

La re-vinculació cap a l'aprenentatge en adolescents amb trastorns mentals

Anna Monja Pérez
13 de Juny de 2014

Treball dirigit per Xavier Besalú Costa

Estudis de Grau de Pedagogia

La re-vinculació cap a l'aprenentatge en adolescents amb trastorns mentals.

Anna Monja Pérez

13 de Juny de 2014

Treball dirigit per Xavier Besalú Costa

Estudis en Grau de Pedagogia

*Other people's opinion of you
does not have to become your reality.*

Les Brown

Agraïments

*Moltes gràcies a tot l'equip de l'Hospital de Dia d'Adolescents de Granollers per tota la informació, per l'ajuda i per estar disposats a atendre'm en tot moment. En especial a la **Rosa**, qui m'ha servit d'ajuda en tot moment, qui em va aportar la idea pel treball i per totes les oportunitats que m'ha brindat i per la confiança en mi.*

*A la **Joana** i a en **José** de l'Escola Pia de Granollers, que han estat disposats a atendre'm i a ajudar-me per fer el seguiment dels casos.*

*A l'**Alba** i a en **Fernando**, per estar disposats a col·laborar amb mi, ja que sense ells l'estudi de casos no hagués estat possible.*

*A la **Carme Timoneda** qui em va orientar i ajudar a l'inici del curs quan estava perduda amb el treball i em va proporcionar informació important i interessant.*

*Al meu tutor, **Xavier Besalú** per orientar-me quan estava perduda i per l'ajuda que m'ha proporcionat quan l'he necessitat.*

*Als meus companys i sobretot amics del grau: **Patry, Xavi, Cris, Miriam i Marta**; per tota l'ajuda mútua, pel suport, per la confiança, i per l'optimisme a l'hora de fer el treball, fent que cap dels sis ens donéssim per vençuts.*

*A l'**Alberto** per tota l'ajuda informàtica i per la solució de problemes que m'han anat sortint.*

*A tu **Jordi**, per ajudar-me en les correccions, per aguantar-me en tots els moments d'estrès i per la confiança en mi.*

*A la meua mare, **Teresa**, per les correccions, per l'esperança, per la confiança en mi i per tota la llum que m'ha aportat en aquest camí tan negre.*

Finalment a tota aquesta gent que ha seguit el meu procés, el meu germà, el meu pare, els amics, companys de feina i altres familiars, que han cregut en mi, que m'han donat suport i que han hagut d'aguantar tots els meus moments d'angoixa i d'estrès.

Gràcies a tots per ajudar a fer possible aquest treball.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	1
2. MARC TEÒRIC.....	4
2.1. Salut Mental.....	4
2.1.1. Trastorns més freqüents a l'HDA de Granollers	5
2.2. Els adolescents en situació de risc	18
2.2.1. La família.....	20
2.2.2. L'escola	22
2.2.3. Resiliència	23
2.3. Teories psicològiques: conductisme, cognitivisme i humanisme.....	25
2.3.1. El Conductisme.	25
2.3.2. El Cognitivisme	27
2.3.3. L'Humanisme	28
2.4. Neuropsicopedagogia.....	30
2.4.1. Emocions	30
2.4.2. Sistema Límbic: l'Amígdala.....	31
2.4.3. La Teoria PASS	32
2.4.4. DN-CAS	34
3. METODOLOGIA	39
4. COS DEL TREBALL	43
4.1. L'Hospital de Dia.....	43
4.1.1. Què és?	43
4.1.2. L'equip i els objectius dels HDA	45
4.1.3. L'HDA de Granollers	46
4.1.4. Pacients.....	49
4.2. Àmbit de la Salut	53
4.2.1. Psicologia Clínica.....	53
4.2.2. Psicoteràpia.....	53
4.2.3. Psiquiatria	55
4.2.4. Tractaments Farmacològics.....	56

4.3.	Àmbit educatiu.....	58
4.3.1.	El/La Docent.....	58
4.3.2.	L'aula de l'HDA de Granollers	60
4.3.3.	Metodologies necessàries a l'aula	62
4.4.	La vinculació cap a l'aprenentatge	67
4.5.	Casos pràctics	75
4.5.1.	Cas 1: l'Alba.....	75
4.5.2.	Cas 2: Fernando	84
5.	CONCLUSIONS.....	92
6.	EL PAPER DEL PEDAGOG I ANÀLISI CRÍTICA DELS CONTINGUTS TRANSMESOS DURANT EL GRAU	97
7.	BIBLIOGRAFIA.....	99
7.1.	Llibres	99
7.2.	Articles.....	102
7.3.	Tesis Doctorals	104
7.4.	Treballs de Pràcticum	104
7.5.	Webgrafia.....	105
7.6.	Documents interns	105
7.7.	Guies	105
8.	GLOSSARI.....	107
8.1.	Abreviatures.....	108
9.	ANNEXOS.....	112
9.1.	Models d'entrevista.....	112
9.2.	Entrevistes.....	115

1. INTRODUCCIÓ

En aquest treball s'explica com els adolescents tornen a re-vincular-se amb l'aprenentatge i amb el sistema educatiu. Aquesta vinculació ocorre gràcies al vincle que l'educador crea amb l'educand i de quina manera es treballa per aconseguir-ho. La característica principal d'aquests nois/es és que estan diagnosticats amb trastorns mentals, de manera que la relació amb el centre educatiu, majoritàriament és poca o pràcticament nul·la. També m'agradaria afegir que tot i el títol inclogui "trastorns mentals", no són greus. Això esdevé a que al llarg del meu període de pràctiques no vaig trobar-me amb cap adolescent amb un trastorn mental greu a destacar.

L'estructura del treball consisteix en el marc teòric, la metodologia, el cos del treball i les conclusions. En el primer apartat, parlaré sobre la salut mental i els trastorns més freqüents en un hospital de dia. Seguidament parlaré dels adolescents en situació de risc i com pot afectar-los a nivell escolar i familiar. El tercer apartat que trobem és el de les teories psicològiques. En aquest parlo de tres corrents en les que centro el meu treball i que vaig explicant: conductisme, cognitivisme i humanisme. L'últim punt del marc teòric és la neuropsicopedagogia, on parlo de l'emoció, l'amígdala, la teoria PASS i el DN-CAS.

A la metodologia explico les tècniques que he usat al llarg del treball, les limitacions, els errors, la justificació bibliogràfica i l'elecció de la mostra.

En el cos del treball tracto cinc punts: l'hospital de dia d'adolescents (què és, l'equip, l'hospital de dia d'adolescents de Granollers i els pacients), l'àmbit de la salut (la psicologia clínica, la psicoteràpia, la psiquiatria i els tractaments farmacològics), l'àmbit educatiu (la docent, l'aula de l'hospital de dia i les metodologies usades), el vincle cap a l'aprenentatge i finalment, els casos pràctics (que n'explico dos).

Per acabar, a les conclusions, analitzo l'hospital de dia com a recurs, l'aula de l'hospital de dia i el vincle cap a l'aprenentatge dels dos casos pràctics i si ha estat útil aquest dispositiu.

Em vaig centrar en aquest tema principalment pel meu període de pràctiques de la Universitat. Vaig fer-les en un hospital de dia i la feina que es duia a terme em va cridar l'atenció. El fet de tractar amb adolescents diagnosticats amb trastorns mentals des d'una vessant educativa la vaig trobar interessant, sobretot si es té en compte que són

nois i noies molt desvinculats amb el sistema educatiu i varis d'ells presenten un gran nivell d'absentisme escolar. Aquest fet accentua que el desig d'aprendre desaparegui, segurament, pel fet de no tenir un referent educatiu o un professor en el que confiar i creure. El fet d'estar amb nois i noies amb moltes etiquetes (tant per part de l'escola com per part dels centres de salut mental), accentua que la seva motivació disminueixi i no tinguin ganes de fer res, per totes aquelles creences negatives sobre les seves capacitats.

Endinsar-me en aquest món m'ha fet conèixer de més a prop la feina que es duu a terme en un àmbit sanitari i aprendre sobre salut mental, un dels temes que per mi era pràcticament desconegut.

Finalment, un dels aspectes que més m'ha motivat a fer aquest treball, és el de les etiquetes. Són nois i noies que es deixen portar molt per les opinions dels altres, deixen que tot els controlï, fins i tot la seva malaltia. El voler treballar amb ells d'una manera més humana i de poder treballar sobre les seves capacitats, és una de les coses que trobo més importants i més necessàries en la orientació i l'acompanyament pedagògic dels nois i noies. I més si tenim en compte que una de les funcions dels pedagogs, és la formació al llarg de la vida i intentar promoure-ho.

Per finalitzar aquest apartat, m'agradaria afegir que la satisfacció cap a aquest treball hagués estat més gran si m'hagués pogut centrar més a l'hora de realitzar-lo. Si hagués tingut més temps, l'aprenentatge realitzat hagués estat més satisfactori i complet. També si hagués pogut posar en pràctica el tema del que tracto durant més temps, també hagués estat diferent i la meva experiència personal hagués estat un punt clau.

1.1.Objectius

Els diversos objectius plantejats són:

- Investigar el procés de vinculació dels alumnes amb l'aprenentatge a través de diversos mètodes.
- Analitzar les tàctiques educatives utilitzades cap als alumnes mitjançant l'observació.
- Descriure el funcionament intern de l'aula a través de l'observació per conèixer l'efectivitat.
- Analitzar l'hospital de dia d'adolescents com a recurs.

- Fer un seguiment de la vinculació escolar de dos casos mitjançant entrevistes i observacions.
- Comprovar que el vincle entre educador i educand és efectiu a l'hora de transmetre coneixements.

2. MARC TEÒRIC

2.1. Salut Mental

Com que el nucli d'aquest treball es centra en els adolescents ingressats en un Hospital de Dia (HD), clarament un dels principals conceptes nuclears a tractar és el de Salut Mental, pel fet de que aquests usuaris solen ser derivats pels Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). Aquests nois i noies diagnosticats amb trastorns mentals normalment necessiten un tractament de caire psiquiàtric i psicològic.

Després d'aquesta breu introducció, primer necessitarem situar-nos en què és la Salut. Per fer-ho, em centraré en la definició que podem trobar en la Constitució de l'Organització Mundial de la Salut (OMS): “La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties”. Quintanilla, Haro, Vega, González de Mendoza i Ramírez (2004:64), afegeixen que la “salut no és l'absència de malaltia, sinó la capacitat d'emetre respostes de salut en una condició de malaltia”.

Un cop sabem què és *lasalut*, podem passar a parlar de Salut Mental. Al Desembre de 2013, l'OMS la va definir com “un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves capacitats pròpies, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de manera productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat”. Aquesta definició no ens porta a reflexionar sobre el significat real de les malalties mentals? És a dir, si la Salut Mental és un estat de benestar de la persona, el fet de patir un trastorn l'hauria de convertir en un malalt i no tot el contrari, en una persona *sana* i benestant. Per tant, seguidament trobem la definició de Malaltia Mental en mans de FEAFES¹ (2008:24) “Podem definir un trastorn o malaltia mental com una alteració de tipus emocional, cognitiu i/o del comportament, en que queden afectats processos psicològics bàsics com són la emoció, la motivació, la cognició, la consciència, la conducta, la percepció, la sensació, l'aprenentatge, el llenguatge, etc. El que dificulta a la persona la seva adaptació a l'entorn cultural i social en el que viu i crea alguna forma de malestar subjectiu”.

Un cop sabem el significat de cada concepte, amb l'ajuda de Cabas (2007) m'he plantejat el dubte de si realment s'usa la terminologia correcta per parlar de les persones

¹ Confederació Espanyola d'Agrupacions de Familiars i Persones amb Malalties Mentals.

amb *trastorns* mentals, ja que són conceptes que es poden usar de manera incorrecta perquè es solen confondre i es creu que Salut Mental és el mateix que Malaltia Mental. Tanmateix, el que pot dur-nos a usar la terminologia de Salut Mental amb persones afectades amb diversos trastorns, és el fet de que aquest concepte és converteix en l'objectiu al que volem arribar: que aquests individus puguin gaudir d'un benestar individual i social. Quintanilla, et al. (2004), proposen que els conceptes de salut mental i malaltia mental, són dos conceptes anòmals, degut a que no existeix ni salut ni malaltia absoluta. Totes les persones presenten un grau de salut i un grau de malaltia, però no es pot determinar quin és el grau d'absoluta malaltia i d'absoluta salut.

Com he dit anteriorment, el meu treball es duu a terme dins de la institució d'un Hospital de Dia d'Adolescents (HDA), on també vaig dur a terme les meves pràctiques dels estudis de pedagogia. Com que vaig estar amb adolescents diagnosticats amb una diversitat de trastorns mentals, faré una breu descripció de malalties més freqüents i de les que vaig poder observar al llarg dels 4 mesos. Aquestes definicions aniran principalment en mans del DSM-IV-TR i del CIE-10 (el manual de diagnòstic de trastorns mentals de l'OMS). Per ajudar-me a complementar informació, usaré altra informació extreta de diversos llibres i autors.

2.1.1. Trastorns més freqüents a l'HDA de Granollers

a) Ansietat

Orgilés, Ménde, Espada, Carballo i Piqueras (2012:116) ens diuen que “els trastorns d'ansietat són els problemes psicològics més freqüents en nens i adolescents”.

Dins dels trastorns d'ansietat en trobem varis com les crisis d'angoixa, l'agorafòbia, fòbia específica, fòbia social... entre d'altres. En lloc d'explicar-les totes, em centraré en *l'agorafòbia* que es “caracteritza per l'aparició d'ansietat o comportament d'evitació en llocs o situacions on escapar pot ésser difícil” (DSM-IV, 2002:481). Segons el CIE-10 (2001:88) “també està relacionat amb presència de multituds i la dificultat de poder escapar d'una forma immediata i senzilla a un lloc segur (generalment a casa)” Aquest podria ser el cas d'en Manel (13 anys a l'ingressar), un noi que a més d'estar diagnosticat de depressió, presentava unes conductes de rebuig per anar a l'escola on remugava i fins i tot, arribava a plorar per no haver-hi d'anar.

Orgilés, et al. (2012), ens diuen que les noies solen rebre més diagnòstics d'ansietat que els nois, afegint que els trastorns més diagnosticats d'ansietat solen ser els “trastorns d'ansietat per separació” i “les pors físiques”.

b) Conductes Suïcides

Bobes (1999:444) al seu llibre afegeix que “l'OMS va proposar la següent terminologia per a la investigació de conductes suïcides:

- Acte Suïcida: fet pel qual algú es causa una lesió a si mateix, independentment de la seva intenció i el coneixement dels seus motius.
- Suïcidi: mort com a resultat de l'acte suïcida
- Intent o temptativa de suïcidi: acte suïcida en el que el resultat no va implicar la mort”.

Dins de l'HDA de Granollers, ha hagut diversos casos on els usuaris han presentat diverses conductes d'intent o temptativa de suïcidi. Alguns casos són el de l'Esther (ingesta de medicació), el de la Yaiza (ingesta de medicació) i el de la Sara (va intentar tirar-se del balcó). A més, totes elles s'auto-lesionaven presentant la conducta d'acte suïcida.

Ayuso, et al. (2012) anomenen que dades realitzades per l'OMS, determinen que el suïcidi és la tercera causa de mort entre les persones d'entre 15 i 44 anys; acompanyat de que un dels factors de risc més importants són els trastorns psiquiàtrics que les persones poden presentar, seguit de l'intent de suïcidi fallit.

c) Esquizofrènia

Per l'esquizofrènia usaré diverses definicions. La primera va en mans del CIE-10 (2001:52): “els trastorns esquizofrènics es caracteritzen per distorsions fonamentals i típiques de la percepció i del pensament, i per un afecte inapropiat o embotat”.

El DSM-IV (2002:334) la defineix com “una alteració que persisteix almenys 6 mesos” (a diferència del CIE-10, que diu que són d'un mes) i que els “síntomes més característics impliquen un ventall de disfuncions cognoscitives i emocionals, que inclouen la percepció, el pensament inferencial, el llenguatge i la comunicació...” entre d'altres (DSM-IV, 2002:334-335).

La tercera definició és de Kirkpatrick (2009:106), que critica el DSM i per tant, defineix aquest trastorn com “un trastorn del desenvolupament amb anomalies en moltes funcions cerebrals, entre elles la psicosis. A més, no és una malaltia cerebral. És un trastorn del desenvolupament que afecta a altres parts del cos a més del cervell”. Per tant, ell deixa de banda la idea de que l’esquizofrènia vagi lligada amb la psicosis i que formi part d’aquesta agrupació de trastorns.

I per acabar, Moya (2012) cita a Puente, Chinchilla i Riaza (2007) al definir esquizofrènia: “és una psicosi de naturalesa orgànica i de base somàtica desconegudes, sustentades per l’heredobiologia, la neuroquímica i la psicofarmacologia aplicada, amb una síndrome unitària com a variabilitat simptomàtica, amb cursos evolutius variats cap a la remissió, la millora parcial o cronicitat amb defecte”. Per tant, veiem com aquí tornem a la idea de que l’esquizofrènia si és un trastorn psicòtic.

Moreno-Granados, Ferrín, Salcedo-Marin i Ruiz-Veguilla (2014) expliquen que una de les característiques dels pacients d’esquizofrènia és que no els hi canvia el rendiment cognitiu amb l’edat, a diferència dels que pateixen un trastorn psicòtic.

Aquest tipus de psicosi sol començar a l’adolescència o en la joventut. Alguns dels símptomes que omplen el quadre cínic per diagnosticar aquest trastorn són (Moya, 2012:48-49):

- Trastorns Sensoperceptius: al·lucinacions, tan visuals com auditives. Tot i així també poden ser gustatives, olfactivas i cinestètiques.
- Idees Delirants: idees de caràcter persecutori, autoreferencial o megalomàniques.
- Alteracions del llenguatge: poden afectar greument a la coherència del discurs de l’individu afectat.
- Alteracions dels afectes: apatia, ambivalència afectiva... entre d’altres.
- Trastorns cognitius: aspectes més rellevants: alteració de l’atenció, la memòria de treball i l’alteració en la funció executòria.
- Les relacions interpersonals del subjecte esquizofrènic: les idees cap a les relacions dels coneguts canvien. Per exemple, els pares o familiars poden ser impostors i ell pot canviar de identitat per culpa del deliri.

El DSM-IV (2002:349), comparteix cinc dels sis símptomes anteriors: “idees delirants, al·lucinacions, llenguatge desorganitzat, comportament catatònic o greument desorganitzat i símptomes negatius (com *alògia* o *abulia*)”.

d) Trastorns d’Aprentatge

Tot i que aquest no és un dels problemes principals (per no dir que no és cap problema principal) que motivi l’ingrés d’un noi/a a l’HDA, alguns dels adolescents sí presenten algun d’aquests trastorns (tot i que potser no al 100%, però sí en cert grau).

Normalment se’ls diagnostica amb Trastorns d’Aprentatge quan els resultats de les proves o exàmens en lectura, càlcul o expressió escrita són més baixos de l’edat que el pertoca (DSM-IV, 2002).

Al DSM-IV (2002), s’explica que dins d’aquests trastorns hi ha tres categories per diagnosticar: lectura, càlcul o expressió escrita. Normalment quan es donen a conèixer els dos últims nomenats, el tercer també apareix, combinant-se entre ells.

- Trastorn de la lectura: es mesura a través de la velocitat, percepció i comprensió. També pot ser anomenada *dislèxia*. Es sol caracteritzar per distorsions, substitucions o omissions, tant en la lectura oral com a la “individual” o silenciosa, on es presenten errors en la comprensió i lentitud a l’hora de dur a terme la lectura. Els subjectes que la pateixen, solen ser diagnosticats quan s’acaba l’etapa del parvulari o abans de començar el primer curs de primària (ensenyament bàsic) (DSM-IV, 2002). Aquests infants afectats, “solen tenir antecedents de trastorns específics en el desenvolupament de la parla i del llenguatge” (CIE-10, 2001:170).
- Trastorn del càlcul: en aquest trastorn, poden veure’s afectades diferents habilitats com les lingüístiques, habilitats perceptives, habilitats d’atenció i habilitats matemàtiques. Per tant, amb aquesta afectació, l’alumne diagnosticat tindrà dificultats tant a l’hora de comprendre les operacions i símbols matemàtics, reproduir números o recordar-se de xifres, o seguir passos matemàtics, comptar objectes... entre d’altres (DSM-IV, 2002).

- Trastorn d'expressió escrita: a diferència dels explicats anteriorment, aquest és el que presenta més dificultats a l'hora de ser diagnosticat pel poc coneixement que es té, especialment, quan aquest trastorn apareix i el de la lectura no. En general, es presenten errors múltiples en l'ortografia o una mala cal·ligrafia. Aquest trastorn es sol diagnosticar al cicle inicial d'educació primària: entre la finalització del primer curs i la finalització del segon curs. A més, quan un alumne té una mala cal·ligrafia s'ha de poder veure si és perquè està afectat en la coordinació motora; en cas afirmatiu, s'ha de considerar el diagnòstic de *trastorn del desenvolupament de la coordinació* (DSM-IV, 2002). El CIE-10 (2001) afegeix que els infants que tenen aquest trastorn, també presenten dificultats a l'hora de lletrejar en veu alta.
- Trastorn de l'aprenentatge no especificat: Aquest trastorn és aquell que no compleix cap dels trastorns explicats anteriorment, però on l'alumne pateix dificultats que es veuran reflectides al seu rendiment acadèmic. (DSM-IV, 2002).

e) Trastorn Bipolar

Dins d'aquest trastorn podem trobar quatre varietats: Trastorn Bipolar I, Trastorn Bipolar II, la Ciclotímia i el Trastorn Bipolar no Especificat (DSM-IV, 2002). En el CIE-10 (2001:74), trobem una definició general sobre aquest trastorn “es caracteritza per la presència de dos episodis reiterats (és a dir, almenys dos), en els que l'estat d'ànim i els nivells d'activitat del malalt estan significativament alterats (exaltació d'ànim, o hipomania, i d'altres disminució de l'estat d'ànim, o depressió)”.

Una breu descripció de les quatre varietats en mans del DSM-IV (2002:428-448) serien:

- Trastorn Bipolar I: “la característica és un curs clínic caracteritzat per un o més episodis maníacs o episodis mixtes”.
- Trastorn Bipolar II: “la característica essencial, és un curs clínic caracteritzat per l'aparició d'un o més episodis depressius majors, acompanyats d'un episodi hipomaniac”.

- Ciclotímia: “és una alteració de l'estat d'ànim crònica i amb fluctuacions que comprenen nombrosos períodes de símptomes hipomaniacs i amb nombrosos períodes de símptomes depressius”.
- Trastorn Bipolar no Especificat: “inclou els trastorns amb característiques bipolars que no compleixen els criteris per cap trastorn bipolar específic”.

“Ser *bipolar* s'ha convertit en un sinònim de *maníac* i paradoxalment, és difícil saber si quan parlem d'un pacient amb trastorn bipolar ens referim a un estat experimentat en qualsevol moment de la seva vida” (Shaffer, i Waslick, 2003:111).

f) Trastorns de Conducta Alimentària (TCA)

Aquest és un dels trastorns més coneguts, on les persones afectades presenten problemes greus davant les conductes alimentaries. Són alteracions del menjar vers els àpats. Els dos TCA més coneguts són l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa.

Solen afectar molt més a les dones que no pas als homes. L'adolescència és l'etapa on les noies solen patir més aquest trastorn, tot i que també les adultes joves. A més, també solen ser dones de raça blanca amb una classe social mitjana i mitjana alta de societats desenvolupades on hi ha una gran varietat d'aliments i en abundància. La bulímia fins als anys 70, per Russell (1979 concretament), no es comença a considerar d'una forma diferent, fent que al 1980 entrés dins del DSM-III com a malaltia psiquiàtrica (Flores, 2007:410). Es considera que les persones que pateixen aquest trastorn, tenen addició a activitats plaents en les que l'exercici físic hi forma part (Rojo, et al., 2012). Els nois/es que pateixen aquesta malaltia solen patir canvis conductuals com l'evitació de relacions socials o la pèrdua de pes (Raich, citat per Garrido 2012).

- Anorèxia Nerviosa: “Alteració de la percepció del pes o la silueta corporals. Exageració de la seva importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal” (Flores, 2007:410). Per tant, la característica principal d'aquesta malaltia, és el no voler ingerir cap producte alimentós, per por d'arribar a la obesitat. Aquest rebuig cap a l'augment del pes o mantenir l'actual, fa que els afectats estiguin per sota els valors mínims normals del pes. Quan aquesta malaltia arriba a nivells elevats, pot produir-se l'amenorrea en les dones (DSM-IV, 2002).

Existeixen dos tipus d'anorèxia nerviosa: Restrictiu (la persona NO recorre a atipar-se i després es provoca el vòmit) i Compulsiu/purgatiu (la persona SÍ s'atipa i es provoca el vòmit) (Flores, 2007:411). Les persones que solen patir-la solen ser educades amb un sentit de l'ordre i neteja, arribant a ser bastant obsessives i perfeccionistes amb el que fan (Garrido, 2012).

- Bulímia Nerviosa: Igual que amb l'anorèxia, es rebutja l'augment del pes o el mantenir el que la persona té, també estant als mínims de la normalitat del pes. Però a diferència de l'anorèxia on la persona no menja, amb la bulímia menja sense control. En aquests episodis d'atipament, la persona sent que no pot controlar la seva conducta i per tant, que no pot parar, i l'acompanya un sentiment de culpa i autorepulsió. (Flores, 2007). Seguidament, es provoquen vòmits, abusen de laxants o diürètics i fan exercici físic excessiu. Per poder efectuar-se el diagnòstic de la Bulímia Nerviosa, s'han de produir aquests comportaments com a mínim dos cops per setmana en un període de tres mesos (DSM-IV, 2002)

Igual que a l'anorèxia nerviosa, existeixen dos tipus de bulímia nerviosa: Purgatiu (provocació del vòmit o us de diürètics o laxants) i No Purgatiu (la persona està en dejú o recorre a l'exercici físic intens) (Flores, 2007:413). Rojo, et al. (2012), afegeixen que en els casos de bulímia nerviosa no purgativa, poden arribar a etiquetar-se com trastorns per atipament.

- Trastorn de la Conducta Alimentària no Especificat: No compleixen cap normativa de les anteriors, dones que duen a terme tots els passos de l'anorèxia però amb menstruació regular, o mastegar i després expulsar els aliments sense empassar grans quantitats, entre d'altres. (Flores, 2007).

g) Trastorns per Consum de Cànnabis

Dependència de Cànnabis: Aquelles persones que depenen del Cànnabis presenten un “consum compulsiu i problemes associats” (DSM-IV, 2002). Per tant, les persones presenten “un conjunt de manifestacions fisiològiques, cognoscitives i comportamentals que es desenvolupen amb un consum repetit de la substància” acompanyats d'un desig de consumir drogues (CIE-10, 2001:47). Per tant, aquests subjectes es veuen atrapats en

un món que gira al voltant d'aquesta substància on dediquen gran part del temps a trobar abundants quantitats al llarg del dia, durant mesos o fins i tot anys (DSM-IV, 2002).

Abús del Cànnabis: Quan les persones tenen un consum diari d'aquest i els porta a patir diversos problemes, tant escolars, laborals com familiars (DSM-IV, 2002)

h) Trastorns per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH)

Com bé diu el nom, aquest trastorn es caracteritza per la inatenció i la hiperactivitat dels infants diagnosticats. A vegades aquesta hiperactivitat pot comportar que aquests nen siguin impulsius. Aquesta falta d'atenció es pot mostrar a l'escola, en situacions socials o laborals. Els hi sol ser complicat acabar feines o tasques difícils i llargues d'una manera seguida i sense haver de parar contínuament. La seva feina sol ser bruta i descuidada; igual que fent tasques escolars on els infants solen produir errors per falta d'atenció. Aquests comportaments es poden veure en diverses situacions, ja sigui a l'escola, a casa o al carrer. Quan els infants diagnosticats presenten comportaments hiperactius, aquests van acompanyats d'impulsivitat i per tant, duen a terme diverses activitats (que podrien ser perilloses), sense adonar-se i sense ser conscients de les conseqüències que aquestes poden dur. (DSM-IV, 2002).

Tot i així, hi ha autors com Barkley, R.A., que defensen que el TDAH no és un trastorn d'atenció com a tal. En una conferència que es va dur a terme a Canadà a l'any 2010, va dir que en lloc de TDAH, hauria de ser Trastorn per Dèficit d'Intenció (TDI), ja que és una ceguera cap al futur, perquè les persones afectades no són conscients de que el futur ha d'arribar i quan arriba, tenen problemes per afrontar-lo. Diu que no és un trastorn de coneixement i que mai ho ha sigut, si no que és un problema per saber usar allò que ja saps (les capacitats que tens en aquell moment).

Una de les millors maneres de tractar el TDAH, és a base d'un tractament psicopedagògic (Mena, Nicolau, Salat i Tort, sense data). Aquest tractament ha de ser constant i amb perseverança, on el mestre ha de donar un suport constant al nen/a o adolescent (Departament d'Ensenyament, 2013). Com que són nois i noies que els costa controlar la impulsivitat i autocontrolar-se (Departament d'Ensenyament, 2013) se'ls ha d'ajudar a crear hàbits d'estudi, donar instruccions, explicar-los els continguts de

manera motivadora i dinàmica i assignar-los deures en quantitat justa, simple i clara (Mena, et al., sense data).

