agravar o no la sintomatología?**

- Sí y no. En ocasiones si la persona, quiere decir, uno puede padecer una enfermedad como otra cualquiera y tenerla medianamente o sea no controlada, que no te interfiera en otras áreas ¿no? quiero decir, uno puede ser un discapacitado y poder estar trabajando, entonces, quiere decir que no todo depende de cómo te manejas tú con tu enfermedad y en tu relación con los demás; hay veces que no tiene por qué dificultar y en ocasiones sí porque puede producir interacciones patológicas a su vez.

22:18 → Problema metodológico, la grabación se distorsiona.

### **3. Entrevista Terapeuta Ocupacional del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental**

**Estamos con ..... la terapeuta ocupacional del Centro de Día de salud mental infanto-juvenil de Movera. ¿Cuál es tu labor específica como terapeuta ocupacional en el Centro?**

- Bueno a ver yo me centro en 3 áreas propias de trabajo, no son propias de terapia ocupacional pero sí que son específicas de terapia ocupacional, que si son propias de lo que nosotros englobamos. Todas las actividades que metemos podrían resumirse en las ABDs, el tiempo libre y la productividad, el área de la productividad; son las 3 grandes áreas de ocupación. Lo que yo creo que diferencia como abordamos cada uno de los profesionales estas áreas que son transversales y que todos las trabajamos es cómo lo hacemos y para qué lo hacemos.

Dentro del área del ocio y tiempo libre nosotros lo que buscamos siempre es un objeto que me permita, que tenga que ver con la persona, y que me permita estar en sociedad y participar en un contexto propio dentro de la edad de la que están estos niños, donde el grupo de iguales tiene un valor fundamental a nivel identitario.

Claro, que sucede, estos chicos cuando llegan aquí están en activo, es decir, tienen toda la parte sintomática emergiendo y están muy descompensados con lo cual no

podemos empezar a trabajar áreas instrumentales porque algo de lo personal no está orientado por lo cual una de las primeras actividades que nosotros hacemos cuando llega un chico al Centro es el trabajo sintomático, que consiste en identificar que ellos sean capaces de identificar aquello que es sintomático y que a través de distintas ocupaciones, el objeto pues como elemento estabilizador pueda bajar algo de eso, ya sea porque el objeto me permite vehiculizar la emoción, me permite expresar la emoción, me permite rebajar la gravedad de la emoción... La finalidad no es que vengan aquí a contarme aquello que me pasa porque ya tiene un espacio dónde ir, sino que despertar aquello que está quieto y hermético para que precisamente puedan facilitar acudir a ese espacio donde contar.

Una vez que todo esto ya está hecho, empezamos a trabajar lo puramente ocupacional qué son acciones y tiempo libre, con esta ocupación que ya iré diciendo que ha salido, quiero ir más hacia la clase tiempo libre, quiero ir más hacia la productividad, es decir, un camino hacia algo más educativo formativo que laboral incluso, y todo esto sería como la ocupación externa ¿no?, y la ocupación interna sería todas las pertenecientes al autocuidado. En todas estas actividades está implícito la parte psicopatológica, el cuerpo es algo más que el cuerpo, con la persona con una enfermedad mental. En la ocupación, el objeto, la relación social es algo más y estar en clase, el contacto con otros, la escucha, la formación y la previsión del futuro es algo para esta edad fundamental, entonces, todo eso tiene que hacerse de otra manera.

### **De las actividades que sueles llevar a cabo con estos usuarios, ¿nos podrías especificar un poco actividades concretas?**

- Cuando un chico entra aquí lo primero que tiene es el periodo de valoración, en ese período lo que hago son actividades screening, es decir, recojo a la persona y se hace una valoración; ahí puedo hacer cada día una actividad o todo depende de cómo vaya el chico. A partir de ahí se orienta a qué tipo de recorrido va a llegar. ¿Qué Talleres tengo de terapia ocupacional? El taller de psicomotricidad vivenciada donde abordamos esta parte corporal, esta parte psicopatológica y la parte relacional con talleres que se pueden hacer o bien de forma individual o bien grupales, en pequeño grupo de incluso hasta cuatro chicos donde se aborda la relación, los límites, la trasgresión, interpretar al otro...