Com que són nois i noies amb problemes per inhibir les respostes associades al reforçament positiu, s'ha de treballar sobre això (Departament d'Ensenyament, 2013), per tant, una de les coses a tractar és l'autoestima perquè les creences cap a ells mateixos canviï; ja que des del moment del diagnòstic se'ls considera ganduls i ximpls (Mena, et al.).

i) Trastorn Depressiu

A continuació explicaré 3 tipus de trastorns depressius: lleus, majors i distímics.

Els Trastorns Depressius Lleus es caracteritzen per “la pèrdua d'interès i de la capacitat de gaudir i l'augment de la fatiga” (CIE-10, 2001:79).

El DSM-IV (2002:412) descriu les característiques dels Trastorns Depressius Majors per “un curs clínic d'un o més episodis depressius majors. L'estat d'ànim sol ser descrit com deprimat, trist, desesperançat, desanimat, a més d'estar associat a una mortalitat elevada” . Per poder diagnosticar aquest trastorn, no s'han de tenir en compte ni els estats d'ànims produïts per substàncies (drogues, medicaments, tòxics...), ni produïts per malalties mèdiques (DSM-IV, 2002).

Els Trastorns Distímics “són estats d'ànim crònicament depressius que estan presents la major part del dia de la majoria dels dies durant al menys dos anys” (DSM-IV, 2002:421-422).

I els Trastorns Depressius no Especificats, serien descrits per el DSM-IV (2002:427) com “aquells trastorns amb símptomes depressius que no compleixen els criteris pels trastorns depressius majors, trastorns distímics o trastorns adaptatius amb estat d'ànim depressiu”.

A través de l'estudi de Català-López, Gènova-Maleras, Álvarez-Martín, Fernández de Larrea-Baz i Morant Ginestar (2013), s'ha determinat que la malaltia que solen patir més les dones és la depressió. En el cas de que aquestes persones pateixin depressions molt greus es comencen a medicar, però en el moment en que hi ha millores i deixen el tractament, solen recaure en la malaltia (Acosta, Rodríguez i Cabrera, 2013:87). L'adherència sol aparèixer quan els pacients accepten aquest tipus de tractament perquè

la seva creença cap a la malaltia depèn de la gravetat d'aquesta. Malpass, Shaw, Sharp, Walter, Feder, Ridd, et. al., citats per Acosta, et. al. (2013:89) diuen que “resistir-se o rebutjar l'ús d'antidepressius podria ser una manera de no ser etiquetat com a mentalment malat”. Un d'aquests motius es deu a la por a l'addicció del medicament.

j) Trastorn Generalitzat del Desenvolupament (TGD)

“Es caracteritza per una pertorbació greu i generalitzada de diverses àrees del desenvolupament: habilitats per a la interacció social, habilitats per a la comunicació o presència de comportaments, interessos i activitats estereotipades” (DSM-IV, 2002:79). Per tant, tots aquells subjectes que es vegin afectats amb un TGD, presentaran comportaments inapropiats corresponents a la seva edat o del nivell de desenvolupament. Dins d'aquest trastorn en trobem cinc (explicats a continuació) que es solen diagnosticar al llarg dels primers anys de vida (DSM-IV, 2002).

- Trastorn de l'espectre autista (TEA): Explicar breument el TEA és complicat, ja que és un trastorn que encara s'ha d'investigar molt més. “Les característiques essencials són la presència d'un desenvolupament marcat anormal o deficient de la interacció i comunicació socials i un repertori summament restringit d'activitats i interessos” (DSM-IV, 2002:80). Els infants diagnosticats presenten dificultats tant en la interacció social com amb el llenguatge i comunicació. No solen comprendre allò que passa al seu voltant. A més, hi ha nens que no desenvolupen la parla fins anys més tard, o poden arribar a no desenvolupar-la. En els casos que els infants es comuniquen verbalment, no sempre ho fan de manera clara i concisa, ja que a vegades repeteixen paraules o frases sense cap tipus de sentit (DSM-IV, 2002)
- Trastorn de Rett: (o Síndrome de Rett) “La característica essencial és el desenvolupament de múltiples dèficits específics rere un període de funcionament normal després del naixement” (DSM-IV, 2002:86). Els infants diagnosticats presenten un retard psicomotor greu i un desenvolupament alterat del llenguatge expressiu i receptiu. Es sol associar amb un retard mental greu. Comença abans dels 4 anys de vida (habitualment entre el 1r o el 2n). De moment, aquest trastorn només s'ha diagnosticat en dones.

En el trastorn hi ha “un patró característic d’un creixement cranial a partir dels 5 mesos de vida” (DSM-IV, 2002:88). Les nenes que pateixen aquesta malaltia, a nivell físic perden la psicomotricitat a les mans. A més, poden produir-se altres fets com una falta de masticació adequada, episodis d’hiperventilació, haver-se d’humitejar les mans amb saliva, entre d’altres. La característica més important d’aquesta malaltia és la greu invalidesa mental que provoca (Bobes, 1999:427). Difereix del Trastorn Desintegratiu Infantil i del Síndrome d’Asperger.

- Trastorn Desintegratiu Infantil: “La característica essencial és una marcada regressió en múltiples àrees d’activitat rere un període d’almenys dos anys de desenvolupament aparentment normal” (DSM-IV, 2002:88). Entre els dos i els deu anys d’edat, els infants solen perdre significativament totes aquelles habilitats que havien adquirit anteriorment (normalment en les àrees de llenguatge expressiu o receptiu; habilitats socials o comportament adaptatiu, control vesical o intestinal, joc o habilitats motores). Igual que els autistes, presenten dificultats comunicatives i dèficits socials. A diferència del Trastorn de Rett, es veuen afectats més infants del sexe masculí que del femení (DSM-IV, 2002).
- Trastorn d’Asperger: (o Síndrome d’Asperger) “Les característiques més importants són la incapacitat greu i permanent per a la interacció social i la presència de pautes de conducta, interessos i activitats repetitives i restringides” (DSM-IV, 2002:91). Una cosa que diferencia a aquests infants dels autistes, és la adquisició del llenguatge, ja que els primers no presenten ni cap alteració ni cap retard. També es presenten interessos i activitats restringides i repetitives, amb una interacció social gairebé nul·la en els infants que pot anar variant amb l’edat. Igual que en el trastorn anterior, és més comú diagnosticar-lo en homes que no pas en dones (DSM-IV, 2002).
- Trastorn General del Desenvolupament No Especificat: Aquest és un trastorn que “es sol utilitzar quan existeix una alteració greu i generalitzada del desenvolupament de la interacció social recíproca o de les habilitats de comunicació verbal o no verbal, o quan hi ha comportaments, interessos i activitats estereotipades, però no es compleixen els criteris d’un TGD específic,

esquizofrènia, trastorn esquizotípic de la personalitat o trastorn de la personalitat per evitació” (DSM-IV, 2002:97).

k) Trastorn de Personalitat

“Un trastorn de la personalitat és un patró permanent i inflexible d’ experiència interna i de comportament que s’aparta acusadament de les expectatives de la cultura del subjecte, tenint el seu inici en l’adolescència o al principi de l’edat adulta” (DSM-IV, 2002:765). El CIE-10 (2001, 141) el defineix com “un trastorn greu del caràcter i de les pautes del comportament de l’individu, que normalment afecta a varis aspectes de la personalitat i que gairebé sempre s’acompanya d’alteracions personals i socials considerables”.

N’hi ha 11 tipus diagnosticats: t. paranoide de la personalitat, t. esquizoide de la personalitat, t. esquizotípic de la personalitat, t. antisocial de la personalitat, t. límit de la personalitat, t. histriònic de la personalitat, t. narcisista de la personalitat, t. de la personalitat per evitació, t. de la personalitat per dependència, t. obsessiu-compulsiu de la personalitat i t. de la personalitat no especificat.

D’aquests onze, parlaré del *Trastorn de la Personalitat No Especificat*, ja que una de les alumnes que vaig tenir al’HDA presentava aquest trastorn. Una de les característiques és que el subjecte en qüestió presenti varis dels trastorns específics. Ella, l’Esther, en presentava varis com: el trastorn límit de la personalitat, trastorn histriònic de la personalitat i trastorn narcisista de la personalitat.

- Trastorn Límit de la Personalitat és “un patró d’ inestabilitat en les relacions interpersonals, l’autoimatge i els afectes, i d’una notable impulsivitat” (DSM-IV, 2002:765). A més, com que pot ocasionar una sensació de buit personal, les persones afectades quan s’impliquen de manera intensa a les relacions (que solen ser inestables), poden causar crisis emocionals i fins i tot, amenaces suïcides o actes agressius (CIE-10, 2001).
- Trastorn Histriònic de la Personalitat “és un patró d’ emotivitat excessiva i demanda d’atenció” (DSM-IV, 2002:765). Les persones solen presentar comportaments bastant teatrals, tenen comportaments i aparença inapropiadament seductores... entre d’altres (CIE-10, 2001).

- Trastorn Narcisista de la Personalitat “és un patró de grandiositat, necessitat d’admiració i falta d’empatia” (DSM-IV, 2002:765).

1) Trastorn Psicòtic

“La característica essencial del trastorn psicòtic breu és una alteració que comporta l’inici sobtat de, al menys un dels següents símptomes psicòtics positius: idees delirants, al·lucinacions, llenguatge desorganitzat o comportament catatònic o greument desorganitzat” (DSM-IV, 2002:370). En aquest trastorn no sol haver causes orgàniques com commocions cerebrals, delirium o demència (CIE-10, 2001). Sol aparèixer a l’adolescència o al començament de l’edat adulta. Els episodis solen durar almenys un dia, però no més d’un mes. A vegades la persona afectada pot arribar a escoltar veus, però com aquestes no són de llarga duració, no es consideren com a anormals a l’hora de dur a terme el diagnòstic. No es sol associar a un trastorn de l’estat d’ànim que té la persona i tampoc a una esquizofrènia. En Ferran era un dels nois que va ser diagnosticat amb un trastorn psicòtic. Patia bulling a l’escola i sentia que tothom el mirava. Va estar ingressat (ingrés complet al llarg d’una setmana i mitja aproximadament) a un altre centre on deia que escoltava veus i veia coses (com ombres, persones...) (DSM-IV, 2002).

A més del Trastorn Psicòtic Breu, també existeix el trastorn Psicòtic Compartit (el subjecte A és amic del subjecte B que pateix un trastorn psicòtic amb idees delirants. El B acaba transmetent les idees l’A i tots dos acaben patint aquest trastorn. D’aquí el nom de compartit); el Trastorn Psicòtic Causat a una Malaltia Mèdica (al·lucinacions i idees delirants causades fisiològicament per una malaltia mèdica); Trastorn Psicòtic Induït per Substàncies (al·lucinacions i idees delirants causades per una substància, com drogues o medicaments. Aquest no és un Trastorn Psicòtic Primari) i Trastorn Psicòtic no Especificat (Informació psicòtica de la qual no es té una informació adequada per diagnosticar de manera específica). (DSM-IV, 2002)

Moreno-Granados, et al. (2014), expliquen que existeixen proves amb pacients amb un primer episodi de psicosis en la infància i l’adolescència, que tenen problemes en la memòria.

2.2. Els adolescents en situació de risc

Ens adonem que la situació cada cop s'està agreujant més i per tant, els diagnòstics psiquiàtrics van creixent. Sobre aquest tema, l'OMS (2013) afegeix que una gran problemàtica és que persones amb trastorns mentals solen ser discriminades i estigmatitzades, acabant en una situació de rebuig i aïllament. Això encara accentua més que tant les famílies com les pròpies persones no vulguin rebre atenció mèdica i es privin d'aquests serveis que els poden donar ajuda i suport.

Aquesta situació ocasiona que nens i adolescents estiguin en situacions de perill i per tant que el seu comportament sigui de risc. Aquestes conductes, "constitueixen un conjunt de comportaments que les seves conseqüències poden i solen ser nocives per la salut física o mental" (Toro, 2010:147), de manera que els nois/es es converteixen en usuaris de "certes substàncies tòxiques, la conducta sexual sigui precoç, apareguin practiques sexuals de risc, la conducció sigui temerària, aparegui la conducta homicida o suïcida, o els trastorns de l'alimentació" (Tamari, 2008:22). Pont (2008:24) afegeix que "per determinar una situació de risc, el que s'ha de tenir en compte és el procés, i no la variable". Segons com sigui el primer, la persona afectada es pot veure davant d'un factor de vulnerabilitat. Aquesta és una afirmació que es podria posar en dubte davant de cada cas i situació. Però clar, per arribar a aquestes situacions de risc, s'ha de tenir en compte que la personalitat i l'entorn on es troba l'adolescent és molt important (López i Castro, 2007).

Es podrien anomenar varis factors de risc en que els nois/es puguin arribar a patir aquest tipus de conductes. Primer de tot s'ha de tenir en compte que, "el factor de risc està específicament referit a característiques individuals o de l'entorn immediat que exposen al noi o a la noia a perills relacionats amb la integritat física o amb el seu desenvolupament psicològic i social" (López i Castro, 2007:279).

Tornant al que Pont i Serra va dir, s'ha de tenir en compte el procés, però si un adolescent es troba en una situació de pobresa, aquesta pot afectar tant a la salut física com mental del noi/a (Toro 2010). En aquest cas, hauríem d'analitzar quina és la situació real i el grau de pobresa que aquesta persona pateix, per poder determinar si de veritat és la variable la que pot afectar-la o si és el procés d'adaptació a aquest nivell de vida.

Però si ens poséssim a analitzar diversos factors desencadenants de conductes de risc, en podrien sortir vàries. Toro (2010), ens proposa algunes: la implicació dels pares amb els seus fills, la pèrdua de relació familiar, l'estrès, l'absentisme escolar i ser víctima de violència.

Per començar, la implicació dels pares amb els seus fills. Quan un nucli familiar és estructurat, les relacions i comportaments dels fills no solen ser tan conflictius com en les famílies amb nuclis desestructurats. Per tant, tot el suport que reben els fills per part dels seus progenitors, ajuda a evitar problemes conductuals, ansietat i depressió. (Cava, Musitu i Murgu, 2006; Martínez, et al., 2008; Martínez, et al. 2009. Citat per Pereira, 2011). En els casos amb famílies més desestructurades o on la implicació dels progenitors (sexu masculí) cap als seus fills és inexistent, “aquests solen experimentar dificultats generals i desenvolupen conductes hiperactives. (Flouri, 2008. Citat per Toro, 2010). Per contra, la seva implicació s'associa a tenir fills adolescents amb més conducta prosocial, menys símptomes emocionals, menys problemes de conducta i menys problemes amb companys” (Toro, 2010:98).

Aquí lliguem l'absència de supervisió per part dels pares. Aquests poden evitar conflictes de manera immediata, però a la llarga pot resultar perillosa. Per tant, “la implicació correcta i suficient dels pares en la vida dels seus fills adolescents, afavoreix el desenvolupament d'una Salut Mental. (Toro, 2010:100)”.

Lligat amb el punt anterior, apareix la pèrdua de relació amb els pares. I per tant, tenir una mala relació amb ells, augmenta les possibilitats de que aquests adolescents siguin més conflictius.

L'estrès és el tercer factor que pot desenvolupar conductes de risc. Aquestes situacions estressants, solen donar-se en l'ambient familiar quan hi ha una desorganització on l'adolescent no es sent ni còmode ni segur (Toro, 2010).

El quart possible factor de risc és l'absència escolar. El fet de no anar a l'escola o “fer campana” (com es sol dir col·loquialment), fa que molts alumnes pateixin conductes perilloses. El fracàs escolar baixa l'autoestima de l'alumnat, fent que es produeixi un absentisme i acompanyat d'un consum de drogues (Toro, 2010).

Finalment, trobem ser víctima d'un maltractament. Aquest “és el factor més potent associat a la violència juvenil, tant en nois com en noies (Blum, J., Ireland, M., i Blum,

W.R., 2003, citat per Toro, 2010). Els adolescents violents presenten un 50% més d'antecedents de maltractament que els seus coetanis no violents" (Aceves, M., i Cookston, J., 2007, citats per Toro, 2010:247).

Com que aquests factors de risc poden derivar al diagnòstic de trastorns mentals, és necessària la implicació en el tractament dels pares per una millora en la situació dels seus fills (Castro-Fornieles, 2013). Però tot i que els pares han de ser partícips en el procés de tractament dels seus fills, moltes vegades es té una creença i una informació errònia sobre els centres de salut mental i fa que puguin desvincular-se. La primera d'elles, és que aquest tipus d'institucions "curen" a les persones només al assistir-hi (López i Castro, 2007). I la segona és per la poca informació que es facilita als ciutadans sobre aquests serveis (els centres que hi ha, què s'hi fa, on poden atendre's aquestes problemàtiques...) i per tant, nens i adolescents no rebin l'ajuda necessària (Castro-Fornieles, 2013).

Per intentar evitar que totes aquestes conductes de risc apareguin s'han d'intentar crear vincles amb l'adolescent des de l'àmbit familiar, l'àmbit social i l'àmbit escolar. El fet de tenir una bona relació amb les seves "autoritats", ajuda al noi/a de manera que aquest pugui orientar-se correctament i pugui prendre decisions per ell mateix, ja que es potencia. Així com que "les pràctiques familiars més inhibidores per les conductes de risc, són una correcta supervisió educativa i un bon nivell de calor afectiu per part dels pares, juntament amb el subministrament de reforç positiu i d'atenció assistencial" (Toro, 2010:154) La comunicació també juga un paper important, ja que tant els pares com els propis nois/es són conscients dels riscos que poden aparèixer i la responsabilitat que han de tenir en ambdues posicions.

2.2.1. La família

Veiem que el paper de la família és fonamental per les conductes de risc dels adolescents. Però clar, com hem vist anteriorment, aquestes poden convertir-se en un factor de risc important. Es pot demostrar pels quatre tipus de família que Royo (2008), ens exposa en el seu llibre:

- Sobreprotectores: Totes aquelles que presenten comportaments de protecció excessiva cap als seus fills, de manera que els acaben consentint i eliminant la seva autonomia. Això el que provoca és que maximitzin els èxits i redueixin els

fracassos; sobretot en l'àmbit escolar on desqualifiquen als mestres per les baixes notes abans que qüestionar als propis fills.

- Permissives: Hi ha una manca de límit cap als seus fills, de manera que els pares estan confusos sobre el què és disciplina i què és autoritarisme. Quan el rendiment acadèmic del fill és baix, ni culpabilitzen ni qüestionen el fill, ni tampoc s'impliquen en l'àmbit escolar.
- Delegatives: és un model basat en la poca comunicació familiar. Les necessitats dels pares es sobreposen a les dels seus fills, de manera que no es preocupen per les problemàtiques que poden patir els seus fills. Apareix aïllament i distanciament en el nucli familiar, ja que la relació no és ni participativa ni comunicativa.
- Corresponsabilitzadores: Són pares que “han afavorit que les responsabilitats de cadascú es compleixin i a la vegada, estiguin en revisió continua” (Royo, 2008:221). En aquest cas els fills veuen als seus pares com a referents, ja que aquests tenen una autoritat moral. Dins del nucli familiar es treballen els valors i la resolució de problemes que poden sorgir entre els membres de la família. D'aquesta manera, els pares assessoren les situacions difícils abans d'intervenir-hi directament.

Els tres primers casos poden observar-se com uns clars factors de risc pels adolescents. Sobretot en aquelles famílies en les que hi ha problemes a l'hora de marcar límits, ja que els pares s'acaben acomodant a ells per por als comportaments que poden desenvolupar i per evitar situacions en les que s'hagin d'enfrontar amb els seus fills (Royo, 2008). Afegeixo que, hi ha situacions en que les relacions paternals són en forma d'amistat i per tant, no creen una rivalitat entre pare i fill. D'aquesta manera l'autoritat del progenitor desapareix i els límits són inexistents. Aquests factors desapareguts són determinants pel procés de identitat personal del noi/a en qüestió (López i Castro, 2007). I quan una situació determinada és complicada, els pares tenen una inseguretats a l'hora de com educar els seus fills per la independència que aquests han agafat i l'autoritat que el pare o mare ha perdut (Royo, 2008).

Tot i així, hi ha casos en que els adolescents desenvolupen conductes de risc per la dependència cap a altres que han tingut al llarg de la seva vida. Es trobaran insegurs

“davant les noves situacions i requeriran en major mesura del resguard patern o desplaçaran la seva dependència cap a altres relacions on ocuparan un lloc de submissió a canvi de seguretat” (López i Castro, 2007:272). Aquestes relacions socials (els amics) són un paper clau en les conductes de risc. Sobretot quan els nois/es es deixen influenciar pels líders de grup, modificant les seves conductes i opinions (Toro, 2010).

Això ocasiona que acabin patint desmotivació i autoestima, causada per diversos factors com el consum de substàncies depressores del sistema nerviós, les relacions familiars conflictives, els càstigs desmesurats o el rebuig per part del professorat... entre molts d'altres. Tot i que aquestes variables puguin no mostrar-se amb claredat, l'adolescent les interioritza de manera que converteix el seu comportament de manera aïllada, introvertida o en estat de tristesa general. Per poder-ho evitar el paper dels pares ha de ser fonamental, en el que transmetin missatges esperançadors i d'optimisme cap als seus fills, i així ajudar-los a augmentar l'autoestima (Royo, 2008)

2.2.2. L'escola

Tots aquests nois i adolescents que solen rebutjar l'ajuda del sistema educatiu, i per tant, es desvinculen en gran part d'ell, solen desenvolupar una situació de vulnerabilitat i de risc d'exclusió social. En canvi, tots aquells que finalitzen els estudis obligatoris i continuen cap a estudis posteriors, estan en una situació d'integració. (Uceda, Matamales i Montón, 2011). Aquests mateixos autors citen el VI Informe FOESSA on s'ha vist que l'educació és un dels factors amb major influència a l'hora de determinar les trajectòries vitals de les persones.

Aquest és un punt important i vital a l'hora d'intentar evitar situacions d'exclusió social, que determinin conductes de risc per part dels adolescents. Però per evitar que això no passi, dins dels mateixos centres escolars s'haurien d'evitar situacions de segregació que acabin actuant com a factors de risc.

Uceda, et al., (2011), van veure que en el període de 2001-2006, el fracàs escolar va ser un factor determinant a l'etapa d'escolarització obligatòria. Entre un 29% i 30% dels estudiants van ser influïts per aquest factor. Molts d'aquests nois i noies, venen de situacions econòmiques desfavorables, on les seves metes culturals s'estableixen basant-se en les seves condicions de vida. Afegint que quan se'ls sol excloure d'un sistema educatiu per aquest fracàs, ells han d'acabar actuant d'una manera que els

augmenti l'autoestima, i molts cops, acaba en actes delictius (Coy i Martínez, 1988, citat per Uceda, et al. 2011).

Aquests tres autors van fer un estudi per determinar si el fracàs escolar afectava a la delinqüència juvenil i van adonar-se que treure millors o pitjors resultats no era el determinant per tenir conductes delictives, si no, que aquestes determinaven el grau del delicte que cometien. Els autors de l'article, han pogut determinar que molts dels adolescents de l'estudi que presenten actes delictius consolidats, van deixar l'ESO entre primer i segon. Les dades són molt similars en els adolescents que inicien conductes de delinqüència i adolescents que estan en una trajectòria moderada, que deixen els estudis obligatoris entre segon i tercer curs.

El fet de que aquests adolescents puguin acabar amb aquest comportament, es pot determinar per les etiquetes negatives que es posen a l'escola (Uceda, et al., 2011). Les creences negatives cap a ells, els afecten de tal manera, que creuen que no podran fer res més i el millor és comportar-se així.

2.2.3. Resiliència

Hi ha persones que poden arribar a patir situacions desagradables i que no ajudin a una millora personal. Però, pot ser que “en situacions marcadament traumàtiques, de privació extrema, d'amenaça greu o d'estrès important, algunes persones aconsegueixen resistir. A aquesta capacitat singular se l'ha denominat resiliència” (Cabanyes, 2010:145-146). Perquè aparegui la resiliència ha d'haver tant situacions o factors de risc com factors i mecanismes de protecció que ajudin a aconseguir un resultat positiu o redueixin o evitin un resultat negatiu (Pont, 2008:30).

Cabanyes (2010:146) cita a Rutter qui defineix la resiliència com “el fenomen pel que els individus aconsegueixen relativament bons resultats tot i estar exposat a experiències adverses”.

S'inclouen dins la resiliència a totes aquelles les persones que tot i viure en situacions desfavorables, aconsegueixen seguir endavant malgrat que puguin arribar a estar en situacions de risc. Perquè la persona ho aconsegueixi, en aquesta han d'influir tres factors: personal, familiar i extrafamiliar (Werner, citat per Cabanyes, 2010).

Finalment, afegir que “la resiliència és un procés dinàmic que es centra en la capacitat humana de seguir endavant, superar i comprendre situacions traumàtiques, conflictives i estressants” (Moreno, 2011:67). Aquest és un treball que s’hauria de poder fer amb tot els adolescents en situacions de risc, amb infàncies desfavorables i amb situacions traumàtiques.

2.3. Teories psicològiques: conductisme, cognitivisme i humanisme

Com ja sabem, la psicologia és l'estudi del *psique*, o ànima, de la persona. A més, aquesta ciència es pot desglossar en vàries branques com la psicologia de l'educació, la clínica o de la salut, la social, la forense, de l'esport... entre d'altres. Per aquest treball em centraré en les dues primeres ja que tracto un tema educatiu en l'àmbit sanitari.

Per tant, en aquest apartat parlaré de la psicologia educativa. Aquesta va més enllà de l'estudi de l'ànima, ja que no es limita a aplicar els coneixements psicològics en el món educatiu o més concretament, a l'aula. Wittrock (1992:138), citat per Woolfolk (1999:11), descriu “la psicologia educativa com una disciplina diferent, amb les seves pròpies teories, mètodes d'investigació, problemes i tècniques, ja que, difereix de les altres branques de la psicologia perquè té com a meta principal la comprensió i millora de l'educació”. Per tant, el que la psicologia de l'educació vol és resoldre i millorar el procés d'ensenyament – aprenentatge (Sprinthall, Sprinthall i Oja 1996; Woolfolk, 1999).

Dins de la psicologia trobem diverses teories de les quals explicaré tres corrents: Conductisme, Cognitivisme i Humanisme.

2.3.1. El Conductisme.

“El conductista es pregunta: per què no fem del que podem observar el veritable camp de la psicologia? Limitem-nos al què és observable, i formulem lleis només relatives a aquestes coses. Ara bé: què és el que podem observar? Podem observar la conducta – El que l'organisme fa o diu.” (Watson, 1972:23). Per tant, després d'aquesta cita, veiem que aquesta teoria es centra en l'estudi de la conducta de la persona i el seu comportament davant de certes situacions (Watson, 1972). Una de les seves característiques principals es converteix en la modificació de la conducta de l'ésser humà.

Sprinthall et al., (1996) cita a Watson, Thorndike i Pavlov, que diuen que l'aprenentatge de les persones consisteix en estímul-resposta. Perquè aquests estímuls generin una resposta adequada i bona, en la que el nen/a, noi/a aprèn i per tant el seu desenvolupament intel·lectual sigui millor, cal que els hi proporcionem d'una manera moderada. És a dir, com més estímuls rebem millor, però sense arribar als extrems d'una

enorme varietat on la persona es pugui frustrar, o on no hi hagi cap tipus de variació, que acabarà generant avorriment (Sprinthall, et. al., 1996; Ortiz, 2009).

Afegeixo que el fet d'induir un estímul i per tant, modificar la conducta i pensament d'una persona davant d'una situació, fa que aquest fet es consideri una *resposta emocional condicionada* (Watson, 1972). Condicionar una resposta emocional es pot fer de moltes maneres. Una d'elles, i que té molt de pes a l'aula amb infants, és el reforç positiu i el negatiu. El primer d'aquests, consisteix en que si els educands fan allò que se'ls demana de manera correcta, obtenen un premi a canvi. Aquesta recompensa no és la mateixa per a tots, ja que s'han de tenir en compte els interessos, els esforços... entre d'altres. Tot i així, tampoc ha d'existir una inclinació del mestre cap a uns estudiants i per tant no beneficiar-los més que a d'altres. En canvi, el reforç negatiu consisteix en "la eliminació d'un estímul aversiu per produir un increment de la freqüència de la resposta" (Sprinthall, 1996:206).

Amb aquest tipus de metodologia (teoria), veiem com els estudiants són estimulats per produir una resposta per obtenir una recompensa a canvi. D'una manera indirecta, els condicionem perquè facin allò que el mestre vol. El problema d'aquesta teoria, és que pot produir que els estudiants prefereixin treballar per aconseguir aquests premis, en lloc d'esforçar-se per produir un aprenentatge significatiu del que els han manat fer. Crec que un excés d'estímul negatiu i positiu pot perjudicar als nois/es, ja que en el moment en que aquests són retirats, la conducta dels infants pot empitjorar i tota la millora que s'havia produït, no servir per res. Com he mencionat unes línies més amunt, un altre problema d'aquest mètode educatiu és que l'alumne no produeixi uns aprenentatges significatius. Tot allò que se'ls ha pogut transferir, pot no haver estat útil per ells per no haver processat la informació rebuda i per no haver-la assimilat.

Per finalitzar aquest apartat, vull afegir una de les idees de Pérez (1996), que ens explica que Watson era més bon teòric que pràctic. Tot i que va crear la teoria del conductisme, a la pràctica no va ser el que millor va aplicar-la. Però a partir d'aquesta teoria, va començar a haver un canvi en psicologia i el conductisme segueix essent el mateix (tractament i observació de la conducta).

2.3.2. El Cognitivisme

Respecte el nom d'aquesta teoria, ens adonem que està relacionada amb la cognició i el que busca és “entendre el procés cognitiu de la persona com la manera que té cada individu de resoldre les diferents situacions problemàtiques” (Timoneda, 2006:15). Alabau (2003:49) afegeix que “aquesta teoria té per objectiu fer anàlisi científic dels processos mentals i estructures de memòria amb la finalitat de comprendre la conducta humana, descriure la psicologia de com la gent adquireix, emmagatzema, manipula i utilitza la informació”. Salvador-Carulla i Aguilera (2010:139) ho complementen com que és la “teoria que sosté que les funcions mentals poden entendre's mitjançant mètodes científics i que aquestes funcions poden descriure's com models de processament de la informació”.

Per tant, veiem que es relaciona amb la ment i amb les funcions que fa el cervell. Es centra en entendre i comprendre la percepció, la memòria, el llenguatge, la visió i el pensament (Parkin, 1999; Bruning, Schraw, Norby i Ronning, 2005). Aquesta és una teoria posterior al conductisme, ja que sorgeix gràcies a ell a la dècada dels 70 (Timoneda, 2006).

Extret d'una visió més informàtica, s'usa la metàfora de que el cervell és com un ordinador a l'hora de processar la informació. L'entrada d'informació faria referència a uns inputs que generen outputs, després d'haver assimilat i organitzat la informació exterior.

Amb aquesta teoria el que volem és que les persones (i estudiants), construeixin significats i donin sentit allò que se'ls està ensenyant. Es pretén desenvolupar la capacitat cognitiva de les persones a través de resolucions de problemes. Bruning, et al., (2005) citen a Thorndike (1911) que diu que la resolució de problemes consisteix en un assaig - error, i a Dewey (1910) que per contra, defensa que és un procés conscient i de manera intencionada. Això es relaciona molt amb la percepció que tenen les persones al rebre una informació externa, ja que segons com la reps, el processament pot ser d'una manera o d'una altre (Bruning, et. al., 2005).

Aquest mateix autor ens cita a Bandura (1997), qui ens diu que per poder realitzar una tasca de manera correcta (i per tant, poder dur a terme correctament aquest processament d'informació), hem de tenir una gran autoeficàcia. Això ens ajudarà a

l'hora d'adquirir coneixements i per tant, aconseguir un aprenentatge significatiu (Timoneda, 2006).

Cal remarcar, que hi ha dos autors (citats per Sprinthall, et al., 1996) que defensen que aquesta percepció i aquest processament d'informació es veuen molt influïts pels agents (o estímuls) exteriors. El primer d'ells, Vigotsky, diu que la interacció social és la clau per tenir un bon desenvolupament cognitiu. En canvi, Piaget, ens diu que la interacció ha de ser amb l'ambient perquè això passi. Però hem d'adonar-nos, que si aquests dos factors són estimulants, una unió d'ells encara pot potenciar més el desenvolupament cognitiu de la persona.

Dins d'aquesta mateixa teoria, també podríem entendre que “la intel·ligència és un fenomen mental consistent en el processament de la informació” (Timoneda, 2006:23). Aquest és un tema que mencionaré més endavant (sense donar-li una rellevància important).

2.3.3. L'Humanisme

L'humanisme és la teoria que es basa en la persona com a centre. Es busca una actitud general en contra de l'autoritat i el control per part de la societat (Maslow, 1987). S'intenta potenciar a la persona buscant el seu desenvolupament màxim fins que arribi al grau màxim de la humanitat, així com, a l'autorealització (Maslow, 1987).

El que busquem de la persona és que s'accepti i sigui lliure. Aquesta ha d'aconseguir ser responsable amb l'ajuda d'un orientador. La teoria vol que la persona sigui autònoma i per aconseguir-ho, se l'ha de tractar com a tal (Rogers, 1980).

Tot i que pugui utilitzar-se la teràpia, aquesta es fa d'una manera saludable per a la persona. Això es fa d'aquesta manera perquè “el centre d'atenció és l'individu i no el problema. L'objectiu no és resoldre un problema particular, si no, ajudar a l'individu a créixer, de manera que ell pugui fer front a l'actual problema i a problemes posteriors d'una manera integrada” (Rogers, 1980:3). Per tant, el que persegueix és que la persona es responsabilitzi i creixi per arribar a autorealitzar-se.

Per poder aconseguir acompanyar a la persona, el terapeuta (o educador), ha de seguir els tres principis de Rogers (1980): congruència, respecte positiu i empatia.

- Congruència: el professional ha de mostrar-se sincer davant la persona, ser transparent. Com més autèntic és el referent, més canviarà i creixerà de manera constructiva la persona.
- Respecte Positiu: es basa principalment en l'acceptació de la persona. És a dir, el professional ha d'estimar d'una manera total a l'individu. Ha de tractar-la pel que és (una persona) i no pel que se l'ha etiquetat.
- Empatia: és el saber-se posar en el lloc de l'altre. Ha de poder captar els sentiments de l'altre persona i mostrar-li que la comprèn.

Un cop la persona és ajudada, se la intentarà guiar perquè trobi el seu camí fins arribar a ser acceptada per ella mateixa. Ha de poder valorar de quina manera és, quines capacitats té i quines són. La feina del terapeuta (o educador), és potenciar els aspectes positius de la persona, deixant de banda els negatius. L'autorealització és un dels aspectes més importants per poder-ho aconseguir, per això Maslow (1987:71-75) explica que hi ha vuit maneres de fer-ho:

- 1) Viure sense timidesa, per aconseguir que la persona sigui total i plenament humana.
- 2) Considerar la vida com un procés d'eleccions successives: progressives i regressives.
- 3) Anar-se actualitzant.
- 4) Tenir una actitud sincera davant els dubtes.
- 5) Escoltar-se a si mateix
- 6) Actualitzar les pròpies potencialitats
- 7) Tenir bones experiències i moments d'èxtasi.
- 8) Descobrir-se a un mateix

2.4. Neuropsicopedagogia

La Neuropsicopedagogia “és l'especialitat en la que convergeixen varies ciències, com la neurologia, la pedagogia, la psicologia i l'educació. Avaluada, diagnosticada i ofereix tractament especialitzat en problemes de llenguatge, aprenentatge, conducta i acompliment escolar” (Fabiana, 2014).

Pérez i Timoneda (1998:3), en la Unitat de Neuropsicopedagogia de l'Hospital Trueta van crear un model propi de diagnòstic: Model Humanista-Estratègic. “Aquest model es basa en la cognició, la teoria PASS i en la part emocional, en la teoria del processament de les emocions - teoria dels comportaments emmascaradors”.

2.4.1. Emocions

Mora (2013:65) ens descriu l'emoció com “*una conducta que inclou tots els canvis que es produeixen en el cos disparats per un ampli rang d'estímuls que venen de tot quant envolta a l'individu (o que també poden produir-se des de l'evocació de la memòria de tals estímuls) i que indiquen recompenses (plaer) o càstig (dolor). Emoció és també el mitjà de comunicació més poderós que existeix i amb el que s'han mantingut vives milions d'espècies animals (en particular els mamífers, i més en particular, els éssers humans).*” Amb Damasio (2011b:40) afegeixo que “tenim emocions primer i sentiments després perquè l'evolució va donar primer les emocions i després els sentiments. Les emocions estan construïdes a força de reaccions simples que promouen sense dificultat la supervivència d'un organisme, i d'aquesta manera van poder persistir fàcilment en l'evolució”.

Les emocions són les encarregades de que les persones siguem curioses i puguem mantenir l'atenció cap a allò que ens produeix interès cap als nous descobriments i noves informacions, en qualsevol determinada situació com és a l'aula o al carrer (Mora, 2013). Aquest mateix autor, afegeix que quan aquestes són inexistents, apareixen problemes –greus- de conducta en les persones. Destaca als infants a les aules, on aquests poden tenir dificultats per aprendre o memoritzar. Per tant, aquestes són les que ens ajuden a treure beneficis en determinades situacions, ja sigui a través de la por (evitem perills), la felicitat (facilitant les relacions socials), la tristesa, simpatia, vergonya i la repugnància (Damasio, 2011b).

Lligat a les emocions, apareixen els sentiments. Damasio (2011b:156) ens diu que “existeixen proves creixents de que els sentiments, juntament amb els apetits i les emocions que amb més freqüència els causen, desenvolupen un paper decisiu en el comportament social” (2011:156).

Les emocions van lligades amb el sistema límbic (Mora, 2013), que es podria entendre com el cervell emocional (Wallin, 2012:120).

2.4.2. Sistema Límbic: l'Amígdala

Wallin (2012:120) afegeix que l'amígdala “és també essencial per la memòria, l'aprenentatge i la motivació”. Aquests són temes que tractaré més endavant.

L'amígdala seria “la porta sensorial del sistema límbic” (Wallin, 2012:120). Aquesta és l'encarregada de emmagatzemar la informació emocional que anem rebent des de petits. Totes aquelles situacions viscudes siguin tant positives com negatives, l'amígdala les va recordant i en diverses situacions ens fa actuar d'una manera o d'una altra.

En situacions d'amenaça, en les quals la seguretat es veu afectada, l'amígdala respon i actua de la manera que creu convenient, la podríem interpretar com si fos un “gos guardià” que està descansant i quan sent un perill a prop, es col·loca en posició de defensa. Les situacions de perill en les que ens podem trobar no necessàriament han de ser físiques (com estar en un bosc de nit i sentir que algú et persegueix o hi ha alguna cosa disposada a atacar-te), sinó, que també poden ser pors psíquiques. És a dir, pors en les quals el patiment no és físic si no mental. Un exemple clar és l'examen del carnet de conduir. En situació de perill i nervis, l'amígdala et pot fer actuar de diverses maneres com bloquejar tota la informació sobre el canvi de marxes i per tant, pots arribar a no saber usar-lo. Damasio (2011a:190) ens explica que això ocorre, perquè “estem connectats per respondre amb una emoció, de manera preorganitzada, quan es perceben determinades característiques dels estímuls del món o del nostre cos, soles o en combinació” .

Quan aquest perill pot ser constant, les persones poden desenvolupar conductes emmascaradores. Les conductes emmascaradores, són “conductes encaminades a l'autodefensa o autoengany” (Goleman, 1995 citat per Timoneda, 2006). Aquesta mateixa autora, afegeix que aquest tipus de comportaments solen ser incongruents i es

presenten d'una manera exagerada per fer que les persones externes prestin atenció a la que ho demana. En el moment en que els comportaments no són congruents, ens adonem que darrera d'allò hi ha alguna cosa, en la qual, hem de fer cas al llenguatge corporal de la persona. Per tant, “la teoria dels comportaments emmascaradors diu que quan processem informació en el transcurs d'una experiència que hem viscut ocorre que si la sensació processada és de dolor psíquic, llavors per un mecanisme inconscient automàtic es desencadena una resposta de defensa en forma de conducta emmascaradora que, una vegada es posada en acció, és detectada per la consciència com aquella conducta, però és inconscient en el seu origen, això és, l'origen del malestar emocional” (Pérez i Timoneda, 2000:105-106). Tot i així, a vegades aquest tipus de conductes poden actuar de manera analgèsica (Mayoral, 2002).

Com que els nostres actes venen determinats per allò que creiem (fonamentat en el món emocional), “quan posem en marxa conductes de defensa, aquestes són fruit del malestar inconscient que sentim a causa de la inseguretat que ens genera un bagatge de creences d'identitat molt negatives” (Timoneda, 2006).

2.4.3. La Teoria PASS

“La teoria PASS, entén la intel·ligència com un fenomen mental consistent en el processament cerebral de la informació que entra per via visual, auditiva o cinestètica i surt per via verbal o no verbal” (Pérez i Timoneda, 1998:3). Mayoral (2002:83) cita a Das, et al. dient que “el model d'integració de la informació entén la cognició com el procés cerebral de la informació que accedeix al sistema nerviós central per les diverses vies d'accés possibles, a saber: visual, auditiva, tàctil, etc.” I que tota aquesta rebuda d'informació i processament cerebral, l'entnem gràcies a la Teoria PASS.

Aquesta teoria va ser creada per Luria, gràcies a les lesions cerebrals dels seus pacients, va poder crear una descripció de quatre processos cognitius que interactuen entre ells (Timoneda, 2011).

Aquests processos van en mans de les sigles PASS, que volen dir: Planificació, Atenció, Simultani i Seqüencial. Aquestes quatre parts fan referència a quatre processos cognitius. Podríem entendre aquests processos com una taula de quatre potes (cadascun fa referència a una pota de la taula), per tant, si un d'aquests falla, la taula estarà coixa i

això també passa amb el cervell. Si un dels quatre processos està fallant, és que el cervell no va del tot bé.

Segons aquesta teoria, una persona produeix aprenentatges significatius gràcies a aquests processos mentals (Pérez i Timoneda, 2000), però tot depèn de si algun d'aquests processos no funciona correctament. Per entendre-ho millor, a continuació faré una breu descripció dels quatre processos:

- Atenció: Aquest procés “ens permet copsar i deixar entrar la informació de manera controlada i voluntària” (Timoneda, 2006:25). Alabau (2003:64) ho amplia com “una activitat psíquica necessària per la conscienciació de coneixements”. Per tant, l'atenció faria referència a una llanterna. Aquesta té el focus de llum allà on tu vols enfocar i veure-hi; així que aquest és un procés controlat i voluntari.. Cal remarcar, que aquest procés cognitiu ni fa referència, ni és el mateix que les conductes d'atenció que hi ha a les aules (com dir que els infants tenen TDAH si no fan cas a les aules, entre d'altres) (Timoneda, 2006).
- Simultani: per processar la informació es necessita una memòria a llarg termini, de manera que ens permeti comprendre i entendre aquella informació que rebem. Aquest procés, “dona un sentit al tot i no a les parts” (Alabau, 2003:65 i Timoneda, 2006: 27). Mayoral (2002:86) complementa la informació dient que el procés “relaciona qualsevol aspecte amb els altres en un moment determinat”. Aquest procés és el que opera mentalment a través d'imatges donant sentit als conceptes i establint relacions entre ells (Timoneda, 2012).
- Seqüencial: Al contrari del procés anterior, en aquest necessitem la memòria a curt termini, ja que “donem sentit a les parts i no a la totalitat” (Alabau, 2003:65 i Timoneda, 2006:27). La persona processa la informació de la seqüència i d'aquesta manera resol la tasca pas a pas. Els elements no estan relacionats entre ells, simplement, que un va darrera l'altre i integrant-se un ordre concret (Mayoral, 2002). Aquest procés cerebral és l'encarregat de la memorització i l'associació de conceptes; però no entén els significats, ja que ho fa arbitràriament (Timoneda, 2012).

Els dos conceptes explicats anteriorment, estan relacionats entre ells, ja que per processar la informació necessitem tant memòria a llarg termini, com a curt

En aquesta bateria de tests s'han de dur a terme un conjunt de tasques, amb les quals aconseguir un indicador/índex que ens dirà a quin nivell està el cervell en aquest moment, tant a nivell cognitiu com emocional. Per dur-lo a terme és molt important la valoració qualitativa, tant de les nostres observacions com de les que l'infant o adolescent ens han dit (Mayoral, 2002 i Alabau, 2003). Un cop obtinguem els resultats, podrem saber quin és el perfil cognitiu i emocional de la persona.

Les proves que es duen a terme són les següents:

PLANIFICACIÓ		SIMULTANI	
○	Aparellant números	○	Matrius no verbals
○	Codis establerts	○	Relacions verbo-espacials
○	Connexions*	○	Memòria de figures*
ATENCIÓ		SEQÜENCIAL	
○	Atenció expressiva	○	Sèries de paraules
○	Detecció de números	○	Repetició de frases
○	Atenció receptiva*	○	Frases i pregunta*

Taula 1. Proves del DN-CAS per processos

Hi ha dues maneres d'aplicar el test: Forma estàndard (els tres subtest per procés) i la Forma Bàsica (dos subtests per procés. Els que estan marcats amb un asterisc són els que s'ometen). Per tal d'ampliar la informació i fer-ho més entenedor explicaré les proves de cada procés breument.

A les proves de planificació, volem analitzar la capacitat de raonament, actuació i execució de la persona (Mayoral, 2002). A la prova d'aparellant números hi ha fileres de números iguals on la persona ha de marcar els dos que són idèntics i la dificultat va incrementant. Als codis establerts, s'han d'omplir uns quadres amb el codi que es dona amb anterioritat. I finalment, a la de connexions la persona ha de connectar números i lletres alternant-los entre ells (en les proves de 8 a 17 anys).

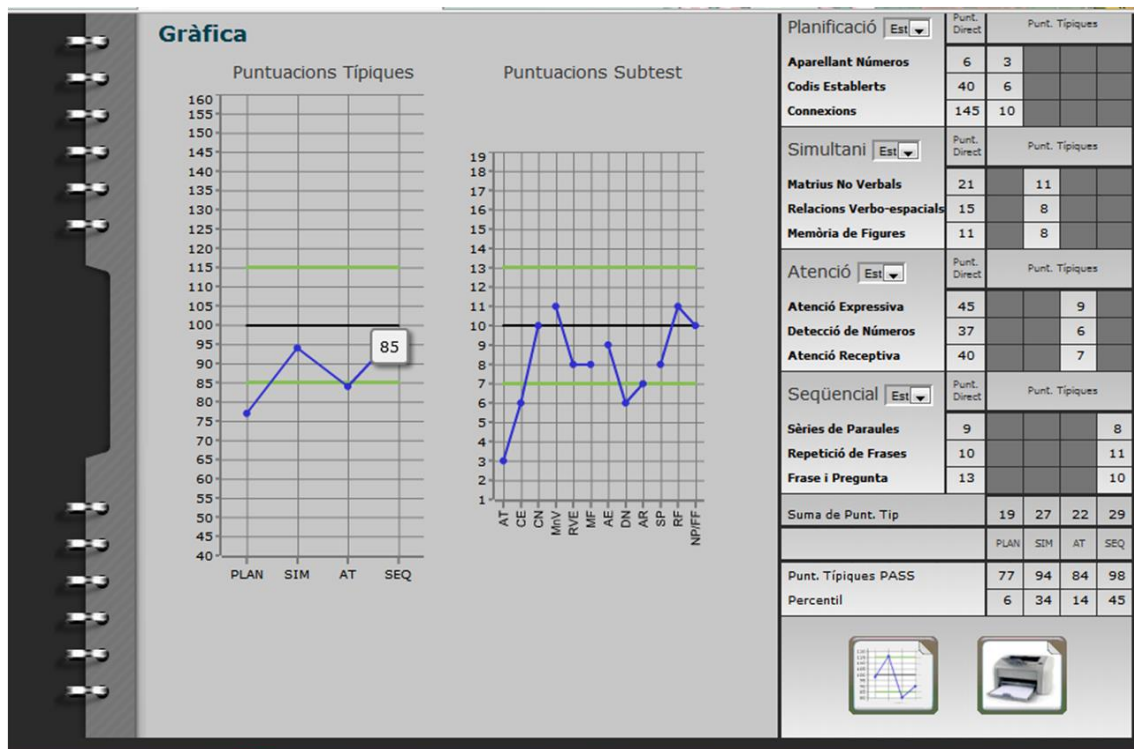
En el procés de simultani el que es vol comprovar és la capacitat de la persona de memòria a llarg termini i com relaciona els aspectes entre ells (Mayoral, 2002). A la prova de matrius no verbals, la persona ha d'escollir entre cinc opcions quina és la que correspon a la figura que apareix. A la de relacions verbo-espacials, la persona ha de respondre una pregunta a través d'imatges. I finalment a la memòria de figures, se li

mostren a la persona unes figures que ha de recordar. Després ha de buscar-les i macar-les en una plantilla on les figures són més complexes.

A les proves d'atenció, s'analitza la capacitat de percepció i selecció de la persona (Mayoral, 2002). La prova d'atenció expressiva és diferent segons les edats. Com que em centro en adolescents, explicaré la del rang d'edat entre els 8 i 17 anys. En aquesta hi ha els noms dels colors escrits i "pintats" d'un color diferent. El que s'ha de fer és dir de quin color estan escrites les paraules i no el que diu. A la detecció de números, s'han de trobar aquells que estan marcats com al codi que es presenta. Finalment a l'Atenció receptiva s'han d'aparellar lletres de la manera que el codi mana.

Finalment, en el procés de seqüencial s'avalua la memòria a curt termini donant el sentit a les parts d'allò que se li presenta (Mayoral, 2002). A la primera prova es diuen mots curts que fonèticament són similars i els nois/es els han de repetir en ordre. A la repetició de frases, es diuen frases estructurades de manera que no puguin imaginar-se; el noi/a ha de repetir-la. Finalment a la de frase i pregunta, es fa una pregunta al noi/a amb una estructura similar a les frases de la prova anterior i ells l'han de respondre.

Després de dur a terme aquest seguit de proves, s'han d'entrar els resultats per poder saber quin és el perfil de la persona. Cada prova s'avalua d'una manera diferent (per temps o per encerts majoritàriament). Segons l'edat de la persona, el número d'encerts varia en el resultat obtingut. La taula que ens trobaríem seria com aquesta (tot i que en ella es mostri un exemple):



La gràfica esquerra seria la representació a escala de cada procés i la gràfica de la dreta la representació dels resultats de cada sub-test.

Per entendre els resultats, partim que la mitjana de tots els processos és 100 a la representació de l'escala i la desviació típica (SD) és 15 (en el de la dreta seria 10 i la SD 3). Per tant, tots aquells processos que es troben dins d'aquestes dues franges estarien dins de la normalitat (Timoneda, 2006). Per poder entendre quan es tractaria d'un problema emocional i quan d'un problema neurològic hem de fixar-nos en els resultats. Els problemes emocionals apareixen quan hi ha una diferència significativa entre els processos i dins del mateix procés en les proves que s'han efectuat (la dreta). Un perfil clar de bloqueig emocional és el perfil "N", on la planificació i l'atenció han de ser més baixes que el simultani. En la imatge, es pot observar com aquest cas té un perfil N i per tant, un bloqueig emocional. Per analitzar els problemes cognitius, principalment hem de fixar-nos en el procés de seqüencial. Quan aquest està dins de la normalitat no ha d'haver cap problema. Com més baix és, més problemes hi ha al cervell i a nivell cognitiu. Tot i així, com que no només ens hem de limitar al gràfic de l'esquerra, quan analitzem el de la dreta hem de veure si hi ha diferències significatives entre les proves o no. En el cas de que n'hagi, hauríem d'anar més enllà i comprovar si la persona ha tingut retard en la parla o no; d'aquesta manera sabríem si de veritat és tracta d'un problema neurològic o no.

Gràcies a l'obtenció d'aquests resultats, “podríem formular una hipòtesi diagnòstica amb un alt grau de fiabilitat en si la problemàtica té un origen neurocognitiu i/o emocional” (Timoneda, 2012:7). A través d'aquesta hipòtesi, podríem decidir quin és el tractament que necessita la persona: si un de caire emocional o un de caire cognitiu.

3. METODOLOGIA

Quan em vaig plantejar aquest treball les dues metodologies principals eren l'anàlisi documental i l'observació (participant i directa). Com que és un tema bastant nou (del qual no hi ha res purament escrit sobre això, sinó que hi ha petites coses i s'han d'anar relacionant entre elles), he hagut de fer servir un gran ventall d'informació fins arribar a la realització d'aquest treball.

Les diverses tècniques que he acabat usant són:

- **L'anàlisi documental.** Aquest consisteix en fer una revisió literària, a ser possible, amb publicacions actuals. L'objectiu bàsic és la formació de la persona a través de documentació, ja sigui a través de llibres com d'articles, per poder instruir-se abans de començar a tractar o redactar sobre el tema estudiat. Els documents a consultar poden anar des de llibres a articles, passant per documents interns d'algunes institucions o tesis doctorals.

Per dur a terme aquesta tècnica m'he documentat amb diversos llibres, articles, tesis doctorals, treballs de pràcticum i documents interns tant del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, com de l'Hospital Sant Joan de Déu. La majoria d'informació ha estat extreta de la Biblioteca, tot i que he consultat diverses pàgines web per obtenir les tesis doctorals i els articles. Els dos documents interns m'han estat proporcionats per l'Hospital de Dia d'Adolescents de Granollers.

- **Entrevistes individuals semi-estructurades.** Aquest tipus d'entrevistes es basen en una guia de preguntes, on l'entrevistador té total llibertat d'introduir-ne de noves per precisar conceptes o major informació dels temes desitjats a conèixer. Les preguntes usades eren de tipus general, com opinions personals i preguntes d'estructura o estructurals, per conèixer informació més detallada sobre el tema que treballava. Per fer aquest tipus d'entrevista he dut un guió amb les preguntes preparades on els entrevistats han pogut respondre obertament (sense opció a resposta tancada), amb una petita limitació de pregunta. En la majoria d'entrevistes he acabat afegint preguntes addicionals i d'altres les he hagut de limitar, perquè o bé les van contestar, o perquè en una resposta anterior, s'havia demostrat que la pregunta no podia ser resposta (sense coneixements). Cada entrevista realitzada tenia una estructura diferent, excepte la del monitor i

la infermera de l'hospital de dia. Això esdevé perquè que cada professional duu a terme unes tasques diferents i perquè cada cas és diferent, per aquest motiu, cada entrevista l'he hagut d'enfocar segons cada cas a tractar.

Les entrevistes les he fet en els dos casos (l'Alba i en Fernando); la docent de l'HDA, R. Belana; la psicòloga de l'HDA, N. Erra; el monitor de l'HDA, O. Comajuan; la Infermera de l'HDA, L. Mella; la psiquiatra de l'HDA, M. Rodríguez; la psicopedagoga d'en Fernando, J. Yangüez; i el tutor de l'Alba, J. Mancilla.

- L'última tècnica és l'**estudi de cas**, que faria referència a l'observació participant. Amb aquesta tècnica el que volia aconseguir és explorar ambients i contextos; descriure contextos i ambients; comprendre processos, vinculacions entre persones i les seves situacions o circumstàncies; identificar problemes i plantejar-me objectius a l'hora de formular el treball. Els elements específics que vaig observar van ser l'ambient físic (l'entorn) i la seva distribució; l'ambient social i humà, per saber de quina manera s'organitzaven, formaven grups i subgrups, les relacions socials, la interacció i la vinculació... així com les característiques dels grups; les activitats individuals i col·lectives, per saber què feien i de quina manera ho feien; fets rellevants dels observats, com les històries personals; i els retrats humans d'aquells que participaven en l'ambient. Abans de començar a ser una observació participant, a l'inici del període de pràcticum va ser una observació directa o participació passiva, en la que només em limitava a observar l'entorn i l'ambient social i humà. Amb el temps vaig començar a passar a observar de manera activa i finalment a observar amb una participació completa. Les que més em van servir van ser les dues últimes: la participació activa, en la que participava en la majoria de les activitats i la participació completa, on vaig ser un participant més en algunes de les activitats que es produïen. Però amb una mica de cada tipus de participació, vaig adonar-me de moltes coses i vaig arribar a comprendre els comportaments dels observats.

L'anàlisi documental ha estat la tècnica més usada al llarg d'aquest treball. Des del marc teòric fins al vincle cap a l'aprenentatge, he anat mencionant els diversos autors de tots els materials que he anat usant. La informació de les entrevistes principalment ha anat encarada a l'explicació dels casos pràctics, tot i que en alguns punts del cos del treball m'han ajudat i he pogut recolzar-me en les respostes dels entrevistats. Finalment,

l'estudi de cas l'he usat a la part pràctica del treball: l'estudi dels dos casos. Tot i així, he d'afegir que en la part del vincle les observacions directes que vaig realitzar, m'han ajudat a l'hora de redactar i conèixer els diferents punts que explico.

També voldria afegir, que m'he ajudat d'algunes observacions de R. Belana, docent de l'Hospital de Dia d'Adolescents de Granollers. Això és degut a que no he pogut observar al 100% el seguiment dels dos casos (pel període d'estiu, per l'ingrés de l'Alba i el treball que s'ha fet amb en Fernando, que comentaré a l'apartat dels casos pràctics).

Com a limitacions m'he n'he trobat varies: la primera és no poder parlar amb l'educadora social de l'HDA. Aquesta ha estat de baixa durant el període de les visites i per tant, no m'he pogut comunicar amb ella. Tot i que hi ha una educadora social en substitució, tampoc he parlat amb ella perquè no ha seguit cap dels dos casos que he triat.

Respecte a entrevistar-me amb els pares, tot i que hagués estat interessant, des de l'Hospital de Dia no se m'ha permès contactar amb ells. Tot i que, en cas d'haver estat possible, el més segur és que hagués estat molt difícil trobar-me amb la mare de l'Alba, (no sempre assisteix a les reunions programades).