Después hay talleres de expresión creativa y de inteligencia emocional donde también abordamos toda esta parte desde otro lugar porque no todos los chavales están dispuestos a ponerse un juego y a trabajar la parte corporal. En estos talleres de inteligencia emocional también utilizamos distintos objetos creativos, materiales plásticos y materiales más instrumentales como puede ser la madera y tal, y tiendo hacerlos también, intento que sean dentro de la sala de psicomotricidad para aunque aquello chavales que les cuesta más ponerse en movimiento dentro de la sala invita también al movimiento porque el estatismo y estar en una mesa lo que me ha demostrado con el tiempo es que limita la persona y hace que precisamente estos canales que queremos que se abran, se cierren

Luego tengo también los talleres más prelaborales y más provocacionales como es la laborterapia y todos los talles ABD de cuando trabajamos. Puede ser secretaría, el huerto, en la lavandería, el comedor... otro tipo de talleres donde ya vamos orientando la ocupación hacia algo más de futuro, o bien de autonomía o bien incluso con una salida en el exterior relacionada con esto, es decir, hay chavales que han estado en secretaría y que después han valorado ir a informática o hay chavales que han estado trabajando en el huerto y después han valorado si hacer algo de huerto. Esas actividades no son exclusivas en la parte laboral cuando hablamos de que el chico está haciendo la búsqueda del objeto muchas veces igual es trabajar con la tierra, nos vamos al huerto, y no quiere decir que estemos en prelaboral sino que los contenidos y la manera en que se trabaja es diferente. Cuando se sabe por ejemplo una preparación al alta y estamos yendo hacia algo más ocupacional instrumental o estamos todavía en esta parte un poco de movilizar.

**¿Podrías decir un objetivo o algunos objetivos específicos que tú pretendes alcanzar de manera general?**

- Sí, mi primer objetivo es el de la estabilización sintomática, cuando el síntoma está en activo realmente no se puede ocupar aunque la persona todavía está muy en la cabeza, no puede estar todavía en las manos. Entonces la primera es estabilizar el síntoma, ya que el síntoma está estabilizado a crear una identidad ocupacional, es decir, no hay persona que no se ocupe y en relación a esa ocupación cómo me afecta a mí, genera una identidad ocupacional y crear una estabilidad en los distintos contextos, es decir, una proyección de futuro. Hacia donde tengamos ese futuro depende de cada caso. Serían un poco los tres puntos básicos.

**Y ¿de qué recursos materiales y tecnológicos dispones tú desde el centro para poder realizar diferentes talleres y actividades?**

- (jm...con risa irónica) Materiales sobre todo, es para mí ahora mismo todo aquel material psicomotor que tenga que ver con trabajar con las manos y el tacto, y evitar todo el que tenga que ver con la tecnología. Yo no quiero ningún material tecnológico aquí, ellos viven en un mundo tecnológico y yo sé que las tecnologías son buenas pero el uso que han dado ellos les facilita todo lo contrario. Con lo cual, no consiste en recolocar el ordenador y que le den otra visión, sino volver un poco a la manufactura. Es decir, el trabajo de yo lo hago yo lo trabajo, yo elaboro y yo lo veo, que va a ser un poco el tipo de trabajo que yo creo que puede llevar la filosofía que nosotros queremos transmitir a los chavales. Entonces puede ser desde plastilina, pinturas, material plástico diverso, o a maderas, el material electricidad, material de la naturaleza.... y cualquier otro material que permita trabajar con las manos.

**¿Qué dificultades sueles encontrar tú al trabajar con los usuarios?**

- Bueno, principalmente, porque el trastorno mental grave es uno de los síntomas es la apatía y la abulia, es muy difícil luchar con el desánimo, muy difícil. Entonces nosotros aquí en esta sala, no trabajamos en la escucha, no trabajamos en el hablar, en el bueno ya veremos mañana, quizá hay otros espacios en los que poder estar en silencio, tener que poner la palabra. Aquí la palabra se utiliza obviamente bastante, pero es un facilitador porque para lo que vamos es para la ocupación y para el hacer. Entonces toda esa sintomatología más de la pulsión de muerte, esta pulsión de caída, que son los síntomas negativos de la enfermedad, es horrible. Yo puedo trabajar con el exceso, yo que sé..., el oposicionismo, con el insulto, con la hiperquinesia, pero con la parte negativa es muy complicado.

**Y ellos, ¿muestran también dificultades cuando vienen a trabajar contigo dentro de este campo?, porque sueles trabajar también en grupo**

- Sí, ¿y muestran dificultades en relación a qué?

**Al trabajo en grupo, al colaborar y hacer, a la hora de poner en marcha...**

- Sí, sí, sí, pero tanto en grupo como en individual, pueden llegar a aquí y sentarse. Y cuando tú le planteas de todo a una persona que está todavía en esas edades, que están explorando el mundo, que están descubriendo quiénes son ellos, cuando tú les pones una oferta delante, la iniciativa es voy a agarrarla, voy a ver qué pasa, y que aunque la adolescencia es una etapa más convulsa y que muchas veces te posicionas de otra manera “que no, que paso tronca”, pero ya está. como otra persona, pero ellos no, ellos muestran toda la resistencia al cambio, todo el del mundo. Y la dificultad para trabajar desde la ocupación en individual y desde luego en grupo. Lo que pasa, que el grupo más que aquí dentro de la sala, se vive un poco en la vida del Centro ¿no? que es donde más conflictos surgen, las dificultades, que ya no son tan propios de terapia ocupacional.