La següent limitació és el no haver pogut contactar amb més mestres dels dos casos. Les visites a Granollers les vaig fer molt tard (respecte el període d'entrega del treball) i només tenia concertades dues visites (amb el tutor de d'Alba i la psicopedagoga d'en Fernando) i en aquestes visites cap altre professional em podia atendre. El fet d'haver-me trobat tant tard per fer les entrevistes, és perquè a l'Hospital de Dia d'Adolescents de Granollers també se'm van concertar dues visites (sense possibilitat de fer-ne més). Això ha ocasionat que el temps de concertació de les dates amb els instituts hagi estat tant tard, i que l'entrevista amb l'educadora social no hagi estat possible. A més, m'agradaria afegir, que totes les entrevistes han estat presencials exceptuant la de la psiquiatra, donat que dels dos dies que vaig anar a l'HDA, el primer ella no hi era, i el segon va tenir varies visites i una d'elles se li va allargar massa, fent que no em pogués atendre.

Crec que un dels errors que vaig cometre a l'inici, és començar certes lectures sense tenir del tot clar allò que volia fer (tenia idees molt abstractes i no sabia ben bé com orientar el treball), i vaig començar amb allò que m'havien ensenyat sense ser gaire

conscient de si m'anava a ser útil o no. Potser també, un dels altres errors (si hagués tingut molt més temps per fer el treball, suposo que no ho hagués estat), és que he agafat un gran ventall de llibres de diferents temàtiques, fent que hagi estat llegint llibres gairebé fins l'entrega del treball. Però això ha estat així, perquè mentre llegia, descobria nous temes i autors, i m'entrava curiositat per conèixer-los i llegir-los per veure el que podien aportar-me i si m'anirien bé pel meu treball o no. Clar que com tot, sempre hi ha bibliografia que consultes i que acabes sense usar.

Per acabar, m'agradaria afegir que a la bibliografia (els llibres, principalment) s'hi poden trobar llibres de diversos anys. Els de *psicologia educativa* són del final de la dècada dels 90 però els he acabat usant primer de tot, perquè no n'he trobat de més recents i segon, perquè tot el que diuen fa referència al que està passant a l'actualitat. També he usat llibres d'autors com Carl Rogers, John Watson, Piaget o Maslow, que tot i ser antics, m'han fet veure altres visions i també acabar de complementar alguns punts del marc teòric. M'ha semblat que al ser un tema pràcticament nou, seria bo nodrir-me de diversos autors i no limitar-me a llibres recents, sinó poder contrarestar opinions per veure si els temes de la curiositat, la motivació i el vincle (per exemple), han anat variant gaire o no. No volia limitar-me a una recerca bibliogràfica d'uns 10 anys de límit, sinó anar més enllà. També, si hagués tingut més temps, encara hagués llegit altres autors i per tant, hagués pogut aprendre més profundament d'ells per poder decantar-me en una visió o mètode. Tot i així, en aquest breu període de temps, podria dir que m'he decantat per una visió més humanista, on fem que les persones puguin augmentar les seves capacitats, que aconseguim autorealitzar-los i guiar-los i orientar-los cap al millor camí.

Finalment, l'elecció dels dos casos l'he fet per l'interès que em van crear tots dos. L'Alba, perquè era una noia amb moltes dificultats i amb una mala situació familiar. En Fernando el vaig triar per ser un noi que des del moment de l'ingrés se'l va etiquetar amb un poc nivell cognitiu i "molt limitat". Com que a ambdós casos els hi vaig passar el DN-CAS, vaig trobar interessant aprofitar-los i poder fer l'anàlisi dels resultats amb el vincle i el treball que s'ha fet amb ells. A més, d'aquesta manera, conèixer i comprovar si algun dels objectius marcats s'havien complert amb dos casos tant diferents com els seus.

4. COS DEL TREBALL

4.1. L'Hospital de Dia

4.1.1. Què és?

Abans de formular una definició d'Hospital de Dia (HD) cal aclarir que n'hi ha de varis tipus. És a dir, aquest tipus d'institucions poden tenir diverses terminologies segons el tipus de pacients que atenen (principalment per l'edat d'ingrés de les persones). Podem trobar Hospitals de Dia Psiquiàtrics (HDPS), Hospitals de Dia Infanto-Juvenils (HDIJ), Hospitals de Dia d'Adolescents (HDA) i Hospitals de dia Geriàtrics (HDG). Com he anat repetint al llarg d'aquest treball, jo em centraré en els HDA i per tant, les explicacions, que vindran a continuació, aniran destinades cap a aquest àmbit. Com que un Hospital de dia (HD) és un dispositiu “complex” usaré quatre definicions per respondre a la pregunta d'aquest apartat.

Segons la guia de gestió de l'Hospital de Dia Psiquiàtric de l'INSALUD, citat per Gómez i Moya (2010:25) és “un dispositiu assistencial de tractament actiu de trastorns mentals en règim de dia”.

La segona definició va en mans del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010, citat per Gómez i Moya (2010:25-26) és un “dispositiu ambulatori de tractament intensiu de la malaltia mental, que serveix com alternativa de l'hospitalització completa i com a complement al tractament ambulatori de la Unitat de Salut Mental en els casos més greus”.

La tercera és de l'Hospital Sant Joan de Déu (2009:3) i defineix l'HDA “com un dispositiu d'atenció ambulatoria bàsica especialitzada de salut mental, alternatiu a l'hospitalització completa. La seva missió és oferir un tractament multidimensional en règim d'hospitalització parcial, diürna, intensiva i continuada, dirigit a adolescents del sector geogràfic assignat, afectats de patologia psiquiàtrica greu i/o complexa, que requereixin d'un nivell més alt d'intervenció que ve el prestat pels CSMIJ”.

I la última definició va en mans de Bobes (1999:637), que ho descriu com: “un centre d'hospitalització parcial per dur a terme en règim de mitja estància, amb un tractament intensiu tant biològic com psicoterapèutic i institucional”.

Per tant, després de llegir les quatre definicions veiem que és un recurs per poder solucionar i millorar la situació de les persones amb trastorns mentals, ja siguin greus, severs o lleus. Si em permeteu, arribats a aquest punt m'atreveixo a fer una petita definició sobre què és un HDA des del meu criteri: un HDA és un servei destinat a adolescents que pateixen algun trastorn de salut mental en el que es fa una intervenció multidisciplinària per aconseguir un benestar individual, psíquic, físic i social de la persona afectada.

Tornant a Bobes (1999:637), ens diu que una de les funcions principals és no discriminar a l'usuari en la societat i per tant, poder-lo re-vincular novament, ja que "és un centre d'assistència amb el nucli social i familiar".

Aquest tipus d'institucions té un seguit d'avantatges, descrits pel mateix autor (1999:637-638) en el seu llibre *Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica*:

1. Permet el tractament de pacients que el seu ingrés no està indicat.
2. Facilita una major valoració de les dificultats d'adaptació del pacient.
3. Afavoreix la rehabilitació o reinserció posterior del pacient en la seva comunitat.
4. Fa possible el tractament de pacients que no poden eludir completament les seves responsabilitats familiars.
5. Disminueix el risc de dependència hospitalària i l'aparició de pautes regressives de conducta.
6. Possibilita el tractament d'aquells pacients que presenten un rebuig total a l'internament psiquiàtric.
7. Constitueix per molt malalts una opció equiparable a la hospitalització psiquiàtrica.
8. Promou la responsabilitat i la col·laboració de la família en el procés terapèutic, evitant la desinserció del nucli familiar.
9. Permet a la Unitat Psiquiàtrica d'Hospitalització donar altes més ràpidament.
10. Econòmicament, la inversió és menor que la hospitalització a temps complet.

A més, Bobes (1999:639) afegeix el contracte terapèutic que han de complir les persones que ingressen en un HD:

1. S'ha d'assistir tots els matins amb puntualitat. En el cas de no ser possible l'assistència s'haurà de notificar telefònicament o personalment. Es necessari complir l'horari previst inicialment.
2. No es permetrà la utilització de begudes alcohòliques, ni de substàncies psicotròpiques mentre duri el tractament.
3. No es permetran agressions de tipus físic a altres persones.
4. La família es compromet a responsabilitzar-se del tractament en tot moment i a complir les indicacions que se'ls doni. Les entrevistes familiars seran programades en hores pre-fixades.
5. L'equip es compromet a prestar les atencions que consideri oportunes en tot moment, dins de l'horari i del recinte hospitalari, tant a l'usuari com a la família.
6. El no compliment de les citades normes pot ser motiu de rescissió del contracte terapèutic.”

Aquest pla terapèutic és molt similar al que es presenta a l'HDA de Granollers.

4.1.2. L'equip i els objectius dels HDA

Els equips dels HDA són multidisciplinaris. Cada HDA té diversos membres en l'equip i cadascun s'encarrega d'un àmbit d'actuació concret.

Gómez i Moya (2010) diuen que l'equip ha d'estar compost per un psiquiatra, un psicòleg, un terapeuta ocupacional, una infermera i una auxiliar d'infermeria. Tot i així, també s'hi poden trobar docents (en els casos dels HDA i HDIJ), educadors socials, monitors i treballadors socials. Aquests professionals tenen diverses funcions a dur a terme amb tots els usuaris del HD les quals explicaré en el punt 5.3. *l'HDA de Granollers*, ja que és l'hospital en el que em centraré al llarg de tot el treball.

Respecte els objectius terapèutics, Gómez i Moya(2010:32) comenten que aquests “persegueixen un augment de la qualitat de vida y la satisfacció dels pacients amb trastorns greus de salut mental i del seu entorn pròxim (família), mitjançant la disminució i/o afrontament de la simptomatologia psiquiàtrica, la prevenció i reducció de recaigudes, la prevenció del deteriorament i el millor ajustament i funcionament familiar dels pacients”.

Dins del Pla Director de l'HDA de Granollers, en mans de l'HSJD, hi trobem l'objectiu general d'aquests dispositius i la finalitat d'aquesta institució. Per tant, "l'objectiu general és la prestació d'una atenció sanitària diürna, integral i intensiva amb elevada qualitat assistencial per nois i noies que presenten un trastorn mental crític que afecta significativament al seu funcionament familiar, social, educatiu o laboral promovent alhora el desenvolupament de les seves potencialitats saludables en el camí de la recuperació" (2009:7). I la seva finalitat "és la millora del nivell de qualitat de vida i el grau d'autonomia dels pacients amb trastorns mentals greus i també dels seus familiars, disminuint el patiment psíquic que la seva malaltia ocasiona a ella i al seu entorn" (2009:7)

4.1.3. L'HDA de Granollers

L'HDA de Granollers va començar a funcionar entre finals de l'any 2009 i inicis del 2010. Aquest HDA corre en mans de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) i ofereix una "cobertura a la demanda assistencial generada per part de la població resident en els GTS Baix Montseny i GTS Vallès Oriental (sector central)" (Hospital Sant Joan de Déu, 2009:6).

L'HDA es troba al costat del Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Granollers. La majoria dels casos que van al HDA és per una derivació del CSMIJ o de la Unitat de Referència de Psiquiatria Infantil (URPI) que inclou la Unitat de Crisi Infantil (UCA), la Unitat d'Hospitalització i la UTE.

L'horari complet va des de les 8:30 fins les 16h, però l'horari pels usuaris és de 9:45 a 15:30 de dilluns a divendres.

El Pla Director d'HDA de Granollers de l'Hospital Sant Joan de Déu (2009:4) presenta el seu compromís com el "d'oferir una assistència integral, multidisciplinària, innovadora, especialitzada i de referència en Salut Mental a la població menor de 18 anys."

A més, també pretén cobrir tres millores envers els altres HDA en mans de l'HSJD (l'HDA de Mollet i l'HDA de Manresa). Aquestes són les següents (2009:5):

- 1) La Continuitat assistencial

- 2) L'adherència al tractament
- 3) L'atenció als Trastorns Mentals Greus
- 4) L'enriquiment de la pràctica clínica dels equips.

L'equip multidisciplinari està format per una psiquiatra, una psicòloga, una docent, una educadora social, una infermera i un monitor. També hi ha coordinació per part d'una treballadora social, que forma part del CSMIJ. Ella fa una reunió setmanal amb l'equip de l'HDA per valorar els diversos casos dels adolescents ingressats (i així treballar conjuntament amb els Serveis Socials si és necessari).

La psiquiatra s'encarrega de la coordinació, tant de les places disponibles en l'HDA i les altes, com de l'organització de les derivacions dels pacients procedents d'altres dispositius (com la UCA o la URPI). A més, supervisa les activitats que fan els altres professionals i s'encarrega del tractament farmacològic. Per tant, decideix quins són els nois/es que ingressen abans que els altres (quins són més urgents).

Igual que la psiquiatra, la psicòloga té uns pacients a tractar de manera individual i familiar. L'altre funció que duu a terme són les psicoteràpies en grup, la coordinació dels casos, la participació en les reunions d'enllaç amb centres derivadors, entre d'altres.

Segons el document facilitat per l'HSDJ (2009), les funcions de l'educadora social són varies. Per fer-ho més amè, ja que no és informació rellevant en aquest treball, en nombraré algunes d'aquestes: una de les funcions principals correspon a la rebuda dels nous ingressos i explicar-los el funcionament de l'HDA i la formalització del contracte terapèutic. A més, és l'encarregada del control d'assistència, de l'anàlisi de les incidències grupals, dona suport als usuaris i a les problemàtiques relacionades amb les activitats terapèutiques.

La infermera, és l'encarregada de dur a terme una fitxa mèdica on es facilita la informació de la persona usuària a nivell de salut física. A més, controla l'administració de fàrmacs, fa tallers d'educació sanitària (com la higiene física i del son), a més de coordinar altres activitats com la relaxació o la Intervenció Assistida amb Animals. Una de les funcions que estan en el Pla Director de l'HDA de Granollers (2009) que no es compleix, és el *diagnòstic mèdic d'infermeria a través d'una metodologia validada*, ja

que són coses que solen ensenyar en els estudis, però a la pràctica no es solen dur a terme.

No tots els HDA tenen un monitor com a professional. Com que aquesta figura no estava prevista, en el Pla Director de l'HDA de Granollers aquest perfil no hi apareix. Tot i així, el monitor de l'hospital, O. Comajuan, m'ha facilitat les tasques que desenvolupa. Aquestes són les dinàmiques dels tallers (com el taller de revista), el control del grup i l'acompanyament d'aquest en les activitats realitzades i en l'espera d'altres, així com en les estones que no duen a terme cap activitat concreta.

Igual que l'educadora social, la treballadora social té un seguit de funcions bastant amples. Algunes de les tasques nombrades en el Pla General de l'HDA (2009) són la valoració conjunta amb l'equip dels nous ingressos al centre; l'elaboració d'un diagnòstic social de la persona afectada i/o família, detectant les conductes i situacions de risc que poden sorgir; i l'orientació i coordinació sobre els recursos externs socials i d'oci com recolzament i preparació de l'alta.

I per acabar, trobem la docent. L'he deixat pel final, ja que és el punt clau en el tema educatiu. Per fer una petita introducció, nombraré les tasques que li corresponen a aquesta professional en mans del Pla General d'HDA de Granollers (2009) i en l'apartat 7.1. *L'àmbit Educatiu*, usaré uns documents interns en mans del Departament d'Educació, on les tasques estan més acurades. Per tant, segons l'HSJD (2009:12-13), la docent s'ha d'encarregar de la "continuïtat acadèmica i reinici de l'escolarització; de la motivació acadèmica de l'adolescent, estímul i desenvolupament de les capacitats afectives i socials, i orientació laboral; i la coordinació amb els EAPS i centres educatius".

Aquest equip es reuneix cada matí per parlar sobre els adolescents ingressats, preparar les activitats que es duran a terme aquell dia i comentar tot allò que han vist o s'ha de millorar d'algun dels nois/es.

Els dilluns es solen fer els Plans Terapèutics Individualitzats (PTI), on cada membre de l'equip planteja uns objectius a tres mesos vista de cada noi/a. Passats aquests tres mesos es fa una revisió per veure si aquests s'han complert o no, i en cas afirmatiu, se'n plantegen de nous observant allò que creuen més convenient que s'ha de millorar.

4.1.4. Pacients

Tot i que el títol d'aquest punt sigui *pacients*, en cap moment anterior m'he referit a aquest tipus de nois i noies amb aquesta paraula(a menys que siguin parts textuais de llibres o d'articles que he anat citant)i seguiré sense fer-ho un cop hagi finalitzat. Pel fet de que el meu treball està encarat des d'una vessant educativa, trobo que no és adient usar aquest concepte.

Curiosament, aquesta paràgraf el vaig redactar abans d'haver-me llegit el llibre de Maslow: *La personalitat creadora*. Hi ha un petit paràgraf, on ell també fa referència a això que acabo d'exposar (i seguiré exposant), que m'agradaria afegir: "He utilitzat els termes *teràpia*, *psicoteràpia* i *pacient*. En realitat no m'agraden aquests termes ni el model mèdic que porten perquè suggereixen que la persona que va al conseller està malalta i que aclaparada per la malaltia, busca curar-se. De fet, confiem en que el conseller sigui el que contribueixi a promoure l'autorealització de les persones en lloc de ser qui ajudi a curar una malaltia" (1987:78).

Per tant, no usaré ni la paraula *pacient* ni *malalt*. També evitaré usar la paraula *usuari* que he estat usant fins ara. Ho faré d'aquesta manera pel fet de que em centro en l'àmbit educatiu i aquestes persones solen ser conegudes com *educand*, *estudiant* o *alumne*, així que aniré alternant aquests tres conceptes. Tot i així, en el següent capítol/tema (6. L'àmbit de la salut) no usaré els conceptes educatius, així que segurament hagi de tornar a parlar d'*usuaris* o simplement de *nois/es* i *adolescents*.

Dins dels HDA podem trobar una gran varietat d'adolescents amb tot tipus de diagnòstics (ja sigui per un trastorn o més d'un) que es mostren en el punt 4.1. *La Salut Mental*, on he descrit els trastorns més freqüents en els HDA o els que m'he anat trobant al llarg del meu període de pràcticum.

En l'HDA de Granollers sol haver un màxim de 20 nois/es ingressats, entre els 12 i 18 anys d'edat. A vegades s'han trobat casos de nois d'onze anys ingressats per urgència. Aquests 20 adolescents ingressats mai solen coincidir a l'hora. En el moment d'ingrés estan dues setmanes anant cada dia a l'HDA de 9:45 a 15:30. Cada noi/a té uns dies diferents d'assistència a la institució. Aquesta organització horària es sol dur a terme amb tots els professionals de l'HDA però les que solen tenir més pes són la docent i la terapeuta d'aquell noi/a. Això és degut a que la psiquiatra és qui sol decidir quines són

les activitats que serà millor que faci (ja que segons el dia poden perdre psicoteràpia, esport o altres activitats externes i programades). Amb l'ajuda de l'horari escolar, s'observen les matèries que hauria de seguir l'alumne, es tria entre la docent de l'HDA i la tutora els dies d'anada a l'institut i l'horari del noi/a (potser només hi va una hora setmanal, però aquell dia d'escola ja no va al HDA). A mesura que va passant el temps i que els adolescents van millorant, se'ls van ampliant les hores escolars i els dies d'anar a l'institut. Normalment, abans de que se'ls doni l'alta, estan una temporada anant un dia a l'HDA i quatre a l'institut.

Quan aquests nois no presenten una simptomatologia adient (o no tenen un diagnòstic segur i tancat), se'ls sol ingressar a temps complet a un centre anomenat ITAKA en mans de l'HSJD.

Veiem que aquests nois i noies psíquicament estan molt afectats per tot el que han patit i per tot allò que els han dit que tenen. Han interioritzat molt la *malaltia* que els hi han diagnosticat, arribant a defensar-se dient "és que estic malalta, perquè tinc X trastorn". Com que ho justifiquen tot d'aquesta manera fa que no puguin sortir del forat negre en el que es troben. Són nois/es que no aconsegueixen trobar la porta de sortida, donat que a molts no els hi donen gaires esperances per sortir d'allò en el que es troben. A una persona li poden dir que té depressió i aquesta s'ho pot prendre d'una manera o d'una altre; però si tens a un terapeuta a sobre (o qualsevol altre professional) repetint-te constantment que ets bipolar (o tens depressió), encara t'enfoneses més, perquè veus que ets un malalt i que sempre ho seràs.

Després d'això, cal acabar aquesta part del punt explicant quines són les característiques dels nois/es que ingressen i quin és el seu perfil. Segons Gómez i Moya (2010:35) "el perfil general dels pacients dels HDPS pot resumir-se així:

- Pacients amb simptomatologia activa. Capaços d'entendre i col·laborar en el seu tractament.
- Sense conductes greument disruptives o heteroagressives
- Sense risc de suïcidi que requereixi ingrés a temps complet."

Afegint la informació del Pla General de l'HDA de Granollers (2009:9), s'especifica que "els pacients admesos han de poder mantenir vincles amb la comunitat i la família durant el procés terapèutic".

El tipus de malalties que solen atendre són: els trastorns afectius; les psicosis; les neurosis severes (Trastorn Obsessiu-Compulsiu o TOC, Fòbies, Crisi d'angoixa...); reaccions d'adaptació davant d'esdeveniments vitals negatius; trastorns del comportament amb dificultats d'interacció social; trastorns de la personalitat; TCA; i necessitats de valoració diagnòstica i orientació terapèutica en situació de crisi subaguda (HSJD, 2009:9). També s'incorporen aquells adolescents que consumeixen substàncies que poden afectar la seva salut i que requereixen una ajuda.

I per acabar, una de les coses que em plantejo i que vull plantejar, és si de veritat les persones diagnosticades amb malalties mentals necessàriament han de ser *malalts*. No poden passar només etapes? Com problemes a nivell personals per l'escola, familiars o afectacions a nivell emocional per la mort d'un familiar, per la baixa autoestima, per problemes a l'escola per culpa dels companys (com patir bulling...), entre d'altres? Cada cop hi ha més excés de diagnòstic, ja que els mestres també poden diagnosticar el TDAH. En aquest cas, ocorre per l'extensió de la implantació de l'escola obligatòria, degut a que l'escola no s'adapta al projecte de l'alliberació de la humanitat. Els infants actuen per la seva naturalesa, i aquesta és ser moguts i lliures. Com que a les aules es pretén que els nens i nenes estiguin quiets, quan no ho estan se'ls considera hiperactius (Hernández-Villaescusa²)

Un cop es fa això i es diagnostica als adolescents amb algun trastorn mental, al dir-los que tenen una malaltia immediatament passen a ser pacients, i tots els seus problemes giren en torn això, ja que per ells, sempre ho seran. Un exemple seria el d'en Matías. Ell és un adolescent que va ser diagnosticat de bipolaritat amb 14 anys. Quan entra a la consulta i li diem que **ÉS** bipolar, immediatament sabrà que pot tenir alt i baixos en els seus estats anímics i en els seus comportaments, i per tant, jugar amb ells. A en Matías li hem de dir: a vegades presents comportaments bipolars, canvis d'estat d'ànim per que et passa X motiu. D'aquesta manera ell sap que podrà canviar quan arregli aquest factor X que l'està perjudicant (després d'això el problema passa a ser que el noi/a

²Conferència a les VII Converses Pedagògiques a Girona, 2014 sobre l'educació i l'àmbit de la salut.

vulgui canviar-ho i arreglar el factor X). Quan els nois/es recauen i han de tornar a ser ingressats (és el cas d'en Matías), un dels factors desencadenants és haver patit una malaltia –greu- anteriorment i el superar-la ocasiona que els adolescents pateixin “hipocondria”, per por a mostrar la vulnerabilitat de la situació i superar-la d'una altre manera (López i Castro, 2007).

4.2. Àmbit de la Salut

4.2.1. Psicologia Clínica

Alonso (2012:15) ens diu que la psicologia clínica és “la part interessada en els problemes psicològics i en la conducta anormal”. Per tant, aquesta ciència treballa a través del patiment i la raó de ser de la persona per tal de calmar-lo i reduir-lo.

És complicat fer una definició d'allò que és anormal, ja que cada persona té en ment diverses opinions, pensaments, idees i conceptes. Per això aquest mateix autor, ens afegeix que en psicologia clínica, tot allò considerat anormal va en mans del concepte malaltia mental i tot el que està lligat a la definició actual d'aquest mot. Quan es presenta un comportament o conducta fora d'allò que no considerem normal (o dins de la normalitat), s'administra un tractament psicofarmacològic per ajudar a la persona afectada (Alonso, 2012).

Machleidt, López-Ibor, Bauer, Lamprecht, Rose, i Rohde-Dachser, (2004) afegeixen que els psicòlegs al llarg dels seus estudis no solen rebre formació en psiquiatria. Per tant, quan aquests passen a treballar en àmbits psiquiàtrics o de salut mental, han d'aconseguir una formació complementària o en canvi, aprendre'ls amb la pràctica.

N. Erra, psicòloga clínica de l'HDA s'encarrega de dur a terme les psicoteràpies (familiars, individuals i grupals), la coordinació amb xarxes (centres cívics o fer de ponent per gestionar recursos), fa un diagnòstic i seguiment dels nois/es ingressats i participa tant en les reunions d'equip com amb les d'altres centres derivadors (com el CSMIJ) o escoles.

4.2.2. Psicoteràpia

La psicoteràpia és “una relació íntima que aporta, entre altres coses, el context d'un exercici compartit d'atenció plena en el que (en un primer moment), el terapeuta i (amb posterioritat també) el pacient intenten estar plenament present i conscients, amb acceptació” (Wallin, 2012: 458-459).

Per tant, serveix per ajudar a totes aquelles persones amb problemes mentals o trastorns de comportament, entre d'altres. Es fa a través del llenguatge (Bobes, 1999), tècniques i procediments psicològics (Tizón, citat per Gómez i Moya, 2010), en mans d'un

professional format (Freixas i Miró, citats per Alonso, 2012). Aquesta pot ser donada en quatre tipus: individual, grupal, familiar o de parella. Com que a l'HDA es duen a terme les tres primeres les explicaré breument a continuació.

La psicoteràpia individual és aquella que es centra en la persona afectada. Machleidt, et al. (2004) ens expliquen que és aquella que permet que la persona que demana ajuda (o la requereix), s'obri expressant els seus sentiments per tal d'aconseguir ajuda i per tant, arribar a una autoexploració, mentre el terapeuta l'ajuda a orientar-se. Per tant, Alonso (2012) afegeix que aquesta comença quan la persona necessita una ajuda i acompanyament després de presentar diversos fracassos i per tant, ser guiat i orientat per millorar la seva situació. N. Erra, usa la teràpia individual per fer que el noi/a entri en ell mateix i a partir d'aquí elaborar i gestionar aquells pensaments que estan mal organitzats i per les conductes inadequades que presenten a l'hora de parlar o actuar.

La psicoteràpia en grup, es duu a terme amb altres persones afectades que necessiten un tractament. Segons el tipus d'institució on es troben, les persones afectades del grup presenten el mateix diagnòstic (o molt similar). En canvi, en un HDA com que hi ha varietat de malalties i trastorns, el grup de psicoteràpia es fa un cop setmanal i es divideix en dos grups: els grans i els petits. Erra, menciona que la seva manera de dur a terme la psicoteràpia és des d'una visió més humanista, en canvi la de la psiquiatra, M. Rodríguez, és més cognitivo-conductual, per la formació que ha rebut. Les sessions que es solen dur a terme a l'HDA són dinàmiques on el terapeuta és l'encarregat de moderar i aclarir tots aquells malentesos que poden haver sorgit. Els nois/es ingressats, en aquesta hora comparteixen experiències on s'ajuden entre ells i creen un espai de cohesió i empatia per superar les seves crisis de manera conjunta. Bobes (1999) està d'acord amb la informació anterior, ja que creu que és una bona manera per fer que les persones s'ajudin entre elles i es donin suport.

Hi ha diversos tipus de teràpia. Alonso (2012) ens facilita informació sobre quatre d'elles:

- Conductual: El terapeuta s'encarrega de modelar a la persona per aconseguir conductes desitjables, o per contra, reduir les que són inadequades.

- Cognitiva: És la manera de processar la informació sobre el món exterior. I de quina manera ho fem. Un cop es descobreix la manera en que la persona concep el món, s'observarà allò que es pot canviar o modificar, i per tant, s'actuarà.
- Humanista: “És l'interès de la persona com a ésser complet” (2012:118) i de com aquesta supera un obstacle i aconsegueix estar satisfeta.
- Sistèmica: En aquest model “els terapeutes no tracten símptomes, sinó, fracassos”. (2012:121). La família està al complet, i si no és així, els membres més propers de la persona afectada.

La psicoteràpia en grup pot estar estructurada de la següent manera: part inicial, central i tancament (Gómez i Moya, 2010). En la primera d'aquestes es reprèn el que es va fer la setmana anterior i els membres del grup poden explicar si s'ha produït en canvi en ells i de quina manera han reflexionat. A la part central una persona comença a parlar i es busca la identificació personal amb allò que s'explica. Els altres membres del grup també hi participen mostrant actituds afectives. Finalment, al tancament, cada membre del grup duu a terme una reflexió personal sobre el que els ha aportat aquella sessió (aspectes més rellevants). El terapeuta observa els comportaments i les conductes d'aquests i ho avalua.

Per finalitzar, trobem la teràpia familiar o sistèmica. “El propòsit d'aquesta teràpia és canviar la (manera de) relació entre els diferents membres del nucli familiar” (Bobes, 1999:541). Aquestes teràpies es solen fer quan es considera que les conductes simptomàtiques es donen per l'ambient familiar. El terapeuta treballa a través d'hipòtesis que s'ha formulat a través de la observació realitzada dins de les sessions. Erra, formada en psicoteràpia familiar, l'usa de manera sovint per poder analitzar tots aquells conflictes que poden anar sorgint i d'aquesta manera millorar l'ambient individual i familiar de la persona.

4.2.3. Psiquiatria

La psiquiatria és l'encarregada de fer psicoteràpies individuals, grupals i familiars amb els adolescents ingressats. S'encarrega de les prescripcions farmacològiques de cada noi/a i la regulació d'aquesta. La visita prèvia de l'ingrés a l'HDA la fan amb ella (qui els avalua, mira si s'han de prendre medicació i en el cas de que ja se'n prenguin, si segueixen amb la mateixa o si s'ha de canviar...) Un cop es valora al noi/a i ingressa, es

decideix quina serà la seva terapeuta de referència: la psiquiatra o la psicòloga; feina que fan entre les dues.

4.2.4. Tractaments Farmacològics

Moya (2012:107) descriu els psicofàrmacs com “aquelles substàncies que s'utilitzen per al tractament de les malalties o trastorns mentals”. Aquest mateix autor cita a Gibert (2000) qui ens diu que aquest tipus de medicaments actuen davant els símptomes de les malalties i no pas sobre les causes. Per tant, tot i ésser una via de tractament, no és la que soluciona aquests problemes, ja que només alleuja allò que pateixen durant un cert període de temps (normalment, unes hores).

Hi ha alguns casos en que la medicació ajuda a eliminar els símptomes dels nois/es que pateixen algun trastorn. En els casos que això no ocorre, pot ser que s'hagin de medicar durant un llarg període de temps, o fins i tot, al llarg de la seva vida (Moya, 2012).

A continuació presentaré breument cinc tipus de psicofàrmacs:

- Ansiolítics: redueixen tant l'excitació com l'activitat, produint somnolència perquè la persona s'apropi a un estat real de son (Moya, 2012). Aquest s'usen principalment per l'ansietat (Rodríguez).
- Antidepressius: estan destinats a combatre la depressió i a millorar l'estat d'ànim (Moya, 2012 i Rodríguez).
- Antipsicòtics: serveixen per lluitar contra la psicosis, tot i que també ajuda amb altres alteracions com la mania (Moya, 2012). Com que en la psicosis es sol perdre el sentit de la realitat, amb aquests fàrmacs s'ajuda a que no passi (Rodríguez).
- Eutimitzants: aquests es solen usar per combatre aquells trastorns maníacodepressius (Moya, 2012), i per evitar les oscil·lacions d'estat d'ànim (Rodríguez) com la bipolaritat.
- Psicoestimulants: Són específics pel tractament del TDAH. Milloren tant l'atenció com la impulsivitat i la hiperactivitat (Rodríguez). Aquests poden ser amfetamines o *metilfenidato* (Bobes, 1999:597).

Moya (2012:110) recalca que els psicofàrmacs no són per bloquejar la capacitat de la persona, si no que el que es pretenen és “minvar l'ansietat o l'al·lucinació, entre

d'altres". A l'actualitat pocs psicofàrmacs presenten respostes de sedació, i sempre que l'ús sigui l'adequat i moderat, no hi haurà cap efecte negatiu per les persones que en prenguin. Rodríguez afegeix que tot i estar dividits en grups, aquests poden usar-se per diferents tipus de patologies. Els que solen usar-se més són els antidepressius i els ansiolítics.

4.3. Àmbit educatiu

El fet que salut i educació treballin conjuntament, és degut a que els adolescents poden patir situacions de risc o fins i tot trastorns mentals. Aquests últims han de ser atesos en institucions de salut mental, fent que els nois/es es desvinculin d'un ambient escolar. Per aquests motius, s'ha vist necessària la col·laboració entre els departaments de Salut i Educació, per poder cobrir tant les necessitats educatives com les de salut mental d'aquestes persones.

El document Intern del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya (2007:3), ens exposa que “les aules dels HDA són espais educatius singulars, fruit de la col·laboració del Departament d'Educació i el Departament de Salut”.

4.3.1. El/La Docent

El paper del docent dels HDA “pretén garantir la continuïtat dels aprenentatges dels nois/es, evitar la desvinculació del centre educatiu, acompanyar cada alumne i potenciar les experiències positives i exitoses relacionades amb l'estudi i el treball escolar personal. Per tant, es busca la garantia de la continuïtat dels processos d'ensenyament -aprenentatge d'aquests adolescents” (Departament d'Educació, 2007:3-4).

A continuació ampliaré les funcions d'un docent amb la informació proporcionada pel Document Intern del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya (2007:4):

- Ha d'elaborar i aplicar el programa terapèutic individual de cada noi/a juntament amb la resta de l'equip.
- Elaborar la programació de les activitats d'aprenentatge adequades a cada alumne/a, mantenir-ne la vinculació amb el món escolar, impartir la docència i fer el seguiment continuat de l'evolució individual de l'interessat amb el registre pertinent.
- Coordinar-se amb els equips d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP), Centres educatius, Departament d'Educació i Inspecció educativa.
- Orientar l'alumnat en la continuïtat dels estudis o en el món laboral i fer-ne l'acompanyament a l'hora de l'alta, en coordinació amb l'EAP i amb el suport del treballador social quan sigui escaient.

L'entorn de treball del docent en un HD compleix unes característiques pròpies. S'ha de tenir en compte, que tot i que es tracti d'un àmbit educatiu, ni la feina que es porta a terme ni el paper del professional és el mateix que s'hi podria trobar en un centre educatiu. Per tant, com he dit abans, un dels objectius és mantenir el vincle de l'alumne amb el sistema educatiu, en el qual existirà una coordinació amb el seu entorn escolar. Per poder-ho dur a terme, el professional ha d'estimular a l'alumnat per desenvolupar uns hàbits i d'aquesta manera, fer que retorni al cicle educatiu o en canvi, vincular-lo cap a un àmbit laboral. El docent ha de poder crear un vincle en el que l'alumne es senti segur i amb confiança per poder seguir endavant; desenvolupant-li les capacitats cognitives. Per fer-ho, el docent ha de treballar d'una manera diferent amb cada alumne, per totes aquelles dificultats que puguin presentar; això és possible gràcies a l'atenció individualitzada que hi ha a l'aula.

Un dels principals problemes del paper del docent en un HDA és la falta de confiança per part dels professionals que treballen en l'àmbit de la salut. És a dir, a aquest educador se'l pot arribar a veure com a prescindible degut de que els nois/es primer han de curar-se de la malaltia i un cop estiguin bé, estudiar.

Aquesta lluita constant entre educació i salut és freqüent en aquest tipus d'institucions. L'any 2013 vaig poder assistir a una trobada de docents de l'HDA en el Departament d'Ensenyament on explicaven les seves experiències i projectes. Doncs bé, no només a les conferències que ells presentaven, si no que quan parlaves amb ells, te n'adonaves que la seva feina estava molt poc valorada com si no tingués utilitat. D'altres ens deien que fins i tot no podien assistir a les reunions en equip (quan aquest hauria de ser multidisciplinari i per tant, poder participar tots).

Crec que és trist veure com la figura de l'educador, docent, mestre... posem-li el nom que sigui, segueix sense tenir tanta importància com d'altres professionals. Piaget (1972:18) ja ho mencionava: "La causa general d'això és que el mestre d'escola no és considerat pels altres, ni el que és pitjor, per sí mateix, com un especialista des del doble punt de vista de las tècniques i de la creació científica, si no com el simple transmissor d'un coneixement a l'abast de tothom". Crec que amb els anys la visió dels docents cap a ells mateixos ha anat canviant, i ells si que es consideren uns transmissors de coneixements. Aquest llibre, tot i que parli d'un període que inicia a 1935, es pot aplicar ara, ja que trobo que a l'actualitat s'ha tornat endarrere, devaluant la feina del mestre i

deixant-la sense prestigi. Perquè quants cops hem sentit que als de magisteri els hi “regalen la carrera”? Que tots els que fan magisteri és perquè no han aconseguit fer un altre grau? Cosa que amb els estudiants de Dret, Medicina o d’altres, això no passa.

Quintanilla, et al. (2004), ens diuen que l’educació per si sola és reconeguda per la societat. Però, perquè la feina dels professionals no? És estrany que la gent valori que la societat s’ha de formar, però sense donar importància als professionals que es dediquen a educar. Aquest canvi de visió respecte els docents, s’hauria de fer a nivell de societat i en l’àmbit sanitari, on es pot desprestigiar la feina que fan els mestres només perquè es consideri que els estudis són més fàcils que els d’altres graus (carreres). Treballar conjuntament i des d’una perspectiva de col·laboració entre àmbit sanitari i àmbit educatiu, pot potenciar molt la feina que es farà amb nens i adolescents per ajudar-los en totes les seves problemàtiques.

4.3.2. L’aula de l’HDA de Granollers

Principalment la tasca de la docent de l’HDA de Granollers es desenvolupa a “l’aula”. L’aula és un espai petit, amb dues taules d’oficina i ben il·luminat. S’hi troben dos ordinadors perquè els alumnes puguin fer activitats en el cas de que sigui necessari.

L’aula és l’espai on els nois/es tornen a vincular-se amb el món educatiu. És a dir, se’ls orienta cap al millor camí educatiu, se’ls dóna suport i se’ls ajuda amb els deures i la feina que han de fer (reforç, ajuda...), en grups molt petits (amb un màxim de quatre) o de manera individualitzada. També es duu a terme una activitat en grup anomenada el *blog* (separats en petits i grans, igual que en psicoteràpia). En aquesta es treballa el pensament reflexiu i crític dels alumnes a través de la visualització de vídeos, debats o lectures. Es comenta un dels temes que s’han treballat (educatiu, però no curricular), i més tard es fa un comentari individual a la pàgina del *blog* on els alumnes expressen allò que pensen.

En el moment d’ingrés d’un noi/a la docent té una entrevista individualitzada. Aquí és on coneix l’historial educatiu de l’alumne (el curs actual, si ha repetit o no, la dificultat que pot tenir, problemes educatius, el coneixement de l’escola...). Un cop coneix a l’alumne, es posa en contacte amb l’institut per rebre més informació sobre l’alumne en qüestió i així començar un treball coordinat.

El tracte amb els alumnes es fa des de tres aspectes fonamentals: l'empatia, el respecte positiu i la congruència (Rogers, 1980). La docent intenta ser el més empàtica possible amb els alumnes, comprendre'ls i intentar conèixer allò que estan patint; és congruent, tant amb si mateixa com amb els alumnes perquè vegin com és realment i d'aquesta manera, crear un vincle de confiança entre ambdós. I per acabar, el respecte positiu cap als adolescents; veure'ls pel que són (persones) i no pel que se'ls ha dit que són (malalts o pacients) i respectar tots aquells problemes o diferències que poden tenir, creant un vincle amb la persona de referència perquè l'acompanyi a madurar. Un cop es duen a terme els tres aspectes fonamentals, el vincle educador-educand creix ajudant a l'alumne, de manera educativa i personal.

Amb aquestes tres idees de Rogers, es compleix el que proposa el document del Departament d'Ensenyament (2007:11): "A l'aula s'ha de crear un clima de confiança i seguretat perquè sigui el mateix alumne/a el que mostri ganes d'aprendre sense por d'equivocar-se, ja que el docent ha d'acompanyar i ajudar l'alumne/a perquè torni a recuperar la motivació davant dels aprenentatges, que se senti segur i eficaç davant les tasques que se li demanen, adaptant les explicacions i activitats a les seves capacitats reals i nivell de rendiment".

Per poder entrar a l'aula, primer s'han de marcar unes hores disponibles que s'alternen amb les activitats terapèutiques de l'HDA. Per fer-ho possible, es sol dividir al grup en dos i així poden assistir a ambdues activitats (la terapèutica i l'aula). Tot i així, el procés per entrar a l'aula ha de complir uns requisits: la predisposició dels nois/es, si l'assistència a l'aula és adient o no, si l'alumne presenta absentisme escolar, si té un currículum adaptat o no... A través d'aquests aspectes, la docent pot decidir qui pot treballar amb ella i qui no (a diferència de l'escola) i de quina manera ho farà amb cadascun. En els casos d'absentisme escolar, depenent de la data d'ingrés es buscarà una alternativa pel curs actual o si serà cara el curs següent. El fet de que els alumnes no estiguin predisposats a entrar pot ser per dos motius: perquè no vulguin, o perquè la malaltia no els permet entrar en aquell moment. En el segon dels casos, el noi/a durà a terme altres activitats alternatives (manualitats, tallers, jocs...) fins que millori. I en el primer dels casos, la docent s'encarrega de parlar amb l'alumne per saber quins són els motius pels quals no vol treballar i entre els dos, arriben a un acord perquè el noi/a en qüestió, aconsegueixi treballar.

Segons el document intern del Departament d'Ensenyament (2007:10) “la metodologia de treball s'estableix a partir de l'anàlisi, l'observació i la comprovació de nivell en què es troba l'alumne/a, fent una valoració dels coneixements previs, la funcionalitat de l'aprenentatge i l'actitud positiva respecte a allò que ha d'aprendre. A partir d'aquest punt s'anirà introduint l'aprenentatge de nous coneixements. S'ha de procurar que els aprenentatges siguin significatius per a l'alumne”. (2007:10)

Tot i així, hem de tenir en compte que cada alumne és diferent i per tant, amb cadascun s'ha de treballar d'una manera diversa. Al ser un treball individualitzat, el vincle entre l'educador i l'estudiant va creixent. L'estudiant rep l'actitud que té el seu referent educatiu cap a ell i si aquesta és positiva i per tant “mostra optimisme davant de l'estudiant, farà que l'autoestima d'aquest millori i per tant, augmentem les seves capacitats intel·lectuals” (Casadevall, 1997:21).

4.3.3. Metodologies necessàries a l'aula

Per començar, trobo fonamental que un dels aspectes claus a l'aula sigui l'**actitud del mestre**. Aquest és un factor determinant pels adolescents i per l'actitud que ells mateixos tindran a l'aula. Ja ho he mencionat anteriorment, però hi ha tres aspectes claus que un mestre ha de complir: empatia, congruència i respecte positiu (Rogers, 1980).

L'autor anomena que aquests tres factors són els que ha de complir un terapeuta, però, crec que qualsevol professional que treballi amb persones ha de complir-los. El primer d'ells, l'empatia, consisteix en saber-se posar en el lloc de l'altre, poder entendre'l i fer-li saber. D'aquesta manera, l'alumne es sentirà recolzat pel seu referent. El segon és la congruència. El mestre ha de ser congruent amb ell mateix, amb el que diu i amb el que fa. Ha de mostrar-se sincer davant els seus alumnes perquè aquests puguin tenir confiança cap al docent i demanar-li ajuda quan aquest el necessiti. Aquesta és una de les maneres més bàsiques per facilitar l'aprenentatge als estudiants (Rogers, 1982). Finalment, trobem el respecte positiu. Aquest és el més bàsic i segurament el més important de tres. El mestre ha d'acceptar a tots els alumnes siguin com siguin. Els ha de respectar pel que són i no pel que tenen, perquè davant de tot, els estudiants són persones. El mestre ha de deixar de banda totes les etiquetes que puguin tenir, i mostrar-se optimista davant les capacitats dels nois/es (Rogers, 1982).

Rogers (1982:98) deixava ben clar aquests tres aspectes: “si tinc confiança en la capacitat de l’individu per desenvolupar les seves pròpies potencialitats, puc donar-li la oportunitat d’elegir el seu camí i la seva pròpia direcció en l’aprenentatge”.

Però tenir aquests tres principis pot no ser del tot fàcil, sobretot quan tenim en compte que estem parlant d’adolescents diagnosticats amb trastorns mentals. Si l’adolescència és difícil de per si, per tots els canvis que es produeixen ens els nois/es, quan hi ha un trastorn mental pel mig, encara pot accentuar-se més aquesta dificultat. Per això, el mestre s’ha de preparar per totes aquestes problemàtiques que poden anar sorgint a l’aula i anar-les contrarestant (Martínez-Otero, 2007).

Una altre de les funcions que es duen a terme i que el docent ha de fer és **orientar** als alumnes. Per tenir una breu definició usarem la de Fernández (1959) citat per Sobrado (2002:103) i ens diu que l’orientació és una ciència pedagògica que “busca el desenvolupament personal i la maduresa en la presa de decisions vitals”. L’orientació és fonamental en adolescents en risc i amb trastorns mentals com els de l’HDA, sobretot perquè són nois/es que no saben cap a on anar i estan molt perduts en el camí que han de seguir. El docent a través del llenguatge i de la comunicació, ha d’ajudar a guiar als alumnes projectant la seva visió del món. Tot allò que el docent fa arribar al seus alumnes, pot ser determinant per promoure les emocions, la moral i la intel·ligència a través de les seves fites i objectius (Martínez-Otero, 2007).

Acompanyant a la orientació, hi ha la **comunicació**. Aquesta és una eina clau per transmetre coneixements i pensaments als estudiants. Com més completa sigui la comunicació del docent cap als alumnes, més impacte produirà aquesta cap als nois i noies tant a nivell d’aprenentatge com en la seva personalitat (Martínez-Otero, 2007).

Woolfolk (1999) cita a Vygotsky qui parla de la seva teoria de la **Zona de Desenvolupament Pròxim**. Aquesta consisteix en com l’infant necessita ajuda per part del mestre per resoldre problemes. Tot i que l’autor es centri en la infantesa, hi ha un gran nombre d’adolescents a l’HDA que necessiten un acompanyament a l’hora de dur a terme les tasques. De manera individual no són capaços de realitzar la feina si no hi ha algú que els guiï i els acompanyi prèviament. Com que molts solen venir de famílies desestructurades i d’ambients escolars en situació de risc, fa que aquesta capacitat de resolució de problemes no l’hagin desenvolupat per si sols. Des de l’aula, s’intenta que

aquest tipus d'alumnes puguin anar ampliant les seves capacitats i poc a poc, anar treballant de manera autosuficient.

Hi ha una altra funció que és bàsica a l'hora de treballar amb els alumnes. Aquesta és crear **curiositat**. No podem fer que els estudiants prestin **atenció**, si allò que els ensenyem no és curiós per ells. Hi ha diverses maneres de despertar la curiositat als alumnes, com presentar-los diversos estímuls. Mora (2013), ens explica que ser curiós és innat, ja que totes les persones desitgen conèixer coses noves. El problema principal, és com es desenvolupa a les aules aquest sentiment per aprendre i conèixer novetats. Per poder aconseguir-ho, hi ha un aspecte fonamental: l'atenció. S'han de presentar els continguts de manera que despertin interès als alumnes, ja que sense això, l'aprenentatge no serà possible (Mora, 2013). Ortiz (2009:54) afegeix que el “professor ha d'estimular l'atenció dividida o l'habilitat per realitzar diferents tasques a la vegada, la capacitat de planejar futures conseqüències de cada acció, d'inhibir conductes errònies, de prendre decisions adequades”. Un cop és capaç de que els alumnes estiguin atents, aquests podran ser capaços de visualitzar i repetir allò que se'ls ha ensenyat. Quan tenen la capacitat de repetició de manera correcta, el procés d'aprenentatge haurà funcionat de manera significativa (Ortiz, 2009).

Crear curiositat als alumnes i aconseguir que estiguin atents no és fàcil, ja que només ho aconsegueixen els professors excel·lents, degut a que “a través de l'emoció, els permet generar empatia, sigui amb els gestos, l'entonació de les paraules, la construcció de les frases i el contingut de les mateixes o facilitat d'apropar i fer entendre aquells continguts al que escolta” (Mora, 2013:176). Aquest mateix autor, ens diu que un cop es satisfà la curiositat dels alumnes, aconsegueixen tenir una sensació plena de plaer.

Després d'haver anomenat els varis aspectes claus que ha de presentar un docent, parlaré de la **transferència de coneixements**. Tot i així, tot el que he anat explicant, ajuda als alumnes en el procés d'aprenentatge. Mayer (2004:5) ens descriu la transferència com “l'efecte de l'aprenentatge previ sobre un de nou”. Woolfolk (1999), afegeix que la transferència es dona quan allò que has ensenyat serveix perquè l'alumne pugui aplicar-ho d'alguna manera quan es trobi davant d'un nou tema o d'un problema. Si aquest ho aconsegueix, és que l'aprenentatge s'ha realitzat de manera correcta i la transferència de coneixements per part del docent és positiva.

Mayer (2004:13) ens anomena diverses maneres de transmetre un aprenentatge significatiu:

- Proporcionar retroalimentació productiva: de manera que tot allò que s'ensenya, sigui útil pels alumnes i que aquests sàpiguen com usar-ho.
- Proporcionar activitats, concessió i familiaritat: aquestes són tècniques que s'han d'usar a l'inici de nous temes, per tal de poder facilitar allò que es treballarà.
- Explicar amb exemples: ampliar la informació amb exemples pràctics o reals, per tal de fer més entenedor allò que s'està treballant.
- Guiar el processament cognitiu durant l'aprenentatge: el mestre ho fa de manera que els alumnes puguin processar allò presentant d'una manera més senzilla.
- Fomentar les estratègies d'aprendre: el mestre dona instruccions de com aprendre.
- Fomentar les estratègies de resolució de problemes: Es pot treballar a través d'activitats que fomentin pensament lògic, crític i estratègic. Proposar situacions als alumnes, perquè aquests resolguin els problemes plantejats d'una manera diferent.
- Crear un aprenentatge cognitiu a l'aula: el treball en grup i l'ajuda entre companys. Treball de suport mutu i de cooperació i així, assolir nous coneixements i noves habilitats.
- Donar prioritat a la motivació dels alumnes per aprendre: No centrar-se només en l'interès del professor, si no tenir en compte l'interès dels alumnes i així poder treballar conjuntament amb ells.

Quan un alumne es sent segur i veu que pot confiar en el professor, pot començar a sentir un cert **afecte** cap al seu referent educatiu. Martínez-Otero (2007:63) explica que "l'afectivitat és precisament la que informa del vincle educatiu, doncs permet perforar la closca de la individualitat per connectar amb l'altre (alter ego)". Per tant, quan es porta a terme aquest apropament, pel mestre és molt més fàcil entrar en l'alumne i ajudar-lo des d'una manera més propera, en la que s'aconseguirà més que no pas, en una relació freda i distant.

Per acabar, després de reunir tots aquests factors i si es duen a terme de manera correcta, podrem aconseguir **l'autorealització** per part de l'estudiant. Hem de tenir en compte que tot i que el docent sigui el que transmeti els coneixements, aquest és una guia i un

orientador per a l'alumne; és la persona encarregada d'ajudar que l'estudiant vagi creixent i madurant, fins a aconseguir ser el millor que pugui ser. D'aquesta manera seran capaços d'escollir allò que els hi és bo i allò que no (Maslow, 1987).

Una de les millors maneres perquè els alumnes puguin arribar a autorealitzar-se és autoavaluant-se (Rogers, 1982). Els alumnes han d'adonar-se d'allò que han après amb l'ajuda del mestre, però ho han de fer de la manera més sincera.

4.4. La vinculació cap a l'aprenentatge

“The only person who is educated is the one who has learned how to learn and change”. Carl Rogers

He volgut començar amb aquesta cita de Rogers, perquè trobo que el significat de la cita, és una de les idees d'aquest capítol i d'aquest treball.

Però tot i això, s'ha de tenir en compte el que diu Sprinthall, et al. (1996:50) que “l'educació en l'etapa de l'adolescència ha de tenir en compte que es produeixen canvis a nivell físic, sexual, social i cognitiu i que cada alumne necessita ajuda suplementària durant aquest període”. Aquesta necessitat d'ajuda, pot ser que no es vegi d'una manera clara, per tant, el professional ha d'aprendre a llegir entre línies el comportament dels seus alumnes.

Com he mencionat en el capítol anterior, la **curiositat** i l'**atenció** són dos dels aspectes claus per fer que l'alumne aprengui. Quan els infants comencen a aprendre, ho fan des de la manipulació i així captar millor el seu interès (Piaget, 1972) . Així doncs aquest és un dels factors que hem de tenir en compte per captar l'interès en adolescents amb dificultats i poc vinculats a l'aprenentatge. Quan se'ls ensenya d'una nova manera, amb nous objectes, ells demanen agafar-ho, fer-ho ells tot i que no sàpiguen ni com es fa, ni com funciona l'objecte que faran servir. Per què quants cops s'ha vist la impulsivitat dels nens i adolescents, en estrenar jocs o muntar-los, sense saber com funcionen? Ells ho volen aprendre i ho volen fer manipulant l'objecte.

Aquests objectes són estímuls que s'usen per cridar l'atenció de l'alumnat. Estímuls interns i estímuls externs (Luria, 1986). Aquest mateix autor ens explica que els primers, són aquells que formen part de la percepció de la persona i que creen un interès i un desig. Els externs, com bé diu el nom, són els extrínsecs i per tant, provenen de fora de l'individu. Aquests estímuls influiran més o menys segons la intensitat (o força) d'aquests o la novetat de l'estímul (pot ser més o menys atractiu i si ho és més, l'atenció anirà cap a ell) (Luria, 1986; Mora, 2013). “S'ha de notar que un estímul fort genera una reacció intensa, mentre que un altre més dèbil la suscita atenuada. Doncs bé, aquestes relacions naturals basades en la intensitat dels estímuls poden canviar-se com el resultat d'instruccions verbals que susciten en l'home una atenció selectiva cap a determinat estímul” (Luria, 1986:33).

El fet de crear estímuls externs que desenvolupin la curiositat no vol dir que accentuïn l'atenció de la persona. Hem de tenir en compte que l'atenció és voluntària i que per molt que presentem un al·licient, sempre en pot aparèixer un de més interessant i fer que la persona perdi l'interès d'allò que li estàs mostrant. Perquè això no passi, s'ha de treballar l'estabilitat de l'atenció, de manera que tot allò que pugui ser pertorbador no desvii l'atenció de l'alumne (Luria, 1986). Tot i que també hi ha mecanismes que poden generar una falta d'atenció i per tant afectar sobre el procés d'aprenentatge i de la memòria (Mora, 2013).

Però tot i intentar captar l'atenció i produir curiositat, hem de tenir en compte que la **motivació** és un dels factors més importants a l'hora d'aprendre. Woolfolk (1999:372) la defineix "com un estat intern que incita, dirigeix y manté la conducta". Això es dona perquè la motivació és bàsica en la nostra vida, per totes aquelles conductes immediates que poden produir-se. Per això, Ortiz (2009:179) diu que "és un dels processos que s'haurien de cuidar més, en el medi escolar per aconseguir majors i millors resultats".

Però quan una cosa avorreix als estudiants i ho fan per força, l'aprenentatge no serà el mateix que si la persona fa alguna cosa per interès (Mayer, 2004). Cashmore, citat per Ortiz (2009:177), afegeix que "a l'àmbit escolar la motivació és un procés intern que activa, dirigeix i manté una conducta cap un objecte concret i en el que òbviament participen variables biològiques, psicològiques, de personalitat, socials i cognitives".

Mayer (2004:253) explica que la motivació es basa en tres factors:

- L'interès: els estudiants treballen dur quan valoren el que estan aprenent, és a dir, quan el que estan aprenent ho consideren importat.
- L'autoeficàcia: els estudiants treballen dur quan es veuen capaços de poder abordar amb èxit les tasques d'aprenentatge, és a dir, quan confien en les seves possibilitats per aprendre el que tenen davant.
- Les atribucions: els estudiants treballen amb esforç quan creuen que els seus esforços mereixen la pena, és a dir, quan atribueixen els èxits i els fracassos al seu esforç personal.

A l'igual que amb l'atenció, la motivació també pot ser intrínseca i extrínseca (Bruner, citat per Sprinthall, et al., 1996). La interna ve donada per tots aquells motius que satisfan els reforços interns i l'externa per les necessitats que han de ser satisfetes per reforçadors exteriors (Sprinthall, et al., 1996:419). A l'HDA la motivació extrínseca

sorgeix quan la docent posa deures als alumnes i aquests els acaben fent per satisfer les necessitats d'ella i no pas les pròpies.

(Sprinthall, et al., 1996:415) parla sobre la motivació a l'aula com un factor important, el qual pot afectar a l'aprenentatge i a la inversa. Tot i que sembli evident, hem de tenir en compte que si la persona no té ganes d'aprendre, aquesta no ho farà i l'aprenentatge assolit no serà el mateix.

Woolfolk (1999:375-377) ens presenta quatre teories generals de la motivació:

- Teories conductuals de la motivació: Aquesta teoria apareix d'una vessant conductista amb Skinner. Es basa en recompensar als estudiants i en incentivar-los. Se'ls premia quan fan allò que se'ls demana de manera correcta amb allò que pot semblar atractiu per l'alumne. I els incentius són aquells que fa que l'estudiant s'esforci per aconseguir la recompensa.
- Plantejaments humanistes de la motivació: Els autors d'aquest plantejament són Maslow i Deci. El que busca és que les persones augmentin el seu potencial a través de millorar i potenciar l'autoestima.
- Teories cognotivistes de la motivació: El que es diu, és que la gent és curiosa i activa, i que per satisfer aquestes necessitats, està en una cerca constant d'informació per resoldre problemes rellevants. Weiner i Covington, són dos dels autors principals de la teoria.
- Aproximacions de l'aprenentatge social a la motivació: Bandura és un dels precursors d'aquesta teoria, qui diu que la persona vol arribar a aconseguir una fita i el valor que aquesta té. D'aquesta manera, segons el valor que se li hagi assignat, la persona se n'adonarà si la motivació que presenta és la suficient per aconseguir allò plantejat.