**Vale, ¿Y en qué talleres o actividades de las que tú sueles plantear colabora o responde mejor?**

- Mmmm...No sé, todos y ninguno, es decir, en todo, es que cuando un chaval ya...em...cada uno sigue un recorrido completamente diferente, osea lo que hace uno, no tiene nada que ver con el otro, y entonces están en niveles distintos, entonces cuando cerramos ya un nivel y pasamos al siguiente, sigue estando la necesidad, entonces....ehhh...todos colaboran igual. A parte, no tiene tanto que ver con la actividad, sino con el estar de ellos. Entonces claro, incluso un día tú puedes empezar

a pensar que se ha cogido ritmo en algo en lo que estar y al día siguiente pues vuelca, si pues porque ingresa o..., a lo que vuelve, hace ya dos meses de eso, y eso es imposible continuarlo, entonces, la dificultad está constantemente, está cada día, y la dificultad no tiene tanto que ver con lo que ocurre aquí, sino en muchos casos con lo que ocurre fuera.

**Y tú como terapeuta, ¿ofrece actividades o talleres en las que participen los familiares o responsables de los usuarios propios de Centro?**

- Ehhh...el terapeuta ocupacional tiene contacto con la familia, de hecho una ocupación nunca viene de la persona sola, siempre está en un sistema min 12:48 interferencias

## Anexo II: Programa de Seguimiento de Casos

Es relevante, a mi parecer, mencionar el Programa de Seguimiento de Casos elaborado por la Trabajadora Social del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental, en el año 2010.

El programa referido, es un programa de carácter preventivo, orientado a la detección temprana de posibles desajustes psicosociales, que interfieren en el mantenimiento del individuo en el medio comunitario.

El **objetivo general** que se pretende alcanzar mediante este seguimiento de casos es conseguir un sistema soporte que favorezca la interacción o mantenimiento del individuo en la comunidad.

En base a este objetivo general, se proponen una serie **objetivos específicos** que son:

- Atención a la demanda individual o institucional.
- Búsqueda de apoyos en los equipos de salud de la red de Atención Primaria.
- Coordinación con otros servicios que favorezcan el bienestar de los usuarios.
- Realización de un seguimiento (directo o indirecto) y de supervisión de los usuarios dados de alta y de aquellos que el Centro de Día determine.
- Promoción de la Salud Mental, mediante actividades de carácter informativo y preventivo.

Los **destinatarios** serán los usuarios dados de alta en el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental, los usuarios que mantengan relación de externalización con el de Centro Día y profesionales del ámbito educativo, sanitario y social.

La **metodología** utilizada es de carácter preventivo a nivel individual, familiar y comunitario y se abordará:

- Mediante la identificación de recursos existentes que mantengan relación con el usuario.
- Coordinación con los profesionales de los distintos ámbitos que tengan relación con el usuario, para poder trabajar de forma conjunta estrategias de intervención.
- Mantenimiento de contactos con usuario y familia.

Para todo ello, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Visitas a centros educativos por parte de los pedagogos del Centro de Día y de la Trabajadora Social cuando competá.
- Visitas a Centros de Salud.

- Entrevistas familiares de seguimiento.
- Contacto con usuarios.
- Seguimiento indirecto a nivel familiar o institucional.

Este seguimiento del caso, se llevará a cabo en un periodo de **tiempo** de seis meses desde el alta del usuario en el Centro de Día.

En casos de usuarios en situación de externalización durante el tiempo que se crea oportuno hasta su estabilidad, ingreso en el centro o derivación a otros recursos.

## Anexo III: Aspectos básicos y funcionamiento del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental

El Centro de Día Infanto-juvenil de Salud Mental se crea en 2008 y abre sus puertas el día 1 de noviembre de ese mismo año.

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)

### Ámbito de actuación

En el Centro de Día se atiende a 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 (Trastornos mentales graves) y, además, deben recibir terapia por ello.

No obstante, no todas los chicos que presentan estas características pueden ser atendidos en dicho centro. Un requisito fundamental que deben cumplir para hacer uso de este recurso es que estén escolarizados y que presenten dificultades para acudir a clase en su centro educativo habitual, por no poder compaginarlo con su enfermedad mental.

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.

Hay que apuntar que aunque este recurso emergente está dirigido en un principio a chicos de Zaragoza urbana, también puede extender su atención a aquellos pacientes que precisen de intervención y residan en pueblos o municipios próximos a Zaragoza, y sus familiares estén dispuestos a facilitar su asistencia al centro de día.

El Centro de Día 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 chico.

### Características del territorio y población

El Centro de Día se encuentra situado en el recinto del Instituto de Formación Profesional Específica (IFPE) del barrio rural de Movera. Es un edificio independiente de

una sola planta y que dispone de unos 350 metros cuadrados útiles, para acoger a una media de 15 usuarias/os.