Pe acabar, hem de tenir en compte que, perquè hi hagi motivació i aprenentatge, un dels altres factors determinants és l'emoció. L'estat d'ànim de la persona determina de quina manera podrà treballar, i com més tancada i aclaparada es trobi, li serà molt complicat retenir allò que se li ha ensenyat (Sprinthall, et al., 1996).

Per tant, veiem que per produir aprenentatges és molt important tenir en compte la vessant **emocional** de les persones (Timoneda, 2006), degut a que les emocions són un element clau per a la motivació (Ortiz, 2009).

Rosenzweig, Breedlove i Watson (2005:98) diu que “la conducta moral de l'ésser humà pot estar molt influïda per les emocions”, de manera que pot afectar a l'aula. Quan l'emoció va per davant, pot guanyar els comportaments i aquests, ser inadequats.

Mora (2013), ens afirma que tot allò que ens condueix a aprendre com la curiositat, l'atenció, la motivació o la memòria, necessita aquesta vessant emocional. Ja que cada cop més, es veu com l'emoció afecta en els processos cognitius. Sempre que les emocions siguin positives, els resultats que els acompanyin seran bons. I perquè això ho acompanyi, aquest mateix autor troba molt important la Neuroarquitectura. És a dir, que l'espai educatiu ha de ser il·luminat i espaiós (entre d'altres), ja que la percepció que tenen els infants i adolescents els hi generen reaccions emocionals. El tipus d'espai és molt important per millorar l'atenció.

El següent aspecte clau per produir aprenentatges és la **memòria**. Quan més capacitat té una persona de recordar, millors aprenentatges podrà aconseguir. Per poder captar allò que es presenta, generalment ha de predominar una modalitat: visual, auditiva o motora; aquestes capacitats les tenim totes les persones. Però, tot i que a dues persones els predomini la mateixa modalitat no vol dir que recordin el mateix ni de la mateixa manera, ja que tot depèn del nivell organitzatiu de la persona (Luria, 1986).

Aquesta activitat mental pot ser perjudicada a llarg termini en infants i adolescents, ja que una pèrdua de son d'una o dues hores diàries pot arribar a afectar el processament de la informació i a la memòria (Mora, 2013). “El rendiment mental requereix al menys de tres processos cognitius que bé podrien ser la seva base cerebral: l'atenció, la memòria de treball i les funcions executives” (Mora, 2013:145). És per això que hem de cuidar tots els processos d'aprenentatge en nens i adolescents i fer-los veure la importància que tenen.

Tot i que en adolescents no sigui tant comú, la **imitació** és un dels factors amb més valor a l'hora d'aprendre, podent arribar a multiplicar les oportunitats d'educar-se (Mora,2013). En el moment d'anticipar-los els exercicis o mostrar-los com es fa una tasca, els nois/es solen imitar allò que has fet i de la mateixa manera.

Però no només és important la imitació (observació i repetició), si no com ells **raonen** per fer allò que tu has fet. Sprinthall, et al. (1996), ens recorda el treball de Piaget en l'adolescència, on els adolescents necessiten raonar de manera abstracte per poder arribar a una conclusió final. Ho fan d'una manera en la que abans no s'havien trobat, desenvolupant unes capacitats que abans eren pràcticament inexistentes, de manera que els ajuda a aprendre indirectament. Amb aquest raonament, aconseguim que els alumnes siguin **creatius**, ja que experimenten i cerquen a través de diverses alternatives les millors respostes, potenciant la seva capacitat de raonament i pensament crític (Rogers, 1982; Sprinthall, et al., 1996). La creativitat també pot potenciar-se quan l'adult "reconeix les seves pròpies dificultats i suggereix que l'adolescent pot aportar solucions originals" (Pereira, 2011:63).

Per continuar, un dels temes dels que es parla bastant és el **desenvolupament cognitiu** i la **intel·ligència**. Piaget (1989:17) diu que "la intel·ligència no és més que un terme genèric que designa les formes superiors d'organització o d'equilibri de les estructures cognoscitives". Aquest mateix autor (citada per Sprinthall, et al., 1996) afegeix que la cognició és tant un procés cognitiu com interactiu. Això esdevé, perquè no tenim el cervell buit, en el que podem anar emmagatzemant informació, ni tampoc el trobem aïllat. Les persones tenen percepcions diverses sobre el món i sobre la informació que reben; fent que durant el procés d'informació es vagi produint el desenvolupament cognitiu de la persona. Les maneres de pensar dels infants i adolescents van canviant al llarg dels anys, degut a la informació rebuda i a com la perceben. La maduració és un aspecte important, on la persona va veient les coses d'una altra manera.

Salvador-Carulla i Aguilera (2010), diu en el seu article que el concepte cognitiu és un terme complex, perquè depenent de l'ús (segons la ciència que l'usi), té un significat diferent.

Sprinthall, et al. (1996:76) ens diu que "el sistema cognitiu humà depèn de les interaccions que es mantenen amb el medi; per tant, el desenvolupament pot interrompre's en el moment en que deixin de produir-se intercanvis amb l'ambient". Aquest medi tant pot incloure les relacions socials (Vygotsky) com la interacció amb l'ambient (Piaget). Tot i així, com que depèn de la situació en la que es trobi l'adolescent, els dos tipus d'interacció poden ajudar al seu desenvolupament cognitiu.

Clar que si el noi/a es troba en situació de risc, és més complicat que aquest creixement es produeixi i sigui efectiu.

Encara que aquests factors siguin influents i puguin ajudar a potenciar el desenvolupament cognitiu, no vol dir que aquest procés pugui avançar-se. Per molt que s'estimuli, la capacitat de comprensió i raonament és diferent en els grups d'edat (Sprinthall, et al., 1996). Aquest desenvolupament es pot estimular amb l'educació escolar i l'educació familiar (Piaget, 1972).

Per poder facilitar l'aprenentatge, Mayer (2004:233-243) ens proposa tres tipus d'aprenentatge:

- Aprenentatge recíproc: es fa entre l'educador i els educands. Tot i que el que comença el debat és el docent, els alumnes han de participar i d'aquesta manera fer que els estudiants aprenguin coses noves per part dels seus companys i per part del mestre i a la inversa.
- Aprenentatge cooperatiu: És la manera en que els alumnes treballen conjuntament. S'ajuden amb les dificultats que tenen i entre ells es reforcen els punts dèbils. S'ha d'intentar deixar de banda la competitivitat per crear una cohesió de grup.
- Aprenentatge/model participatiu: “un expert i un novell participen cadascun modelant el procés per dur a terme una tasca cognitiva” (Mayer, 2004:243)..

Quan els aprenentatges no es duen a terme, pot ser perquè es trobin davant d'una situació de perill. En aquest cas la planificació es bloqueja, afectant a la concentració de l'alumne i a la feina que duu a terme, fent que no puguin resoldre els problemes amb la mateixa facilitat i creativitat que quan no estan bloquejats (Timoneda, 2011). Amb això podem relacionar, que quan veiem a una persona amb dificultats a l'hora d'aprendre (ja sigui llegint, escrivint...) i veiem que els seus processos cognitius no estan afectats, ens haurem de centrar en una intervenció emocional (Timoneda, 2011).

Finalment, per fer que un aprenentatge sigui significatiu pels alumnes, hem d'aconseguir que els estudiants percebin el que fan com *important pels seus propis objectius* (Rogers, 1982). Ja que, “realment aprenem quan ens apoderem d'allò” (Timoneda, 2012:5)

L'empatia entre l'educador i l'estudiant és necessària, sobretot perquè facilita que l'amígdala de l'educand no s'encengui. En el cas de que la relació no sigui bona, pot ser que la relació sigui interpretada com a perillosa per l'amígdala, de manera que el noi/a actui defensivament (Timoneda, 2012). L'alumne pot arribar a veure al seu referent com “un company de confiança en el seu món interior” (Rogers, 1981:87).

És necessari un **vinde** entre l'estudiant i el docent, sobretot per facilitar les relacions personals entre ells. Quan aquest vinde creix i es considera important per l'alumne, el respecte i la visió cap al mestre serà diferent, de manera que pot convertir-se en un referent educatiu en el qual confiar i amb qui comptar.

Rogers (1982:96) ens diu que “quan el mestre té la capacitat de comprendre des de dins les relacions de l'estudiant, quan té una percepció sensible de com es presenta el procés d'aprenentatge a l'alumne, llavors podrà facilitar un aprenentatge significatiu”.

Tot i que sembli que és un tema sense importància, la bona relació entre l'estudiant i el docent és bàsica i essencial. Això encara s'ha d'accentuar més quan l'atenció és individualitzada.

El fet de crear vinde entre l'educador i l'educand, accentua la manera de treball i la manera d'aprendre del noi/a. Pot estar més atent i per no decebre al docent, l'alumne inicialment treballarà pel mestre. Poc a poc, s'anirà vinculant amb allò que és aprendre, i començarà a trobar un sentit a allò que fa i a allò que duu a terme. A l'inici, aquesta acció és inconscient, però poc a poc, la consciència té més pes i l'alumne comença a ser conscient de les seves capacitats. Quan se n'adona de que ell pot fer les tasques (i les creences negatives passen a ser positives), es va autorealitzant.

Però per arribar a **autorealitzar-se** és necessari **l'autoconeixement** i **l'autoconcepte** de la persona.

Sprinthall, et al. (1996:265), ens descriu l'autoconcepte com “l'opinió general sobre un mateix en diversos àmbits” i l'autoeficàcia com “l'opinió específica d'un mateix sobre la pròpia capacitat en un determinat àmbit”. Com he mencionat, és important que els alumnes coneguin les seves capacitats reals i potenciar-les. Les creences personals són un aspecte clau en el funcionament emocional. Com menys autoestima té una persona, pot desencadenar un procés en el que pugui dificultar i impedir el treball d'aquests alumnes (Timoneda, 2012).

El docent, a través del vincle que ha creat, pot demostrar optimisme i positivitat cap als seus alumnes, de manera que l'autoestima d'aquests vagi canviant i augmentant. Quan això va passant, el docent ha d'ajudar i orientar a l'educand cap a un procés d'autorealització. El mestre ha de desenvolupar el potencial d'aquests nois i noies perquè puguin arribar a la plenitud (Maslow, 1987) i començar a ser autosuficients a l'aula, a l'escola i a la vida diària.

Després d'aquests petits punts, tot i que l'estudiant ha de ser el que vulgui aprendre i tornar a vincular-se, és la feina del docent qui ha d'aconseguir que poc a poc torni al cicle educatiu. Degut a que són nois i noies molt infravalorats per part de la societat, la feina del docent (o pedagog) és ajudar-los a créixer i demostrar-los que les creences que han obtingut són errònies i les seves capacitats són majors.

I més si tenim en compte que “aprendre és una de les conductes (conscients i inconscients) més velles del món. Aprendre és innat” (Mora, 2013:91)

4.5. Casos pràctics

Abans de començar a explicar els dos casos, m'agradaria afegir que a tots dos se'ls ha diagnosticat amb trastorns mentals. Un dels diagnòstics similars que tenen és el de TDAH. Com que el treball està encarat cap a una vessant educativa i no mèdica (tot i que es relacionin), trobo important treballar ambdós casos que tenen aquest diagnòstic que preocupa en un àmbit educatiu i escolar.

4.5.1. Cas 1: l'Alba

El primer cas a tractar és el de l'Alba, una noia que va ingressar a l'HDA de Granollers amb 14 anys. A l'actualitat, té 16 anys i està cursant un Programa de Qualificació Professional Inicial (PQPI).

Respecte a l'àmbit familiar l'Alba és filla única i la seva família no és molt extensa. El nucli familiar és bastant desestructurat degut a que els seus pares estan separats. En aquesta història familiar hi van aparèixer un seguit d'abusos cap a la mare i la nena els observava. El pare – amb el que la relació és mínima o pràcticament nul·la – és toxicòman, ja que té una gran dependència de l'alcohol. La mare es troba en una situació cultural molt pobre. Ella treballa fent feines de neteja. No tenen gaires recursos econòmics i això afecta la seva vida diària per la dificultat que comporta comprar menjar, roba, etc. Té una relació molt disruptiva amb els seus progenitors i és bastant reactiva davant de les relacions socials. Respecte a la resta de la família, tot i que té tietes que econòmicament tenen recursos, ni la mare ni ella els demanen ajuda. També té una tieta amb un fill que presenta un retard mental important.

Quan va començar l'ESO, va mostrar trastorns de conducta i absentisme escolar. Això podria ser, perquè el primer any de la secundària va estar vivint amb el seu pare. Mostra un retard d'aprenentatge i problemes d'integració a l'escola, degut a que ha arribat a patir bulling.

És una noia que presenta un fort rebuig afectiu i emocional cap a persones externes. En el moment de l'ingrés cursava 3r d'ESO i el seu diagnòstic mèdic era un trastorn de conducta i de TDAH per part de l'escola. Cada membre de l'equip es va plantejar uns objectius per treballar amb ella: la infermera, L. Mella, es va centrar en la higiene i en l'alimentació; el monitor, O. Comajuan, no tenia uns objectius concrets a treballar, així

que va dedicar-se a millorar les normes i les inadequacions a l'hora de parlar/dirigir-se amb els iguals; la psicòloga a centrar-se en els seus problemes personals i familiars per millorar-los; i la docent a re-vincular-la en el món educatiu i ajudar-la amb les seves dificultats. La psiquiatra era l'encarregada de controlar-li la medicació, tot i que a vegades també feien teràpies individuals.

Al llarg del seu pas per l'HDA, els objectius per part de tots es van complir en gran mesura. La psiquiatra va medicar a l'Alba amb *Concerta* pel TDAH, el qual no sempre es prenia per la dificultat econòmica a casa. La infermera va aconseguir que provés tot tipus d'aliments, tot i que no sempre se'ls menjava. A casa era més difícil per la dificultat afegida del capital i s'havia d'adaptar amb el que hi havia o feien a casa de les seves tietes. Respecte la higiene, se li va ensenyar el tipus de roba que havia de dur per cada estació de l'any (encara que els recursos fossin escassos i feia el que podia), la higiene física va millorar-la i se li van ensenyar tots els temes de la sexualitat i es va treballar sobre això (sobretot amb la menstruació perquè no tenia gaires coneixements). El monitor va intentar augmentar la seva autoestima, però amb l'entorn familiar que presenta va ser complicat. I també va ajudar-la amb l'acceptació del grup, de manera que no es sentís diferent (pel tema de la pobresa). La comunicació amb els companys va millorar, exceptuant els moments de rebequeries, on va aprendre a expressar-se correctament, complia les normes de l'HDA i es va treure la *ximpleria* de sobre. El treball de la psicòloga va ser més complicat, ja que la relació amb la mare es va calmar una mica, però tot i així seguia havent dificultats i problemes entre elles: moltes discrepàncies en les opinions i pensaments d'ambdues.

Respecte l'àmbit educatiu, que és el que ens interessa, l'Alba té molts problemes de comprensió, tant a nivell textual i oral, com en aspectes pragmàtics de la llengua (ironies, dobles sentits i metàfores). Quan es treballa amb ella, se l'ha d'acompanyar molt i reestructurar-li els enunciats així com tornar-li a explicar allò que li demanen; el seu nivell educatiu i cultural és molt baix. Com ja he mencionat anteriorment, quan ella cursava tercer d'ESO se li van adaptar les assignatures troncales, fent-li un PI. L'anglès és una de les matèries en la que més fluïxjava, perquè al tenir problemes amb la seva llengua nativa, intentar comprendre una estrangera li era molt complicat.

Dins de l'HDA, l'Alba va trobar un referent acadèmic, R. Belana, la docent, cosa que a l'institut no tenia. El fet de no tenir una persona a l'institut amb qui recolzar-se, encara

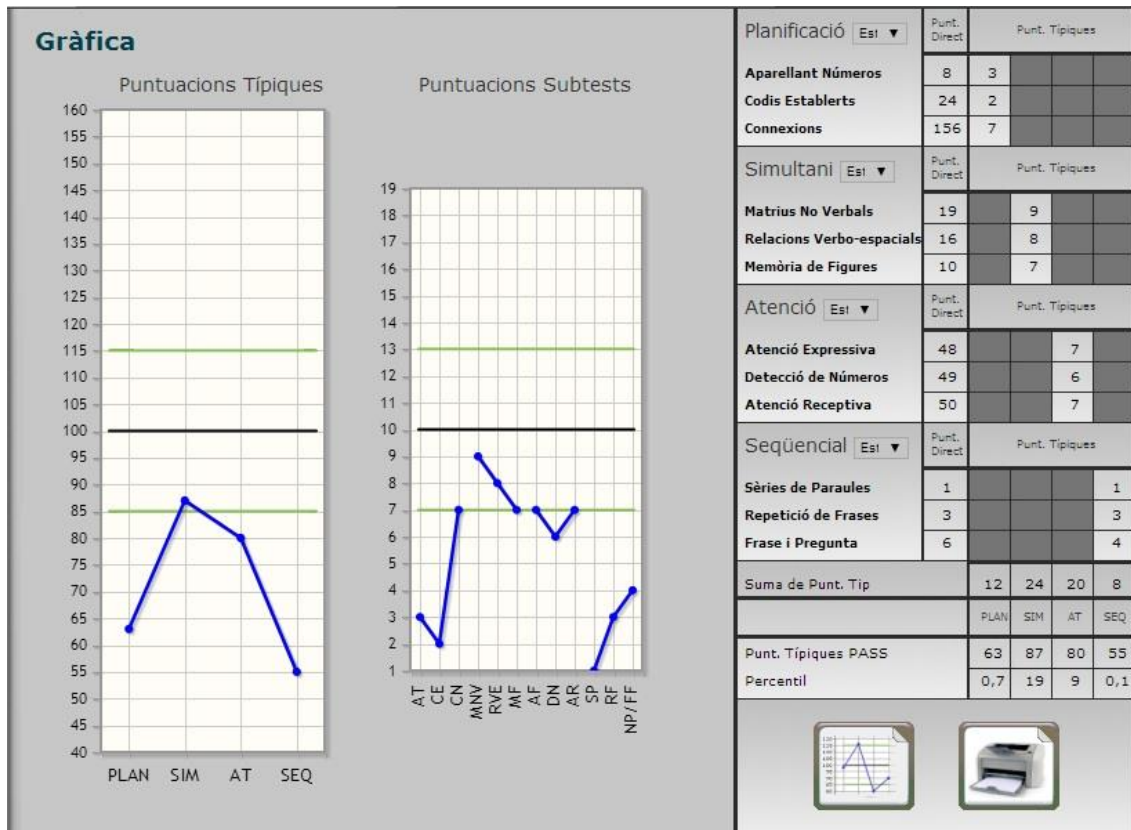
va fer que es desvinculés més amb l'escola. La docent de l'HDA va aconseguir que a l'institut se li adaptessin les matèries per tal de facilitar-li a l'Alba la seva educació. Com que a l'HD tenia una atenció individualitzada i l'ajuda que ella requeria, va anar millorant en l'àmbit educatiu. Es trobava segura a l'aula, ajudant-la per continuar estudiant i també amb tots els professionals de l'hospital, amb qui tenia un gran recolzament. Va trobar la motivació per estudiar i per plantejar-se uns objectius de futur. Ella era una de les noies que demanava entrar a l'aula, un lloc on es sentia segura.

Tot i ser una noia amb problemes afectius, vaig poder comprovar de primera mà que quan la persona de referència es mostra optimista amb ella i per tant, es treballa a través de la empatia i el reforç positiu, crea un vincle amb el seu educador. Això és un gran suport per ella, sobretot quan a casa seva no té un referent ni un vincle afectiu amb la mare.

Al presentar dificultats acadèmiques, des de l'institut es plantejava la idea de fer-la repetir, sense donar-li cap tipus de suport. Simplement, la deixaven en un racó a l'aula fent feina de manera individual. La docent de l'HDA, va aconseguir que la passessin a quart d'ESO, per l'esforç que havia fet a l'hospital. D'aquesta manera, per part del centre escolar se li mostraria un suport respecte a les seves capacitats i un augment d'autoestima (degut a que la té molt baixa).

Com he anat repetint, el problema principal de l'Alba és la gran dificultat de comprensió (ens ho diuen tant la psicòloga i la docent de l'HDA, com el tutor del PQPI). Per poder conèixer aquestes dificultats i saber si les problemàtiques procedien d'un problema cognitiu, emocional o d'ambdós, vam passar-li un DN-CAS (després d'haver-li donat l'alta). Com he explicat en el punt 2.4.4 *DN-CAS*, per saber si la persona té un bloqueig emocional, la planificació i l'atenció haurien de ser significativament més baixos que el simultani. I per saber si té problemes cognitius, el seqüencial hauria d'estar com a mínim per sota d'una desviació típica (SD), de la mitjana. Qualsevol procés que es trobi per sota d'una SD o per sota de la mitjana, és perquè té algun procés bloquejat. Li vam voler passar aquesta bateria, per demostrar què era el que predominava en la falta de comprensió de l'Alba, si el bloqueig emocional o el cognitiu, i desmentir o aprovar si el diagnòstic de TDAH era correcte o no, ja que a l'hora de fer el test, tenia molta capacitat de treball constant (a l'aula i de manera individual) i va estar concentrada la major part del temps. Quan la seva postura corporal

i la seva actitud davant les proves canviava, era perquè no les entenia i les feia sense pensar. Els resultats obtinguts són els següents:



Els resultats que trobem (i per tant, podem explicar la vessant educativa del cas) és que els quatre processos presenten diferències significatives i tres d'ells estan per sota d'una desviació (en algun cas, per sota de dues). D'aquesta manera ens adonem que al cervell li passa alguna cosa.

Per ser un problema neurològic (per tant, el procés de seqüencial), hauríem de conèixer si va patir un retard en el llenguatge. En el moment de passar-li el test, vam parlar amb la R.Belana, docent de l'HDA i ens va dir que no li semblava que hagués tingut un retard de la parla. Per tant, aquests problemes de comprensió, podrien ser per la privació cultural que hi ha en el nucli familiar al no rebre l'ajuda necessària o per un component hereditari que afectés a la part neurològica.

El simultani és l'únic que està entre els límits de la normalitat, però tot i obtenir aquest resultat, presenta certes dificultats per entendre les coses. Per exemple, passant les diferents proves vam observar que no comprenia el significat de la paraula "sobre", ja

que ens va preguntar si volia dir a dalt o a baix. Per tant, tot i que aquest procés és el més elevat dels quatre, es podria estimular més per tal de potenciar-lo.

Tot i què són problemes de base emocional, amb un alt grau d'afectació, la possibilitat de ser alhora neurològic no queda descartat. Per tant, al presentar un bloqueig emocional té més capacitats de les que presenta, però no gaires més si un dels components és realment neurològic.

Amb els resultats del DN-CAS podem veure que si el diagnòstic del TDAH fos real (i per tant, de caire neurològic), la planificació i l'atenció haurien de sortir encara més baixes. Afegint que al només tenir baixa la planificació el diagnòstic que se li va fer no és correcte.

Com he anat mencionant, l'aula és un espai de treball majoritàriament a nivell individual. Aquest és un espai que una alumne com ella necessita. Tot i ser una noia amb capacitat de concentració i d'observació, necessita molt d'acompanyament a l'hora de fer la feina. Sempre que ha de copiar algun text, ho fa de manera correcte sense deixar-se signes de puntuació ni comet faltes d'ortografia. És organitzada amb la feina i sempre porta allò que se li ha encarregat (deures); amb aquests comportaments observem la seva predisposició a fer feina, a treballar i a demanar ajuda quan la necessita.

A l'hora de treballar, es concentra i fa la feina, però en els moments on no troba sortida al camí per la dificultat d'allò que està fent, deixa de treballar i comença a parlar d'altres coses o posa excuses com "es que me he dejado las gafas". Aquests són comportaments defensius que ens mostren que l'amígdala de l'Alba s'encén quan està davant d'una tasca complicada per fer la feina. Aquest és un problema que es presenta molt en els exàmens. Com que té molta dificultat en reestructurar textos (sobre temes escolars), diu que es queda en blanc i sense paraules i per tant, no completa els exàmens. Diu que té les paraules a la punta de la llengua però les oblida, presentant un trastorn de la llengua. Aquest problema de reestructuració només li ocorre a les situacions de perill, ja que és capaç d'escriure poesia "de carrer" (senzilla, sense una estructura), però no és capaç de ser creativa. Però tot i que l'amígdala pugui encendre's, hi ha cops que aquestes situacions evitatives es donen conscientment, lligades amb els seus hàbits i la motivació a l'hora de treballar, així com altres elements apresos al llarg de la seva vida.

Encara que pot arribar a presentar una relació evitativa cap a l'aprenentatge en moments determinats, aquesta relació és ambivalent, ja que si se l'acompanya és capaç de fer-ho, fer-ho bé i treballar constantment. Tal i com explica Vygotsky amb la zona de desenvolupament pròxim. Per tant, clarament l'Alba és una noia que necessita un acompanyament en la tasca educativa per poder sortir-se. Però un punt a favor de que ho pugui aconseguir, és la relació del vincle que va crear amb la docent. D'aquesta manera, ella es sentia segura i recolzada i trobava sentit a allò que feia gràcies a la bona relació que tenien ambdues. Belana era optimista amb ella respecte les seves capacitats i per tot allò que se li deia que podia fer, fent que la seva autoestima i motivació creixés.

Se li va donar l'alta a l'iniciar el curs escolar 2013-2014. El diagnòstic final de l'alta és d'un trastorn depressiu i adaptatiu (pels problemes emocionals). Va començar el curs escolar 2013-2014 fent quart d'ESO, ja que finalment l'institut no la va fer repetir però sense mantenir-li el PI. Poc després de començar el curs escolar va deixar d'anar-hi, ja que es va començar a aclaparar per la dificultat, per no haver-li adaptat aquell curs. Per tant, se la va orientar cap a un PQPI a l'Escola Pia, que va iniciar a la meitat del curs actual.

Actualment, l'Alba, tot i estar inscrita en el PQPI, ha deixat d'anar-hi, ja que va començar a la meitat de curs i no estava còmoda. Tot i així, de tant en tant va a parlar amb el seu tutor (Mancilla) i va a recollir els apunts per poder fer l'examen d'accés a cicle. Vol fer el grau mitjà d'auxiliar d'infermeria i acabar a la Universitat. El seu tutor ens explica que el problema principal de no anar al PQPI ve de casa. Té una relació de lluita constant amb la seva mare, on cadascuna té punts de vista diferents. Té una postura molt forta respecte a la seva mare, ja que pot amb ella. Quan s'enfaden, ella és qui té el poder i per tant, la mare acaba cedint en tot el que ella diu.

Quan va començar, es va pactar que anés 3 dies a l'aula en lloc de 5. D'aquesta manera es podria aconseguir que anés a classe. Però tot i així, només va anar un total de cinc dies. Com que el tutor es porta molt bé amb l'Alba, quan li diu que vagi a parlar amb ell, hi va i no falla mai. Però no pot considerar-se el seu referent, ja que no li ha donat temps. Malgrat tot, per la relació que tenen han creat un petit vincle. Però el motiu de que aquest no sigui més fort, és perquè el vincle no el té associat a ella mateixa, fent que no tingui a ningú amb qui parlar o amb qui trobar-se.

Des de l'Escola Pia (l'institut on fa el PQPI), el que s'intenta treballar és que estigui còmoda i contenta perquè torni. A vegades s'aconsegueix i a vegades no. Els cops que ha anat a l'aula se l'ha intentat motivar, però un cop es perd, es tanca en ella mateixa i no vol fer res. Això es lliga molt amb l'autoestima. Com que aquesta és molt baixa, Mancilla intenta reforçar-la positivament mostrant una actitud optimista cap a ella. Quan fa dies que no va a l'escola, la truca per parlar amb ella i orientar-la. Aquest treball el fa de manera individualitzada i orientat de manera completa cap a l'alumne. L'àmbit familiar no es sol treballar en el PQPI, perquè aquest és un treball que es fa a l'ESO. El treball s'encara cap als problemes dels nois/es, però si el problema s'ha de tractar a nivell familiar, com a última instància ho fan. Però la mare de l'Alba no té gaire predisposició a anar al centre, degut a que no hi ha gaire implicació per part d'ella.

Respecte al seu treball a l'aula, els cops que ha anat, aquest ha estat en gran part correcte. El seu currículum no està adaptat, pel fet de que no hi ha cap necessitat. Tot i que ella presenti un nivell bastant baix, el que s'ofereix en el PQPI és acceptable. A més, Mancilla afegeix, que un cop se li adapten molt les coses, quan se li ha de demanar alguna cosa no ho fa perquè se n'adona que el nivell d'exigència és més alt i creu que no ho pot fer. Tot i que el currículum d'ella no sigui adaptat, quan no entén allò que fa es treballa de diverses maneres o se li dona una altre tasca a fer. A l'hora de treballar, sempre que s'esforça és capaç d'entendre allò que se li explica i és capaç d'estar a l'aula. Al ser una noia bastant emocional, quan un educador li arriba mínimament, aquest pot demanar-li coses i ho acaba fent. Però quan es veu bloquejada perquè allò que fa és difícil per ella, comença a dir paraulotes. La manera per tornar a concentrar-la és deixar que es relaxi i acompanyar-la perquè torni a treballar. Quan es treballa d'una manera més individual, quan vol fugir comença a explicar-li al tutor aspectes personals i diverses històries. Aquest, l'escolta i l'ajuda donant-li algunes idees; seguidament l'acompanya a tornar a fer feina i ella al sentir-se recolzada, cedeix. El problema apareix quan se li diu directament que calli, on es bloqueja directament. Aquí és on comença un enfrontament amb l'educador per veure qui dels dos pot més en aquesta discussió, ja que quan se li diu que ha de fer les coses perquè és el que toca, ella fa el contrari.