Este recurso se integra en el sistema sanitario a la vez que en el ámbito educativo, como ya he señalado anteriormente. Esta ubicación lo caracteriza como un lugar único y diferente al resto de dispositivos sanitarios o educativos con los que se coordina para asegurar la continuidad asistencial a lo largo del proceso que requiere el abordaje de las enfermedades mentales.

### **Justificación de la creación del Centro de Día y filosofía del mismo**

El Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental surge como un recurso novedoso, dirigido al tratamiento de niñas/os 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.

Ya que es 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.

Se crea con intención de 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 dirigido a esta población objeto, quedando desatendida y en segundo plano. Hasta entonces la atención a estos trastornos estaba focalizada en personas adultas que lo padecían y se atendía y trataba a los niños del mismo modo que a los adultos, quedando desprotegidos y aplicando un método totalmente disfuncional para abordar la enfermedad en niñas/os.

Según explica la psicoanalista Clara Bardón, miembro de la Escuela Lapaniana de Psicoanálisis del campo Freudiano, en la Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental:

*“A diferencia del Trastorno Mental Severo (TMS) en el adulto, que implica un criterio de cronicidad, el TMG de inicio infantil o adolescente abre la posibilidad del tratamiento precoz mediante el cual se puede evitar, en muchos casos, la cronificación de la patología. Además de proporcionar al paciente y la familia algunos elementos distintos para hacer frente a la compleja problemática que se les plantea. El tratamiento deberá incluir, en la mayoría de los casos,*

*también un trabajo de elaboración conjunta con otros profesionales que atienden al niño, generalmente escuela-EAP, pediatra o médico de familia y Servicios Sociales de Atención Primaria.”(Bardó, 2004:1)*

Con esto se refuerza la demanda de muchos profesionales del campo de la salud mental sobre la necesidad de creación de recursos especializados para la atención rehabilitación propia para la infancia y adolescencia.

En el *Capítulo III, Título I de la Ley General de Sanidad* que refiere a la salud mental, se menciona también de forma explícita, la necesidad de proporcionar un tratamiento y atención diferenciadora a niñas/os y jóvenes en lo que refiere al campo de la salud mental.

Cuando hablamos de TMG, nos referimos a aquel que engloba una serie de patologías que pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que, por su gravedad, comprometen seriamente la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padecen.

El objetivo del tratamiento será ayudarle a construir un síntoma propio que le estabilice de la mejor manera posible, es decir, que le permita ordenar su mundo y sostenerse en él de una forma autónoma. Esto no siempre es posible y a veces se trata sólo de estabilizaciones transitorias y sujetas a los diversos avatares y encuentros que se sucederán en distintos momentos de su vida.

La atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se apoya en dos premisas, según se expone en el Plan de Actuación de Salud Mental Infanto-Juvenil:

**a) Modelo comunitario y de continuidad de cuidados**, lo que implica que un Servicio de Salud Mental, cualquiera que sea su nivel de especialización, deberá mantener al paciente sólo el tiempo necesario para cumplir los objetivos programados, derivándolo después a Atención Primaria o a la Comunidad.

**b) Estructura sectorizada**, que permite que cada niño-joven sea atendido en su medio social.

En el Centro de Día se trabaja y se proporciona atención especializada a chicas/os en base a unos principios fundamentales e inamovibles, como son la normalización, la integración y la inclusión.

**Normalización:** Este principio nos posiciona ante aquellas situaciones de desventaja social que puedan tener los menores. Es la aceptación incondicional de las diferencias y a que

éstas sean admitidas como forma normal de convivencia social. Incluye la consideración de que las personas desfavorecidas tienen derecho a llevar una vida “valorada” culturalmente y a disfrutar de las posibilidades que la sociedad ofrece para favorecer la integración en ella.

Al hablar de integración, nos centramos en una atención coordinada entre todos los profesionales que componen el equipo multidisciplinar del Centro, al mismo tiempo que con otros profesionales y recursos complementarios al Centro de Día que proporcionen al paciente/alumna/o un tratamiento adecuado. Facilitándole un medio integrador y facilitador donde no se sienta apartado o discriminado, donde pueda encontrar un modelo vida adecuado entre iguales, que facilite su posterior desarrollo social.

En referencia a la inclusión, es de gran importancia que desde el Centro de Día, se proporcionen herramientas útiles que sean facilitadoras para que la chica/o pueda desarrollarse y socializarse de la mejor manera posible en su medio habitual de referencia, como puede ser en su centro escolar de referencia y en su núcleo familiar.

### **Objetivo**

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.

### Estructura organizativa

Ilustración 1: Organigrama



Fuente: Elaboración

## Funcionamiento

El Centro de Día **comienza su jornada** laboral a las 8:00h con la llegada de los profesionales al centro, que comienzan reuniéndose para tratar y compartir impresiones de los casos de los usuarios del mismo. En estas reuniones participan todos los profesionales que trabajan en el centro, y cada uno de ellos aporta datos e información relevante referente a su campo de trabajo, con el objetivo de que todos y cada uno de ellos adquieran total conocimiento de la situación del paciente-usuaria/o y así poder trabajar lo oportuno desde su parcela de actuación.