El que pretenen és que s'esforci, ja que el nivell de comprensió que es demana és el que ella presenta. Ella, arriba un punt en el que no s'esforça perquè creu que no arribarà a fer allò que se li demana. Es desmotiva i es frustra molt ràpidament, ja que no és capaç

de visualitzar l'objectiu final. Això és degut a tots els cops que se li ha dit que no és capaç i que mai podrà fer res.

En el PQPI no es fa atenció individualitzada a menys que es requereixi per falta d'assistència, motivació o predisposició. Amb ella a vegades se'n fa, principalment quan no va a l'escola i queda amb el tutor. Dins de l'aula, no es fa atenció individualitzada amb ella, tot i que automàticament s'exclou del grup classe. Això és un aspecte negatiu, ja que des de l'escola es creu que és necessari un vincle amb els seus companys i que d'aquesta manera es reforcin els uns amb els altres per ajudar-los a treballar l'autoestima. Si els alumnes s'exclouen o es separen a la resta per nivells, es potencia encara més l'exclusió social que ja tenen. Envien a alumnes amb moltes dificultats de lectura i escriptura cap als PQPI, i un d'aquests casos és el de l'Alba.

A l'INS Lauro, el seu antic institut, estava molt marginada i no se la volia integrar en un projecte escolar. Com que s'ha de tenir paciència perquè treballi i faci les coses, si la inclouen en un projecte, la resta del grup no funcionaria. Per aquest motiu, hi havia aquest rebuig cap a ella des del seu antic institut.

Ella s'està preparant per fer la prova d'accés a cicles, des de casa. Això és un tema complicat ja que a casa no té ningú a sobre perquè treballi. No té ni responsabilitats, ni constància a l'hora de treballar i més tenint en compte que no els hi posen deures. Seria ideal que anés a l'institut, però no es pot fer res perquè hi vagi sempre, ja que ha de sortir d'ella. D'aquesta manera treballaria amb un acompanyament i se li aniria obrint un camí sobre els aspectes acadèmics. De tota manera, els cops que hi ha anat hi està bé. Un factor important és la relació que té amb els seus professors, que en general era bona i ho continua essent els cops que hi va. Malgrat tot, té molta por a vincular-se amb ells i no ho fa.

Respecte als companys, a vegades té una relació bona i d'altres té problemes d'adaptabilitat. Vol demostrar que és d'una manera que no és i això és un impediment per relacionar-se amb ells, pel fet que a vegades presenta una actitud *xulesca*. Això pot ser donat perquè va entrar a meitat de curs, on el grup ja estava consolidat i tenint en compte que té un caràcter molt fort, quan aquest li surt perjudica a les relacions socials.

Dins de l'Escola Pia no ha tingut un referent psicopedagògic en el qual recolzar-se, degut a que en els PQPI no hi ha un departament psicopedagògic. Tot i així sí que té una psicopedagoga de referència, però aquesta va en mans del CSMIJ.

Finalment, Mancilla ens diu que l'HDA va ser un recurs molt bo per ella, sobretot en l'àmbit educatiu. La docent va ser un bon referent per ella i una persona molt important en la que recolzar-se. Quan aquesta li deia que fes feina o allò que se li demanava, ho feia. Se li va donar l'oportunitat de crear un vincle educatiu que l'ajudés a voler seguir estudiant i a crear-se unes fites i uns objectius a llarg termini.

Resumint, tot i aquesta ajuda rebuda a l'HDA, al ser donada d'alta l'Alba es va tornar a retrobar dins de l'INS Lauro, on no rebia un acompanyament psicopedagògic necessari per ella, i on tenia l'etiqueta de noia conflictiva que no deixava treballar a l'aula per una necessitat constant de cridar l'atenció. Tot això va potenciar que es desvinculés de nou de l'àmbit educatiu.

4.5.2. Cas 2: Fernando

En Fernando és un noi que va ingressar a l'HDA amb 14 anys per absentisme escolar. A l'actualitat té 15 anys per fer-ne 16 i està repetint tercer d'ESO.

El seu nucli familiar és bastant estructurat, ja que viu amb els seus pares i té una germana 6 anys menor que ell. Ell va ser un fill molt esperat després d'anys d'intents, finalment va néixer per fecundació in vitro. Els pares tenen un estil educatiu força permissiu. La mare és més propera a nivell afectiu i li “consent tot”; no treballa perquè té la baixa per malaltia (fibromiàlgia). El pare en canvi sí treballa, però és més distant a nivell afectiu i és un model imitat pel noi: és competitiu, exigent, amb molt sentit del bé i del mal, de la responsabilitat... També s'ha dit que el pare l'anul·la com a persona, per la manera tant estricta que té de ser amb ell, arribant a infravalorar-lo dient-li que “no serveix per res”. A nivell econòmic no presenten dificultats.

En Fernando és un noi que des de petit ha estat tractat per l'EAP i ha passat per diverses institucions. Quan va ingressar a l'HDA tot i que no hi havia un diagnòstic gaire clar, per un estudi psicològic i pels comportaments de primera infància, se'l va diagnosticar amb un TDAH de subtipus combinat.

Cada membre de l'equip es va plantejar uns objectius per treballar amb ell: la infermera, L. Mella, es va centrar en la higiene del son i en l'adherència del tractament; el monitor, O. Comajuan, treballa l'autoestima, les normes bàsiques (l'horari), l'educació (saludar, el bon dia...), la inadequació per parlar amb els companys (estava per sobre de tot, com si fos un “rei”), i la competitivitat amb l'esport; i la docent treballa en la re-vinculació en el món educatiu; la psicòloga només el veia en psicoteràpia on deia que es mostrava molt tancat. Finalment, la psiquiatra, M. Rodríguez, era la seva terapeuta de referència. Ella va treballar moltes coses: el nivell anímic (autoestima, inseguretat, reducció del nivell d'exigència i d'expressió emocional), l'acceptació de la presència de dificultats (ell no era conscient, ja que mostrava normalitat i una actitud defensiva), l'organització d'una rutina (només dormia i no sortia al carrer), les relacions amb el nucli familiar (els conflictes entre els pares i les exigències del seu pare), i la vinculació a activitats lúdiques i socials (abandonament d'estudis i activitats extraescolars).

Al llarg del seu pas es van complir alguns objectius i d'altres no. Dels d'infermeria només es va aconseguir la higiene del son (ja no dormia a les tardes i no s'aixecava tant

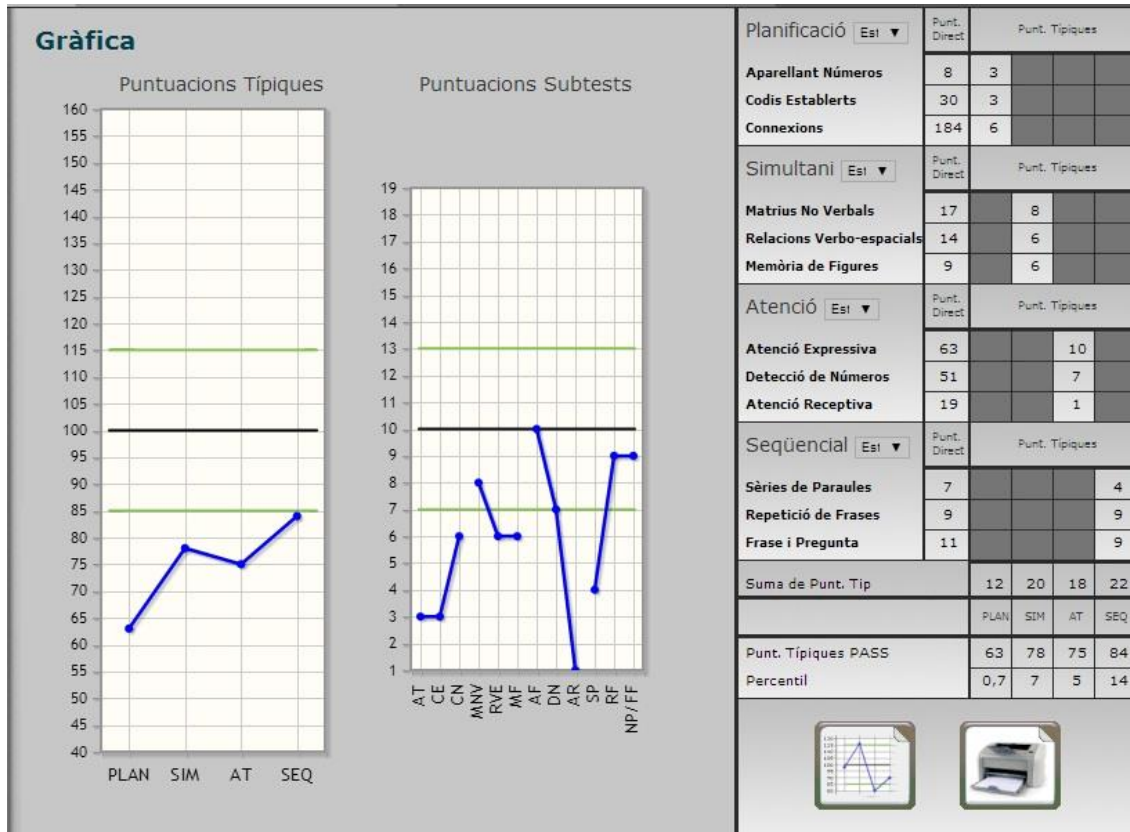
tard), ja que l'adherència a la medicació no es va complir perquè els seus pares no volen que se la prengui i ell tampoc vol. Es van complir alguns objectius del monitor, però no els més importants. Ens diu que es segueix mirant molt al mirall (molt pendent del seu físic) i que el tracte amb els seus companys no ha millorat. Com que és una de les coses que s'ha de seguir treballant, ell no li hauria donat l'alta. Els de la docent s'han aconseguit, ja que està anant a l'institut i ha tornat a vincular-se. Finalment, la psiquiatra ens afegeix que la millora més important va ser en el seu estat anímic i en la motivació, ja que se l'ha pogut re-vincular a l'activitat acadèmica. A més, les relacions familiars han millorat molt. També ha acceptat les seves dificultats i la necessitat d'ajuda, però segueix amb una actitud defensiva important. Les coses que no s'han aconseguit millorar són l'expressió emocional, l'actitud defensiva, ni que dugui a terme activitats socials i lúdiques.

Respecte a l'àmbit educatiu, quan va ingressar a l'HDA presentava absentisme escolar, per la poca motivació que tenia. Quan li vam fer la primera entrevista, ens va dir que no anava a l'escola perquè "no volia fer perdre el temps als seus mestres" i no tenia una motivació. Al llarg del seu ingrés no vam poder treballar gaire amb ell fins que va començar el nou curs (per tant, no vaig poder seguir la seva estada). Però en el meu període de pràcticum recordo que la resta de l'equip deia que presentava dificultats cognitives, cosa que la docent i jo refutàvem.

Des de l'HDA es va aconseguir que volgués tornar a estudiar i tornés a anar a l'institut amb la condició d'un canvi de centre. La mare ho va acceptar i ell també, tot i que se'l va avisar de que hauria de repetir tercer d'ESO degut a l'absentisme escolar. Dins de l'HDA va aconseguir tenir un referent educatiu, cosa que a l'institut no tenia (un factor influent podria ser la mala relació dels pares amb el centre) i no l'ajudava amb la situació que presentava. La relació entre en Fernando i la docent era bona, de manera que ell la veia com un una persona en la que recolzar-se.

Igual que a l'Alba, a en Fernando també li vam passar un DN-CAS. Volíem comprovar si de veritat li passava alguna cosa al cervell i el comportament que mostrava davant els companys de l'HDA i els comentaris que feia, venien donats d'un problema cognitiu. Aprofitant el test, també volíem conèixer si el perfil de TDAH que se li havia diagnosticat era real. A l'hora de fer el test es va mostrar molt concentrat en les tasques que havia de fer. També mostrava una actitud perfeccionista a l'hora d'escriure i marcar

les respostes de les diferents proves. Quan no estava segur de la resposta i ens deia la que creia que era la correcta, seguidament ens preguntava si estava bé i en cas negatiu, volia conèixer el perquè i que li expliquéssim per poder entendre-ho.



En els resultats observem que hi ha molta diferència entre els sub-test dels quatre processos. A més, veiem com la gràfica de l'escala ens mostra un perfil N (la planificació i l'atenció són més baixes que el simultani, demostrant que es tracta d'un problema emocional).

L'atenció té aquests resultats per un bloqueig i no pas per un gran condicionant (neurològic). Per tant, si el lòbul prefrontal no funcionés, l'atenció no podria ser tant alta, i per tant, tampoc té un perfil de TDAH.

Podríem potenciar el simultani i d'aquesta manera poder millorar els resultats de les diferents proves.

Els resultats de l'última prova de planificació, són un bon indicatiu, ja que ens mostren que fent intervenció hi ha possibilitats d'obtenir millores.

Després d'observar els resultats veiem que la hipòtesis diagnòstica és que no és compatible amb un quadre neurològic de base.

Presenta dificultats, però el comportament emocional és molt important i per això, aquesta part està afectada, està emboirant tots els processos i no li permeten avançar. Segurament podria ser un noi amb millors resultats (després d'estimular-lo), tot i que segurament no sobresortiria de la mitja.

Com he mencionat, mentre feia el test estava molt concentrat i no volia fer un descans tot i que li vam preguntar. Només en un moment ens va dir si podia anar a beure aigua, i quan va arribar va seguir directament. Encara que el temps hagués finalitzat, volia acabar totes les proves mostrant una actitud competitiva i obsessiva. El fet de voler-les finalitzar i preguntar-nos les solucions, són comportaments defensius, davant dels perills.

Per tant, gràcies als resultats, un cop més, vam poder comprovar com les actituds i comportaments d'aquest noi eren degudes a un bloqueig emocional i no al diagnòstic previ que ens havien donat. Encara s'accentua més si es té un pare com el d'ell, que l'anul·la repetint-li les coses que fa malament, sense reforçar-li les positives. Aquí és on la docent de l'HDA i jo vam confirmar la teoria de que ell no presentava problemes cognitius ni de comprensió. Si no tot el contrari, que la seva memòria a curt termini funcionava bastant bé (els encerts de les proves de seqüencial van ser les mateixes que les d'una altre noia que li havien dit que era "superdotada"), i comprenia tot allò que se li demanava.

Dins de l'aula en Fernando treballava correctament. Estava concentrat a l'hora de fer feina, fins i tot, de manera autosuficient en varies estones. Quan presentava algun tipus de dificultat de comprensió, se li havia d'avançar el que havia de treballar, perquè no entenia molt bé els enunciats. Un cop comprenia allò que li demanaven, treballava de manera independent i ho feia correctament. Aquesta dificultat de raonament davant els enunciats es veu reflectida en el gràfic de l'escala del DN-CAS, on la planificació és el procés cerebral amb el resultat més baix.

Se li va donar l'alta a meitats d'abril d'aquest any. El seu diagnòstic final va ser d'un quadre de l'esfera afectiva: trastorn depressiu no especificat (no compleix criteris per depressió clara però si hi havia tristesa, ansietat, apatia, desmotivació, baixa autoestima...). Se li va donar l'alta per la poca creença cap al recurs tant per part dels pares com seva i perquè es veia que necessitava integrar-se en un ambient de més normalitat. Les activitats ja no li donaven el mateix suport que a l'inici i tampoc es

prenia la medicació que tenia receptada, i la conducta davant les activitats era més “*xulesca*” i rebel, semblant superior a la resta. Però com a part positiva, és la re- vinculació a l’ambient escolar i el complir els horaris establerts.

Actualment en Fernando està cursant tercer d’ESO a un nou centre escolar. Va arribar a l’Escola Pia a mitjans d’octubre, després d’un any d’absentisme escolar.

L’objectiu principal que es va plantejar a treballar des de l’institut, és que anés agafant un ritme per tornar a l’escola. Es va començar amb un horari especial, on no anava ni cada dia ni totes les hores. Com que va anar complint, l’horari se li va ampliar i va gairebé tots els dies i totes les hores. Tot i així, el que s’ha respectat és que entri a les 10 del matí cada dia, ja que té moltes dificultats per aixecar-se aviat i en l’horari de 8 a 10, o no aniria a l’escola o presentaria masses dificultats, arribant a angoixar-se. Aquest canvi, es va produir quan se li va donar l’alta a l’HDA i per tant, hauria de passar a anar a l’escola cada dia.

Els referents educatius d’en Fernando són tant la psicopedagoga com la tutora. El que es va voler treballar des d’un bon començament és que es sentís bé com a persona i que trobés sentit i necessitat per voler tornar a l’escola. En el moment d’acollida, en cap moment es van plantejar un objectiu curricular, ja que en aquells moments no era el que ell necessitava. Tot i així, el que es va fer és un treball molt adaptat perquè anés fent feines. Totes aquestes activitats es duen a terme dins de l’escola, ja que s’ha vist que fora d’ella no treballa. S’intenta que s’impliqui en les activitats de currículum, encara que sigui a un nivell més baix. Tots aquests objectius, sembla que poc a poc s’estan aconseguint. Aquesta adaptació es va fer per la informació que va arribar des de l’HDA, on s’avisava que havia presentat un absentisme escolar important i tenia dificultats en la comprensió.

El repte actual en el que es treballa, és que se’l motivi per aprendre. Ha arribat un punt en el que no només han de treballar que vagi a l’escola, si no que també vulgui aprendre i que continuï fent activitats per anar assolint diversos aprenentatges. Tot allò que fa, s’adapta en funció de les seves necessitats.

Ell està dins d’un projecte on les matèries troncales es fan en un petit grup de reforç de 15 alumnes que presenten dificultats. En aquest grup les activitats es fan de manera

diferent a les del grup classe. Això fa que en Fernando pugui estar més atès pels seus docents, ja que és una de les coses que més necessita.

A l'aula ordinària, com he anat dient, se li ha adaptat el currículum segons el que es creu convenient. Gràcies al tipus de treball (els dos grups) i aquesta ajuda i acompanyament, les seves notes han millorat respecte les que tenia a l'altre institut, on ho suspenia pràcticament tot. Tot i així, no és un noi que tregui unes notes molt altes, però ho va aprovant tot.

A l'hora de treballar a l'aula, quan no sap si el que fa està bé o malament, no ho pregunta, sobretot perquè la dinàmica de l'HDA amb la del institut és molt diferent. Tant en el grup ordinari com en el de reforç, intenta passar desapercebut. Sembla que tingui vergonya per preguntar quan no entén alguna cosa, i així s'està treballant, sobretot en el grup de reforç on tots els estudiants tenen les mateixes capacitats. Són nois i noies que els hi costa comprendre, però que tenen ganes de treballar i de fer coses.

Un altre aspecte que treballen amb ell és remarcar-li que té capacitats i mostrar una actitud positiva cap a ell. Sempre que fa les coses bé li diuen, sobretot en el tema dels horaris i tot aquest esforç que ha fet. Parlen sobre tot el que ha anat aconseguint per fer que segueixi pujant esglaons i que no es doni per vençut. Per fer-ho, treballen des dels tres principis de Rogers: empatia, reforç positiu i congruència. Ho fan sobretot perquè des de l'institut treballen molt a través de les competències socials i aquest treball està molt plantejat a nivell tutorial.

Tot i que no sempre ocorre, en Fernando rep una atenció individualitzada. A l'inici la tenia molt per treballar el perquè no havia anat a l'escola i perquè havia arribat tard i així treballar sobre el vincle en el sistema educatiu. La tutora, segueix treballant de manera individualitzada amb ell per com enfoquen les hores que va a classe i de com treballaran les matèries que està duent a terme (si aquestes van millor o pitjor, com poden canviar-ho...).

La seva relació amb els mestres és molt correcta i això ocasiona que vulgui anar a l'institut. Ell es sent bé i això fa que es valori positivament. S'intenta que creï un vincle cap als seus educadors, per fer que vulgui estudiar. Com que és un aspecte que el reforça molt i que és necessari per ell, es va creure convenient que també anés al grup reduït per aquest sentit, per apropar-se més als seus professors.

Respecte als companys, ell és acceptat i respectat tot i venir d'un altre centre. És una gran sort que es senti còmode amb ells i no hagi estat rebutjat. Ell també respecta als seus companys i no s'ha vist cap actitud *xulesca* ni de superioritat cap a ells. Sobretot en el grup reduït que és on ell podria haver mostrat més aquest tipus de comportament. Dins del grup ordinari els seus companys l'ajuden quan ho necessiten i no el deixen de banda si presenta dificultats. En el grup de reforç, és complicat que s'ajudin entre ells ja que tots presenten més o menys el mateix tipus de problemàtiques.

La psicopedagoga té una bona relació amb ell, que l'ajuda a encaminar-lo i a orientar-lo. Ell accepta el que la psicopedagoga li diu . Però tot i tenir-la com a referent, ell no sol buscar-la si necessita ajuda. És possible que amb alguns aspectes concrets si ho faci, però normalment és ella qui ha d'anar darrera d'ell per saber com li va i si té algun problema a l'escola.

Yanguéz, va parlar amb la mare d'en Fernando (no coneixen al pare), per anunciar-li que era millor orientar-lo cap a un PQPI l'any vinent. La mare ho va acceptar i es mostra molt correcte, a diferència de l'institut anterior amb el que no hi havia una bona relació. El PQPI que faria seria de caire comercial o administratiu, i es considera que és la millor opció ja que creuen que pel seu nivell, seria complicat que es treies la ESO de forma ordinària. Aquest tipus d'estudis compleixen el perfil perquè en Fernando pugui continuar el seu camí educatiu. Com que amb aquest curs aconseguiria un any més de maduració, si veu que es va sortint es plantejaria la idea de que fes un cicle formatiu de grau mig. El PQPI no se li adaptaria, ni a nivell curricular ni a nivell d'horaris, ja que aquest seria per la tarda i això l'afavoriria molt, degut a que el seu problema és aixecar-se d'hora.

Respecte si a l'institut s'ha vist un perfil d TDAH cap a en Fernando, aquests encara no el coneixen suficient com per determinar si de veritat el compleix o no. Tot i així, ells es basen molt del diagnòstic que s'ha realitzat amb anterioritat a l'HDA, ja que són ells els experts en aquest tipus de trastorns i per tant, els que coneixen tot aquest àmbit.

Per acabar, la psicopedagoga del centre creu que l'HDA va ser un bon recurs per ell, ja que de presentar un absentisme escolar important a acabat re-vinculat de nou a l'escola, i això ha estat un bon progrés. També, perquè se l'ha ajudat molt amb un suport emocional i d'ajuda grupal.

Un cop se li ha donat l'alta, des de l'escola, si necessita suport emocional se'n farà, ja que abans amb l'HDA no veien necessari que aquest es fes de dues maneres diferents, en dos centres.

5. CONCLUSIONS

Arribats a aquest punt, faré una mica de valoració del recurs de l'HDA i de l'aula; també faré la comparació dels dos casos per entendre millor la utilitat d'un recurs educatiu i sanitari.

Sobre un HDA, després de les breus explicacions que he fet, ens podem adonar que és un bon recurs, tot i que té varies mancances. Podria ser una institució on la feina que es portés a terme fos molt bona degut a l'equip multidisciplinari i el treball conjunt dels diferents àmbits. El problema és que tot i existir aquest treball conjunt, s'observa que la part mèdica (o sanitària) és la que té més força, fent que en la balança educació i sanitat la primera perdi. Per aconseguir el benestar total dels nois/es ingressats, treballant des de tots els àmbits al mateix nivell es podrien aconseguir molt millors resultats que si una part té més pes que l'altre.

Hem de tenir en compte que es fa una teràpia en la que els nois/es es senten relaxats i en les que poc a poc van deixant de banda totes les situacions que els hi produeixen estrès. Però aquestes poden ser massa adaptades, de manera que un cop tornen a la realitat, els nois/es tornen a recaure fent que tot el treball previ no hagi estat útil. Això és el cas de varis dels nois/es amb els que em vaig trobar: arriben a l'HDA com si fos un "hotel" i quan marxen, tornen a la realitat on tot aquest temps de desconnexió s'acaba.

És bo que els nois i les noies puguin aïllar-se durant un temps de tots els problemes que els persegueixen, de les situacions de risc on es troben i d'un ambient familiar desestructurat (en molts dels casos). Està bé que es treballi perquè aquests nois puguin fugir de totes aquestes situacions i vivències negatives. Però està bé que un cop se'ls doni l'alta aquesta atenció tant constant, passi a ser de cop mensual o trimestral? És bo per aquests nois i noies trencar de cop amb aquestes rutines, comptant que tot i haver millorat personalment, a casa tot seguirà igual? Què possiblement segueixin tenint els mateixos problemes? Treballar per millorar-los la situació personal i "curar-los la malaltia" és suficient? Segurament el que els és necessari és apropar-los a la realitat poc a poc i no deixar-los marxar de manera que es trobin amb una onada que els enganxi. Quan tanquen la porta de l'HDA a l'obtenir l'alta, no vol dir que se'ls hagi de deixar desemparats i esperar a veure què passa amb ells. Clar que hi ha casos i casos, i alguns han funcionat bé (adolescents resilents). Però la qüestió és plantejar-nos quin dels àmbits és el que li ha anat millor, el que l'ha fet lluitar per superar totes les dificultats

que s'ha anat trobant al llarg del camí. La psicoteràpia, les activitats grupals, la medicació, l'educació? Fer un bon anàlisi i un bon estudi, possiblement ens donaria la resposta que busquem i que ens aportí unes dades reals i científiques; sense pensar que un dels àmbits de treball funciona millor que els altres. No podem pretendre que sempre que un dels casos surti bé sigui gràcies a l'àmbit sanitari, sense tenir en compte l'escolar o el social. Aquests últims poden ser més potents que no pas un àmbit més mèdic, acompanyat de medicació. El tracte de les relacions socials, de les capacitats, de les emocions pot ser molt millor que no pas donar-los un fàrmac perquè allò que els hi passa s'alleugi. El punt més feble d'aquest tipus d'institucions és arreglar els problemes amb "pastilles" i si no funcionen unes, canviar-los la medicació entrant en una roda; i això no és el que s'hauria de fer, perquè moralment podríem pensar si és bo medicar a nens i adolescents i si és bo que creïn una dependència cap als fàrmacs.

Respecte a l'aula, aquest és un dels recursos millors enfocats de l'HDA. No és perquè estudiï sobre el camp educatiu, si no perquè és un lloc on es treballa de manera, pràcticament individualitzada amb nois i noies amb moltíssimes dificultats a l'hora d'estudiar, de fer deures i d'aprendre. Si analitzéssim exhaustivament cada cas, en la majoria d'ells segurament trobaríem molt de bloqueig emocional i molts problemes emocionals. Per la meua experiència, un dels problemes més grans és la baixa autoestima i les creences que tenen cap a ells mateixos. Estar a l'aula és una repetició constant d'un "no puedo", "es que no sé hacerlo", "eso es muy difícil para mí", entre d'altres. La majoria d'aquests nois i noies han rebut etiquetes des del primer diagnòstic i això cada cop els ha anat afectant de manera negativa, creient-se que per ser malalts no poden fer res. Des de l'aula, es treballa d'una manera diferent, potenciant les capacitats i reforçant-los amb allò que són: éssers humans i no pacients. En el moment que entren a l'aula, deixen de ser malalts o pacients i passen a ser alumnes i estudiants. Cadascun amb un perfil diferent, amb unes dificultats i capacitats diferents, convertint l'aula en un espai sense segregació ni desqualificació de que són pel que poden tenir. Quan els nois i noies comencen a confiar en ells mateixos, gràcies a tot el reforç de la docent, es senten segurs en un espai on saben que se'ls tractarà bé, que les etiquetes quedaran fora i que tots estan dins per un mateix propòsit: aprendre.

Per tant, aquesta atenció individualitzada cap a aquests alumnes és un dels punts més forts, on es pot treballar correctament amb ells, deixant-los el seu temps per raonar, per comprendre i per entendre. Perquè vagin treballant d'una manera autosuficient, perquè

es vagin autorealitzant. Perquè vegin que ells SI poden, SI saben fer-ho i NO és difícil per ells. Els ajuda a voler tornar a aprendre, a trobar sentit a allò que han deixat de banda i a treballar per una cosa que és seva i que tots els beneficis, aniran directament cap a ells, arribant a una sensació de satisfacció i plaer.

Però tot i que l'aula funcioni, el problema més gran apareix després amb l'alta. Igual que pot passar amb la situació més sanitària (o més mèdica) i amb la malaltia, en l'àmbit educatiu aquesta dificultat també apareix. I apareix perquè la majoria d'aquests nois i noies tornen al sistema educatiu sense un acompanyament, sense una orientació. De tenir una persona ajudant-la i orientar-la a no tenir res, als joves més desfavorits els afecta molt degut a que no tenen un referent en qui recolzar-se.