No obstante, el centro no **abre sus puertas** a pacientes y familiares hasta las 9:30 de la mañana cuando llegan los chicos en el transporte escolar que facilita el Centro de Día. Este autobús realiza diariamente una ruta específica elaborada por la Trabajadora Social del Centro de Día y proporcionada por ella misma al chofer, monitora de autobús y familias.

El **autobús** inicia su ruta a las 8:00h de la mañana y va realizando parada en diferentes paradas de autobús que se indican en la ruta que facilita Mari Sol, estableciendo las paradas más cercanas a los domicilios de las/os usuarias/os.

Una vez los chicos **han llegado al centro**, todos acudimos a la sesión del “Buenos Días”. El “Buenos Días” es una actividad dirigida por la terapeuta ocupacional y la Trabajadora Social, que se crea con intención de proporcionar a los chicos que acuden al Centro un espacio común de conversación. Donde se les facilita el poder expresarse, dar voz y claridad a sus experiencias, sentimientos, emociones, vivencias, etc. Con el **objetivo** de intentar que cada uno de ellos aprenda a ser capaz de relacionarse con los otros y saber escuchar. La duración de esta actividad es de media hora, terminando a las 10:00h.

Tras compartir este espacio grupal, cada uno de los alumnos comienzan con su horario personalizado e individualizado. De esta manera, cada uno va pasando a trabajar con cada uno de los profesionales que componen el Equipo Multidisciplinar (psicóloga, enfermera, terapeuta ocupacional, y pedagogos). Cada espacio dispone una duración de media hora. paran a almorzar compartiendo otro espacio grupal y con carácter socializador a las 11:30 hasta las 12:00h que reanudaran otra vez su horario hasta las 13:00h que volvemos a proporcionarles otro espacio común y con un carácter más dinámico, la Ludoterapia.

Con la **Ludoterapia** se persigue el **objetivo** de que los usuarios aprendan a relacionarse y a socializarse, aprendiendo a comunicarse mediante la relación con iguales y el trabajo en equipo.

#### Anexos

Dependiendo del grupo que acude al Centro de Día programamos actividades más orientadas a la diversión y compartir espacios socializadores o a la comunicación y participación en grupo. Este espacio está temporalizado en una hora, de 13:00-14:00h.

A las 14:00h el autobús de transporte escolar vuelve al Centro de Día a recoger a los chicos para llevarlos a sus casas. El centro no cierra en este momento, ya que los profesionales permanecen allí hasta las 15:00h para completar su trabajo y tareas pendientes o preparar actividades y consultas.

El Centro de Día se constituye como un recurso de nueva creación, puesto en marcha y en funcionamiento por los distintos profesionales que allí trabajan y componen el Equipo Multidisciplinar.

En relación a esto, se considera que el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental cuenta con un funcionamiento flexible y adaptado a las características de las demandas recibidas en cada momento, articulado por los profesionales que ponen en marcha el propio Centro.

Con cada uno de los pacientes/alumnos **se trabaja de manera personalizada** y planteada y programada por cada uno de los profesionales que trabajan las distintas parcelas de los casos de cada paciente. Se parte y se trabaja desde un **enfoque particular** de cada caso.

Los profesionales que trabajan en el Centro de Día son quienes deciden cuántos y qué días deben acudir cada paciente al centro, dependiendo de la edad se establecen grupos. A día de hoy contamos con dos grupos: el de los pequeños que son chicos de entre 11 y 13 años y acuden al centro martes y jueves y los de los mayores de entre 14 y 16 años que acudirán el resto de días. Posteriormente según su evolución los profesionales van adaptando los horarios y suman o restan días que deben acudir.

De esta manera, podemos decir que el funcionamiento del Centro de Día no es nada rígido, sino al contrario, se va adaptando a las necesidades que presentan los usuarios en cada momento.

Por **ejemplo**, cuando el Centro de Día abrió sus puertas se ofrecía un servicio de comedor, pero se consideró que este servicio no aportaba ningún beneficio a los chicos que acudían al Centro en ese momento y que sin embargo, se requería demanda de por parte de las familias para facilitar la asistencia al Centro de Día, puesto que el desplazamiento hasta allí suponía un problema

#### Anexos

dificultoso para ellas. Atendiendo a esta demanda desde el Centro de Día, se decidió sustituir el servicio innecesario de comedor por el de ofrecer el servicio de transporte escolar.

#### **Programas y servicios que ofrece.**

Como ya hemos mencionado con anterioridad, el Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental, surge como un recurso novedoso en el campo de la salud mental, para abordar el tratamiento de niñas/os y jóvenes que padecen TMG.

Se apoya y construye sobre el Programa de Atención a la Salud mental Infanto-Juvenil, como un documento elaborado por distintos grupos de expertos, que servirá como figura de apoyo y asesoramiento durante la redacción del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón (2002-2010).

Según se recoge en éste programa en el apartado que refiere a la oferta de servicios:

La oferta asistencial se concreta y perfila en el catálogo/cartera de servicios. Su objetivo es hacer accesible dichos servicios al máximo de usuarios. En su realización estarán implicados todos los profesionales del equipo asistencial.

La cartera de servicios tendrá en el ámbito infanto-juvenil un carácter flexible en función de los cambios de necesidades que se aprecien en esta población, por sí misma susceptible de experimentar cambios evolutivos o ser muy sensible a los cambios socioambientales.

En la realización de la oferta de servicios deberán estar implicados todos los componentes del equipo asistencial. Es importante que esté bien delimitada, definida y diferenciada de la de los servicios educativos y sociales, sin perjuicio de que pudieran establecerse programas transversales de realización conjunta.

De esta manera, en el Centro de Día, se identifican dos programas concretos de actuación con las/os pacientes, el programa terapéutico y el programa educativo, que trabajan con la persona en concreto y atendiendo a sus contextos más próximos de actuación.

##### **- Programa Terapéutico**

El primer mes tras el ingreso está destinado al estudio del caso y a la adaptación del paciente/alumno al Centro. Después de haber superado este periodo inicial, se estimará la

#### Anexos

conveniencia del recurso para la chica/o y siendo determinando su ingreso, se planifican las intervenciones con el mismo.

El modelo de trabajo se basa en un plan individualizado de tratamiento que incluye:

- Psicoterapia individual y grupal
- Tratamiento psicofarmacológico
- Cuidados de enfermería
- Intervenciones sociales
- Abordaje familiar
- Terapia ocupacional
- Orientación vocacional
- Talleres específicos, etc.

#### - Programa Educativo

El Equipo Docente proporciona formación académica adaptada al nivel de competencia curricular de las/os alumnas/os-pacientes que requieran el ingreso en el Centro de Día, quedando garantizada la continuidad de su escolarización en sus centros de referencia mientras la duración de su tratamiento y en estrecha colaboración con su centro escolar, respecto al cual no causa baja.

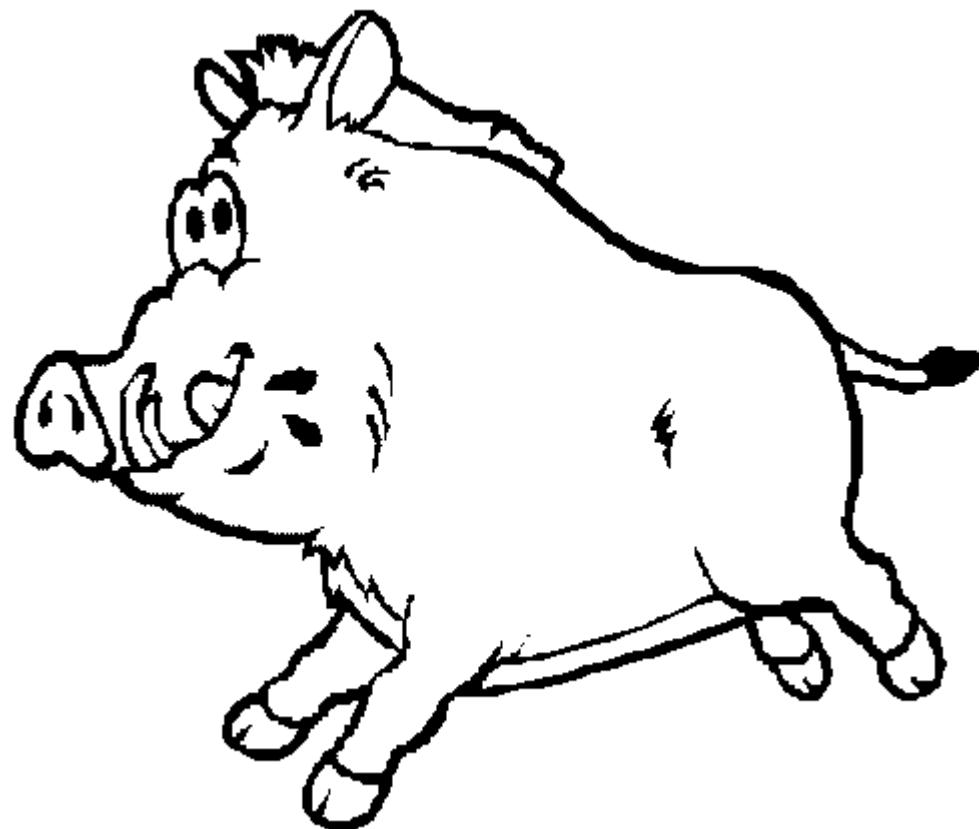
Para ello se ofrece una programación curricular individualizada de aplicación en grupos reducidos.

#### **Bibliografía:**

Bardó, C. (2004) “*Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia*”. Revista de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental. N° 13. Extraído el 29 de noviembre de 2015 en [http://www.revistainterrogant.org/?page\\_id=118](http://www.revistainterrogant.org/?page_id=118)

## Anexo IV: Fichas sesión 2

- Colorear a su gusto el animal y completar las indicaciones propuestas.



Me llamo.....

Me gusta:

.....  
.....  
.....

Me cuidan entre:

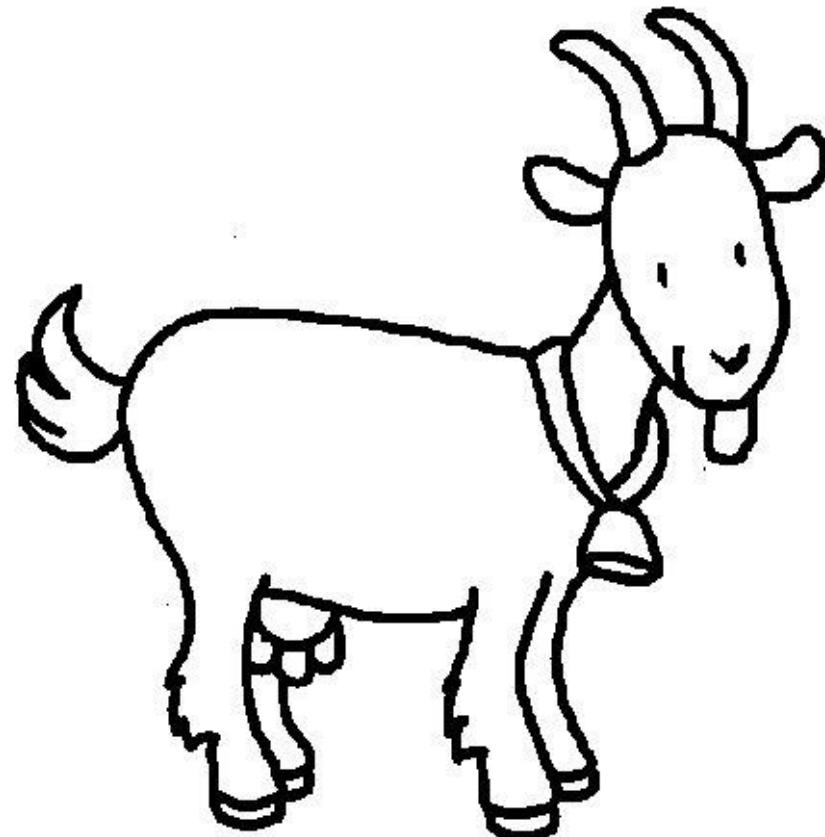
.....  
.....  
.....  
.....

Cada uno de ellos se encarga de

.....  
.....  
.....  
.....

Anexos

- Colorear a su gusto el animal y completar las indicaciones propuestas.



Me llamo.....

Me gusta:

.....  
.....  
.....

Me cuidan entre:

.....  
.....  
.....

Cada uno de ellos se encarga de

.....  
.....  
.....

Anexos

- Colorear a su gusto el animal y completar las indicaciones propuestas.



Me llamo.....

Me gusta:

.....  
.....  
.....

Me cuidan entre:

.....  
.....  
.....

Cada uno de ellos se encarga de

.....  
.....  
.....  
.....

## Anexo V: Ficha sesión 7

### **“Sentimientos que viajan”**

1. ¿Me ha agrado esta actividad?

2. ¿Qué me ha producido?

3. ¿Cómo me he sentido al presentar mi Historia de Vida al resto del grupo?

4. ¿Qué he sacado de positivo escuchando a los demás?

5. ¿Qué peculiaridades encuentro en mi familia respecto a las otras?

6. ¿Qué es lo que me gusta de mi familia?

7. ¿Cómo me gustaría que continuase nuestra Historia de Vida?

## Anexo VI: Ejercicio sesión 9: ¿Qué está pasando?

### Ejercicio:

- Representar y señalar pensamientos o conductas agresivas, inhibidas (sumisa) o asertivas (responder adecuadamente).

**Situación explicada por la trabajadora social:** Durante una reunión familiar, la esposa de Juan se muestra verbalmente agresiva con su suegra. En la columna de la izquierda podéis ver una serie de pensamientos, emociones y conductas de Juan. Señala en las columnas de la derecha mediante una X, si cada uno de ellos te parece agresivo, inhibido o asertivo.



Tabla 1: Ejercicio pensamientos y conductas.

Pensamientos y conductas de Juan	GRESIVO	INHIBIDO	ASERTIVO
Siento que es terrible que trate a mi madre así. Por tanto, le grito e insulto para que se dé cuenta.			
Quiero que trate mejor a mi madre, pero no gano nada poniéndome furioso. Será mejor que me tranquilice y piense cómo puedo mejorar este asunto asertivamente.			
Ella no debería comportarse así. Me las pagará.			
Procuraré suavizar las cosas para no aumentar el problema. Me mostraré atento con mi madre y con todos los demás. Después lo haré con mi esposa y le relameré un cambio de conducta.			
Ponerme serio con mi esposa, decirle que ya lo hablaremos después y seguir conversando con los demás.			
Los familiares de mi esposa deberían reprocharle lo que ha dicho. Me enfado con todos ellos y les respondo de forma hostil.			
No me importa lo más mínimo lo que ha ocurrido.			
Me quedo callado y hago como que no he oído.			
No debo hacer caso, un marido debe saber aguantar.			
Los demás pensarán que soy idiota, si no le digo ahora mismo lo grosera que ha sido.			
No tiene importancia.			
Me matará a disgustos. Pero antes sabrá de lo que soy capaz.			
Es su manera de ser. Es bueno que diga lo que siente.			
Que ella se ponga irracional no me obliga a ponerme yo igual. Puedo elegir pensar, sentirme y actuar como más me convenga.			

Fuente: Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima, e inteligencia emocional

#### Anexos

La trabajadora social reparte el ejercicio mientras explica el desarrollo del mismo. Le entrega una hoja a cada familia como la presente y explica que en cada familia uno de los miembros (preferiblemente uno de los adultos) deberá poner en situación a otro miembro de la familia guiándole en cómo debe de interpretar la situación que se describe, y el resto de miembros del grupo completo deberán opinar de forma libre si el comportamiento que se está expresando es agresivo, inhibido o asertivo.

Una vez representada cada situación, la trabajadora social preguntará en general si creen adecuada la respuesta, a qué forma creen que corresponde de las indicadas en la tabla, cómo habían reaccionado ellos, etc. Posteriormente dará la respuesta correcta argumentándolo.

#### **Bibliografía:**

Roca, E. (2007). “Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima, e inteligencia emocional”. Valencia. ACDE.

## Anexo VII: Informe de seguimiento de la sesión

### Informe del profesional

**Grupo:**

**Lugar/aula:**

**Fecha:**

**Hora de Inicio:**

**Hora de finalización:**

---

**Asistentes:**

**Objetivos de la sesión de trabajo:**

**Descripción de la sesión:**

**Acuerdos tomados y tareas pendientes:**

**Propuestas para la mejora de la sesión:**

**Nombre y firma del profesional:**

## Anexo VIII: Encuesta grado de satisfacción de los integrantes del grupo.

Para proceder a una mejor evaluación del proyecto, se proporciona a los asistentes la posibilidad de llenar la siguiente encuesta entregada en la última sesión. De esta forma, la Trabajadora Social podrá evaluar el grado de satisfacción de los integrantes del grupo una vez finalizado el mismo.

Con intención de evaluar un indicador cuantitativo: el grado de satisfacción general de los participantes, se utiliza la escala Likert, estructurada en 5 niveles:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Para dar forma a la encuesta se elabora una tabla con preguntas de carácter cuantitativo, ya que se responde a preguntas que deberán contestarse en valores de la escala y otras más abiertas de carácter más cualitativo.

**Tabla 2: Encuesta para medir el grado de satisfacción de los integrantes del grupo**

<b>Indique de manera voluntaria su parentesco con el niño/joven</b>						
Madre	Padre	Otros				
<b>Valore del 1 al 5 los siguientes ítems. Siendo: 1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo</b>						
Antes de acudir a los encuentros grupales he recibido la información necesaria		1	2	3	4	5
La accesibilidad (transporte) al Centro ha sido cómoda		1	2	3	4	5
La profesional ha acordado los horarios con los participantes mostrándose flexible		1	2	3	4	5
Las instalaciones, materiales y equipamientos han sido los adecuados		1	2	3	4	5
Me he sentido cómodo e integrado en el grupo		1	2	3	4	5

**Anexos**

He adquirido competencias en habilidades sociales	1	2	3	4	5
Me siento satisfecho tras haber participado en este grupo	1	2	3	4	5
He podido acercarme y conocer más a la profesional de referencia	1	2	3	4	5
La atención ofrecida por la profesional ha sido buena	1	2	3	4	5
He comprendido y conocido mejor la filosofía y línea de trabajo del Centro	1	2	3	4	5
<b>Reflexione y conteste a las siguientes preguntas para colaborar en la mejora del proyecto</b>					
¿Qué herramientas y competencias he mejorado o aprendido y me han ayudado en la vinculación familiar?					
¿Qué ha cambiado en mí? ¿Y en mi familia?					
¿Qué me ha aportado el grupo?					
¿Qué espero tras haber participado en este grupo?					
Me gustaría apuntar que...					

*Fuente: Elaboración propia*