Per tant aquí és on ens plantejem si aquesta atenció tan individualitzada és bona si posteriorment és molt probable que no la rebin. Segurament si coneguéssim el futur per avançat, diríem que no. No és bo passar de ser totalment atès, a no tenir res. No és bo passar de tenir una persona en qui recolzar-te a no tenir ningú que et doni suport. Tot i que el treball que es fa a l'aula és molt bo, amb nois i noies diagnosticats amb trastorns mentals, perdre aquesta atenció més que ajudar-los, pot arribar a perjudicar-los. Sobretot si sumem tots els aspectes anteriors.

Per això a l'inici he plantejat la idea de que tots els àmbits de treball haurien de treballar de manera equitativa, d'una forma igualitària. Tots haurien de tenir el mateix pes, per aconseguir millors resultats i evitar que tots els casos de fracàs un cop s'ha donat l'alta, no apareguin. A la teoria trobo que és un molt bon recurs, però a la pràctica podria millorar-se molt. Tot i així, només he conegut un HDA (el de Granollers) i la feina que s'ha fet era molt bona per part de tots els professionals, però potser un treball de manera equivalent per part dels membres de l'equip seria encara més efectiu. Tot i que cal afegir, que seria molt i molt complicat que tots els nois i noies ingressats, acabessin d'una manera positiva, correcte i que mai tornessin a tenir problemes. Hem de tenir en compte que som persones i tenim sentiments, tenim emocions i aquestes sempre ens poden jugar una mala passada.

Després d'aquesta explicació podem passar a valorar els casos de l'Alba i d'en Fernando. Aquests són dos casos en que al ser donats l'alta, un va funcionar a nivell educatiu (Fernando) i l'altre no (Alba). És a dir, això s'atén a que només un dels dos va

rebre acompanyament psicopedagògic a l'arribar de nou al centre. Però, els dos casos sí que van funcionar quan van treballar a l'aula.

Bé, posats a analitzar, veiem que a l'Alba el recurs li va anar molt bé i va ser molt efectiu mentre estava ingressada. Va esforçar-se i va millorar en una quantitat d'aspectes que segurament en el moment de l'ingrés no s'hagués imaginat. La re-vinculació amb l'aprenentatge per part de l'Alba va ser molt efectiva: es va aconseguir que estudiés, que volgués anar a l'escola i que fes la feina. Es va aconseguir que volgués passar de curs, que tingués expectatives i que volgués obtenir el títol de l'ESO. El seu problema és que no va rebre un acompanyament psicopedagògic en el moment de l'alta. Tot i així, ella estava motivada fins al punt que va veure que no l'ajudaven i que estava al mateix punt que quan va ingressar. Les seves creences negatives van tornar i va començar a dir que no podria i que era molt difícil. Tot i que va haver el canvi de centre i tot i que no vagi al PQPI, ella és una noia que vol obtenir el certificat de l'educació secundària. Té clar que vol seguir estudiant, que vol fer un cicle i si pot, acabar a la universitat. L'ajuda que va rebre a l'HDA va marcar-la molt i més si tenim en compte, que va ser l'únic lloc en el que es va sentir valorada. Un lloc on es sentia segura i on sentia que els professionals confiaven en ella. Tot i que potser faci les tasques per tot el que aquestes persones van dir-li, l'Alba va aconseguir re-vincular-se novament i va aconseguir tornar a estudiar, cosa que no creia possible.

Amb ella, queda completament demostrat que el vincle entre educador i educand, ajuda a que la persona vulgui aprendre, vulgui estudiar i es motivi per uns aprenentatges futurs.

En Fernando ha seguit un recorregut similar al de l'Alba. Tot i que en uns àmbits no hagi assolit allò que se li demanava, en l'educatiu sí. Se'l va poder re-vincular amb el sistema educatiu gràcies a la docent, gràcies a la confiança que ella va posar en ell. En tot el reforç positiu que va usar acceptant-lo com a tal i mostrant-se optimista davant les seves capacitats. Igual que l'Alba la seva atenció va ser bastant individualitzada, tot i que en varies ocasions autosuficient. En el moment de l'alta, va rebre atenció i acompanyament psicopedagògic (que ja rebia prèviament a l'arribada a l'institut) de manera que el va ajudar a continuar estudiant, a tenir motivació i a voler fer coses. Tot i així, una de les mancances que ell presenta segueix sent un problema emocional i de

creença. Tot i que ell vol continuar estudiant, en cas de que li vagi bé, llegint entre línies ens adonem que encara té falta de confiança en si mateix.

Després d'aquest breu anàlisi dels casos, veiem que l'aula de l'HDA si que funciona, (tot i que un cop es torna a l'institut pugui funcionar o no, en el cas de que els nois/es que necessiten atenció la rebin, o no), ja que els alumnes comencen sense cap motivació per estudiar a l'hora d'ingressar i que amb l'ajuda de la docent, aquesta creença, aquesta capacitat de treball i aquestes ganes per seguir aprenent, es recuperen gràcies a aquest espai. El vincle entre l'educador i l'estudiant és efectiu, un treball empàtic i amb reforç positiu és efectiu, ja que tot i que al principi treballin i estudiïn pel docent, poc a poc se n'adonen que allò ho fan per ells i que els aporta una satisfacció personal a l'assolir fites i objectius.

Per finalitzar, afegir que possiblement una de les millors maneres de treballar amb aquest tipus de nois i noies és començar amb una educació basada en el conductisme. És a dir, presentar-los estímuls en els que prestin atenció i sentin curiositat per treballar. Un cop això s'aconsegueix, començar a treballar a través del cognitivisme i de l'humanisme. Ajudar a la persona a que sigui autosuficient i s'autorealitzi a través de mostrar-li i estimular el potencial cognitiu que tenen. Finalment, quan s'aconsegueix que això succeeixi i que aquests nois/es siguin independents, ja ens podrem basar en una educació més cognitiva i en com la persona processa la informació i treballar des d'aquí. Però sobretot remarcant, que és la visió més humanista la que ajuda als nois i noies a créixer, a madurar i a acceptar-se.

6. EL PAPER DEL PEDAGOG I ANÀLISI CRÍTICA DELS CONTINGUTS TRANSMESOS DURANT EL GRAU

En un àmbit de treball com un Hospital de Dia d'Adolescents el paper d'un pedagog és fonamental, sobretot si tenim en compte que una de les seves funcions és ser una guia d'orientació per a la formació al llarg de la vida. Aquesta és una feina molt important per treballar amb adolescents diagnosticats amb trastorns mentals, ja que no tenen gaire clar quin serà el seu futur educatiu, ni cap a on volen anar.

El fet de re-vincular als alumnes en l'etapa d'escolarització obligatòria i d'una manera individual, fa que un pedagog sigui el perfil ideal per aquesta feina. Tenint en compte que els departaments psicopedagògics dels centres educatius tenen una funció orientadora, és ideal que aquests professionals siguin els encarregats de treballar amb alumnes amb dificultats. També crec que és necessària la incorporació d'un professional educatiu dins d'un àmbit sanitari, sobretot per poder aportar diversos punts de vista i així sortir d'una visió més mèdica i anar a una més humana. Aquest professional és l'encarregat de poder recordar que els nois i noies ingressats no només són malalts, si no també persones, i com humans que són se'ls ha de respectar i tractar de la millor manera possible, donant-los totes les oportunitats possibles.

Sobre la temàtica del treball, crec que el pedagog pot aportar diverses tècniques d'ensenyament i d'aprenentatge cap als alumnes, ja que per això és l'expert en la "ciència de l'educació". Coneix les diverses institucions educatives, coneix diversos mètodes d'educar i de transmetre coneixements i segons el perfil de l'estudiant, podrà triar la que sigui convenient.

Finalment, sobre l'aportació dels continguts transmesos durant el grau per fer el meu treball, crec que alguns m'han estat útils i en canvi d'altres no. Això es deu a que tot i que l'àmbit del treball estigui encarat a l'educació, un HDA no és part de la formació formal. Dues de les matèries realitzades al primer curs (Pedagogia i Processos Psicològics del Desenvolupament Humà), m'han servit per conèixer diverses teories i autors i per tant, triar-ne els que creia que eren més adients. Matèries com Bases de la Investigació, Instruments i Estratègies d'Investigació Educativa i en Avaluació de Centres, Programes i Professionals, m'han servit per conèixer les diverses tècniques d'ús en la metodologia i per fer investigació.

També he conegut el funcionament de l'educació formal i diversos centres i institucions com les Unitats d'Escolarització Compartides (UEC), els Centres Residencials d'Acció Educativa (CRAE), Equips d'Assessorament Psicopedagògic (EAP) o Programes de Qualificació Professional Inicial (PQPI). Tot i això, altres unitats i centres derivadors els vaig aprendre en el meu període de pràcticum, com les Unitats de Suport d'Educació Especial (USEE), així com una gran varietat de trastorns mentals i centres en els que es tracten com els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ), Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) o Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP).

Per tant, tota aquesta part més mèdica vaig haver d'aprendre-la al llarg de les meves pràctiques, on al començament anava molt perduda. Trobo que el pràcticum en els estudis és un punt fort, on coneixes nous àmbits d'actuació i on duus a la pràctica allò que has treballat. Però en casos com el meu, crec que seria necessari tenir una optativa (com a mínim) on t'introduïssin dins d'aquest àmbit.

El fet d'haver treballat bastant sobre l'educació formal en les escoles, crec que a tots aquells que hem fet treballs fora d'aquest tema potser ens ha costat més orientar-nos. Sí que a l'HDA es fa una feina educativa, però al no ser purament formal, fa que només una petita part d'aquests aprenentatges hagin estat útils.

Finalment, per fer el treball, comptant les dues assignatures de primer, les que m'han servit més han estat optatives, com Diagnòstic en Educació, Models d'Orientació, Dificultats d'Aprenentatge i Intervenció Pedagògica amb Adolescents i Comportaments de Risc. D'aquesta manera he pogut anar modelant els meus interessos professionals i educatius, i així anar centrant-me en el que vull treballar.

Ara bé, la valoració final és que els estudis ens han ajudat a orientar-nos, a conèixer nous models, noves teories, diverses maneres de treballar i a reflexionar. Crec que això és essencial, sobretot perquè són aspectes que ens han pogut ajudar a tots a l'hora de dur a terme el treball de fi de grau. Però, com ja he dit, crec que seria necessari ampliar la gama d'optatives per poder donar a conèixer altres àmbits d'actuació com són els HDA, EAP, UEC o USEE, on pedagogs hi poden treballar i no s'explica suficientment la feina que podrien dur a terme.

7. BIBLIOGRAFIA

7.1. Llibres

- Alonso Fernández, Y. (2012). *Psicología clínica y psicoterapias: cómo orientarse en la jungla clínica*. Almería: Universidad de Almería
- Bobes Garcia, J. (1999). *Salud mental: enfermería psiquiátrica*. (1999). Madrid: SINTESIS.
- Bruning, R.H., Schraw, G.J., Norby, M.N., i Ronning, R.R. (2005). *Psicología cognitiva y de la instrucción*. Madrid: Prentice Hall
- Damasio, A. (2011a). *El error de Descartes. la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Destino.
- Damasio, A. (2011b). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y sentimientos*. Barcelona: Destino.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual y diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Barcelona: ElsevierMasson.
- Flores López, C.M. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria. Dins Araque-Monitel, D. i Serrano-Martínez, F.J. (Eds.), *Psiquiatria: Salud Mental* (p.409-424). Jaén: Formación Continuada Logoss, DL.
- Gómez Jiménez, I., i Moya Albiol, L. (2010). *Abordaje terapéutico grupal en Salud Mental: Experiencia en Hospital de Día*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- HenrnándezSanpieri, R., Fernández Callado, C., i Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Madrid: McGraw Hill
- López Fuentetaja, A.M., i Castro Masó, A. (2007). *Adolescència*. Madrid: Alianza
- Luria, A.R. (1986). *Atención y memoria*. Barcelona: Edicions Martínez Roca
- Machleidt, W., López-Ibor Aliño, J.J., Bauer, M. Lamprecht, F., Rose, H.L., i Rohde-Dachser, C. (2004). *Psiquiatría y trastornos psicómicos y psicoterapia*. Barcelona: Masson.

- Martínez-Otero, V. (2007) *La buena educación. Reflexiones y propuestas de psicopedagogía humanista*. Rubí: Anthropos Editorial.
- Maslow, A. (1987). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós
- Mayer, R.E. (2004). *Psicología de la educación: enseñar para un aprendizaje significativo*. Madrid: Prentice Hall
- Mora, F. (2013). *Neuroeducación. Sólo se puede aprender aquello que se ama*. Madrid: Alianza Editorial.
- Moya i Ollé, J. (2012). *Elements bàsics de la Salut Mental Per a Professionals de l'àmbit social*. Barcelona: Red-Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ortiz, T. (2009). *Neurociencia y Educación*. Madrid: Alianza Editorial
- Parkin, A.J. (1999). *Exploraciones en neuropsicología cognitiva*. Madrid: Médica Panamericana
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el S.XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid: Morata, cop.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Pérez-Álvarez, F. i Timoneda-Gallart, C. (1998). *Neuropsicopedagogia ¿es lo que parece?* Barcelona: Lleida: Poblagràfic
- Pérez-Álvarez, F. i Timoneda-Gallart, C. (2000). *Neuropsicopedagogia. Cognición, Emoción y Conducta*. Girona: Unidiversitat
- Piaget, J. (1972) *Psicología y Pedagogía*. Barcelona: Ariel.
- Piaget, J. (1989). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona: Grijalbo

- Rogers, C.R. (1980). *El poder de la persona*. México: el manual moderno
- Rogers, C.R. (1982). *Libertad y creatividad en la educación*. Barcelona: Paidós
- Rogers, C.R., i Rosenberg, R.L. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder
- Royo Isach, J. (2008). *Los rebeldes del bienestar. Claves para la comunicación con los nuevos adolescentes*. Barcelona: Alba Editorial
- Shaffer, D., i Waslick, B.D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica, Cop.
- Sobrado Fernández, L. (2002). *Diagnostico en educación: Teoría, modelos y procesos*. Madrid: Biblioteca Nueva, cop.
- Sprinthall, N.A., Sprinthall, R.C., i Oja, S.N. (1996). *Psicología de la Educación*. Madrid: McGraw Hill.
- TimonedaGallart, C. (2006). *La senzillesa d'aprendre: una visió pràctica de les dificultats d'aprenentatge*. Girona: CurbetComunicacióGràfica.
- Timoneda-Gallart, C., i Pérez-Álvarez, F. (1997). *Neuropsicopedagogia: Aprender ¿Qué y Cómo?*. Girona: Cooperativa Anorien.
- Toro Trallero, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide
- Valles, M.S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis
- Wallin, D.J. (2012). *El Apego en psicoteràpia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, DL.
- Watson, J.B. (1972). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós
- Woolfolk, A. E. (1999). *Psicologia Educativa*. México: Prentice Hall

7.2. Articles

- Acosta, F., Rodríguez, L., i Cabrera, B. (2013). Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2): 86-92
- Ayuso-Mateos, J.L., et al. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo de comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23
- CabanyesTruffino, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151
- Castro-Fornieles, J. (2013). Psiquiatría del niño y del adolescente: necesidad de formación y desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2), 57-59
- Catalá-López, F., Gènova-Maleras, R., Álvarez-Martín, E., Fernández de Larrea-Baz, N., i Morant-Ginestar, C. (2013). Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2), 80-85
- Kirkpatrick, B. (2009). El concepto de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 105-107
- Moreno-Granados, J.M., Ferrín, M., Salcedo-Marín, D.M., i Ruiz-Veguilla, M. (2014). Evaluación neuropsicológica de la memoria en un grupo de niños y adolescentes con un primer episodio de psicosis: consumo de Cannabis y <<efecto paradójico>>. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 12-14
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.L., i Piqueras, J.A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120
- Quintanilla Montoya, R., Haro Jiménez, L. P., Vega Miranda, J. C., González de Mendoza, J.M., i Ramírez Flores, L.E. (2004). Educación y Salud Mental. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3, 62-64.

- Rojo Moreno, L., et al. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 197-204
- Salvador-Carulla, L., i Aguilera, F. (2010). El uso del término <<cognitivo>> en la terminología de la salud. Una controversia latente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 137-144
- Timoneda Gallart, C. (2011). Les dificultats de Lectura i Escriptura i les Emocions. *Revista EDUCAT*, 10, 8-13.
- Timoneda Gallart, C. (2012). Cognición, emoción y aprendizaje. *Padres y Maestros*, 347, 5-9.
- Uceda, i Maza, F.X., Matamales Arribas, R., i Montón Sánchez, C. (2011). La importància de la vinculació educativa com a prevenció de la delinqüència juvenil. *Pedagogia i Treball Social. Revista de ciències socials aplicades*, 1, 98-119.

7.3. Tesis Doctorals

- Alabau Bofill, J. (2003). *Estudi dels processos emocionals en nens i nenes amb dificultats d'aprenentatge i la seva relació amb els processos cognitius basats en la teoria PASS de la intel·ligència*. Girona: Universitat de Girona.
- Casadevall i Busquet, R. (1997). *Cap a un model per interpretar i facilitar l'aprendre: estratègies i recursos per a la reflexió-acció en i des de la pràctica*. Tesi Doctoral. Girona: Universitat de Girona.
- Garrido Riquenes, V. (2012). *Desarrollo de Competencia Emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario*. Tesi Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Mayoral Rodríguez, S. (2002). *Diagnòstic i intervenció psicopedagògica en alumnes amb problemes d'agressivitat a l'educació secundària obligatòria: una proposta per a la millora de l'atenció psicopedagògica*. Tesi Doctoral. Girona: Universitat de Girona
- Moreno Pinho, A. (2011) *La promoción de la resiliencia en el vínculo establecido entre adolescentes y educadores en la práctica psicomotriz educativa*. Tesi Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Pont i Serra, E. (2008). *Situacions vitals estressants i resiliència a l'adolescència*. Tesi Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Tamari i Corella, F. (2008). *Detecció de conductes de risc i problemes de salut dels adolescents i joves des de la consulta d'Atenció Primària*. Tesi Doctoral Girona: Universitat Autònoma de Barcelona.

7.4. Treballs de Pràcticum

- Cabas, F. (2007). *La Pedagogia en l'àmbit de la Salut Mental*. Treballs de Pràctiques de Pedagogia. Girona: Universitat de Girona

7.5. Webgrafia

- Fabiana Kuhry, A. (2014). *¿Qué es la neuropsicopedagogia?* Recuperat 10 abril 2014, des de <http://neuropsicopedagogia.com.ar/>
- Fundación CADAH (2012). *TDAH Trastorno por Deficit de Intención (Russell A. Barkley)*. Recuperat 4 abril 2014, des de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-trastorno-por-deficit-de-intencion-russell-a-barkley.html>
- Organizació Mundial de la Salut (2014). *Salud Mental*. Recuperat, 31 març 2014, des de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Youtube (2010). *Dr. Russell Barkley – ADHD Intention Deficit Disorder*. Recuperat 4 abril 2014, des de <https://www.youtube.com/watch?v=wF1YRE8ff1g>

7.6. Documents interns

- Departament d'Educació (2007). Marc d'actuació dels docents als hospitals de dia per adolescents. Generalitat de Catalunya (no publicat).
- Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona (2009). Pla director de l'hospital de dia per a adolescents de Granollers. Document tècnic número 2 (procés de licitació). Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues (no publicat).
- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperat, 31 abril 2014, des de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

7.7. Guies

- FEAFES (2009). *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo. 2nda Edición*
- Generalitat de Catalunya. Departament d'Ensenyament. (2013). El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Materials per a l'atenció a la diversitat.

- Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., Salat i Foix, L., o Tort i Almeida, P. (Sense data). L'alumne amb TDAH: Guia pràctica per a educadors. Guia destinada a la Fundación ADANA.

8. GLOSSARI

- **Absentisme Escolar:** Manca d'assistència al centre escolar.
- **Actitud:** disposició a obrar o a comportar-se d'una determinada manera.
- **Afecte:** relació de simpatia i d'estimació entre persones.
- **Amígdala:** òrgan cerebral que s'encarrega de emmagatzemar la informació emocional.
- **Aprenentatge:** Adquisició de coneixements per poder dur a terme una tasca.
- **Atenció:** procés en el que la persona centra el pensament en una cosa.
- **Autorealització:** aconseguir satisfacció i plenitud com a persona.
- **Cognició:** facultat de la persona per comprendre.
- **Cognitivisme:** teoria psicològica basada en el processament de la informació com si el cervell fos un ordinador.
- **Comportament de Risc:** manera d'actuar que pot portar a obtenir resultats negatius.
- **Conducta:** manera d'actuar d'una persona.
- **Conductisme:** teoria psicològica basada en el comportament de les persones.
- **Curiositat:** interès per conèixer noves coses i indagar-les.
- **Diagnòstic Clínic:** detecció o identificació de malalties o problemes a través dels símptomes que la persona presenta.
- **Diagnòstic Educatiu:** detecció de les capacitats o dificultats de la persona mitjançant el seu treball o proves.
- **Emocions:** sentiment que fa que la persona actuï d'una determinada manera.
- **Empatia:** capacitat de comprendre a l'altre i entendre allò que li passa.
- **Estrès:** situació en que la persona presenta un estat de tensió acompanyat de pensaments negatius.
- **Fàrmac:** substància o producte que serveix per calmar o curar dolors i malalties.
- **Hospital de Dia d'Adolescents:** Institució d'hospitalització parcial de règim psiquiàtric per adolescents.
- **Hospital de Dia:** Institució d'hospitalització parcial de règim psiquiàtric.
- **Intel·ligència:** Facultat de la persona de comprendre i raonar.
- **Memòria:** capacitat de la persona de retenir i recordar informació.

- **Motivació:** actitud de la persona al mostrar interès per alguna cosa.
- **Neuropsicopedagogia:** ciència que treballa a través de la cognició per millorar les dificultats d'aprenentatge de les persones.
- **Orientació:** guies i pautes perquè la persona pugui seguir el camí correctament o de la millor manera.
- **Psicoteràpia:** tractament per a les persones amb malalties a través de mètodes psicològics.
- **Respecte Positiu:** acceptació de la persona pel què és i per com és.
- **Salut Mental:** Condició de benestar psicològic d'una persona.
- **Salut:** Condició de vida favorable de la persona.
- **Sentiment:** estat d'ànim de la persona.
- **Situació De Risc:** estat en el que es troba la persona que pot afectar-la negativament.
- **Trastorn Mental:** Malaltia o afectació a nivell psicològic d'una persona.
- **Vincle:** unió o relació entre dues persones.

8.1. Abreviatures

- **CDIAP:** Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç
- **CIE:** Clasificación Internacional de las Enfermedades (Classificació Internacional de les Malalties)
- **CRAE:** Centre Residencial d'Acció Educativa
- **CSMA:** Centre de Salut Mental d'Adults
- **CSMIJ:** Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil
- **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnòstic i Estadístic dels trastorns mentals)
- **ESO:** Escolarització Secundària Obligatòria
- **HD:** Hospital de Dia
- **HDA:** Hospital de Dia d'Adolescents
- **HDIJ:** Hospital de Dia Infanto-Juvenil
- **HDPS:** Hospital de Dia Psiquiàtric
- **HSDJ:** Hospital Sant Joan de Déu

- **INS:** Institut
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut
- **PQPI:** Programa de Qualificació Professional Inicial
- **SD:** Standard Desviation (Desviació Típica)
- **TCA:** Trastorn de Conducta Alimentària
- **TDAH:** Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat
- **TDI:** Trastorn de Dèficit d'Intenció
- **TEA:** Trastorn de l'Espectre Autista
- **TGD:** Trastorn General(itzat) del Desenvolupament
- **UEC:** Unitat d'Escolarització Compartida
- **USEE:** Unitat de Suport d'Educació Especial

ANNEXOS

ÍNDIX DELS ANNEXOS

9.1.	Models d'entrevista	112
a)	Model d'entrevista per la infermera i el monitor.....	112
b)	Model d'entrevista per a la psicòloga.....	112
c)	Model d'entrevista per a la psiquiatra	112
d)	Model d'entrevista per a la docent	113
e)	Model d'entrevista pel tutor de l'Alba	113
f)	Model d'entrevista per la psicopedagoga d'en Fernando.....	114
g)	Model d'entrevista per l'Alba.....	114
h)	Model d'entrevista per en Fernando	114
9.2.	Entrevistes	115
a)	Entrevista a la infermera.....	115
b)	Entrevista al monitor	118
c)	Entrevista amb la Psicòloga.....	120
d)	Entrevista amb la Psiquiatra	123
e)	Entrevista amb la docent.....	127
f)	Entrevista amb el tutor de l'Alba.....	133
g)	Entrevista amb la psicopedagoga d'en Fernando	140
h)	Entrevista amb l'Alba.....	146
i)	Entrevista amb en Fernando	150

9. ANNEXOS

9.1. Models d'entrevista

a) Model d'entrevista per la infermera i el monitor

1. Quines són les teves funcions a l'hospital de dia?
2. Les funcions que duus a terme són iguals que les del pla de l'HSJD? (només per a la infermera)
3. Què vas treballar amb l'Alba el temps que va estar ingressada?
4. Quins objectius va aconseguir dels que et vas plantejar inicialment?
5. Quines són les millores que has vist en general?
6. I què és el que no va millorar?
7. Què vas treballar amb en Fernando el temps que va estar ingressat?
8. Quins objectius va aconseguir dels que et vas plantejar?
9. Quines són les millores que vas veure en general?
10. I què és el que no va millorar?

b) Model d'entrevista per a la psicòloga

1. Quines són les teves funcions a l'hospital de dia?
2. Les funcions que duus a terme són iguals que les del pla de l'HSJD?
3. De quina manera duus a terme la psicoteràpia?
4. Trobes que l'àmbit educatiu és necessari dins d'un hospital de dia?
5. Que creus que és millor, la psicoteràpia o el tractament amb fàrmacs?
6. Quina és la situació familiar de l'Alba?
7. De que estava diagnosticada?
8. Com explicaries el seu pas en l'HDA?
9. Quines mancances i punts forts trobes en ella?
10. Quin va ser el seu diagnòstic final?
11. I quina és la teva valoració final del seu cas?

c) Model d'entrevista per a la psiquiatra

1. Quines són les teves funcions a l'HDA?
2. Quin tipus de medicació sols receptar?
3. Creus que els fàrmacs són millors que altres teràpies?
4. A l'hora de diagnosticar alguna malaltia, fas servir com a referència algun manual?
5. De quina manera duus a terme la psicoteràpia?

6. Trobes que l'àmbit educatiu és necessari en un HDA?
7. Quina és la situació familiar d'en Fernando?
8. Què vas treballar amb ell?
9. De què està diagnosticat?
10. Quines millores vas veure en el teu àmbit de treball?
11. En general, que creus que ha millorat dins de l'HDA?

d) Model d'entrevista per a la docent

1. Quines són les teves funcions dins de l'HDA?
2. Creus que l'àmbit de la salut hauria de cooperar amb el de l'educació?
3. Segueixes alguna metodologia?
4. Segueixes els principis de Rogers: empatia, congruència i respecte positiu?
5. Com duus a terme la feina de l'aula?
6. Em pots explicar com és l'Alba en l'àmbit educatiu?
7. Quines dificultats presenta? I quins punts forts?
8. Com creus que és ella a l'hora de treballar?
9. Quines millores ha dut a terme en l'HDA respecte l'àmbit educatiu?
10. Com era la teva relació amb ella?
11. Com és en Fernando a l'aula?
12. Quines dificultats presenta? I quins punts forts?
13. Com és ell a l'hora de treballar a l'aula?
14. Quines millores ha dut a terme a l'HDA en l'àmbit educatiu?
15. Com era la teva relació amb ell?

e) Model d'entrevista pel tutor de l'Alba

1. Em podries explicar una mica el pas de l'Alba?
2. Creus que té un referent a l'escola? En cas afirmatiu, qui és?
3. Com és la relació amb els seus professors?
4. Com és la relació amb els seus companys?
5. S'ha creat vincle entre l'Alba i els docents? Creus que ajuda?
6. Té un psicopedagog/a al centre?
7. L'ajudeu a orientar-la?
8. Té el PQPI adaptat?
9. Perquè creus que ha deixat d'anar a classe?
10. Se la motiva per anar a l'escola i per aprendre?
11. Quines són les seves carències i els seus punts forts?
12. Es fa reforç o atenció individualitzada amb ella?
13. Es treballa alguna cosa fora de l'àmbit educatiu?
14. Cognitivament, creus que té problemes de comprensió?
15. Creus que l'HDA ha estat un bon recurs per ella?

f) Model d'entrevista per la psicopedagoga d'en Fernando

1. Em podries explicar una mica el progrés des de que va començar el curs fins ara?
2. Té un referent educatiu? En cas que el tingui, qui és?
3. Quina és la seva relació amb els professors?
4. Quina és la relació que té amb els companys?
5. Com és la teva relació amb ell?
6. Quina feina fas amb ell?
7. Se l'ha ajudat a orientar-lo des de l'escola?
8. Fa reforç a nivell individual?
9. Quina actitud veieu que té a l'aula?
10. Quines són les seves carències i els seus punts forts?
11. Se'l motiva per aprendre? En cas afirmatiu, de quina?
12. Treballeu algun aspecte fora de l'àmbit educatiu?
13. Creus que l'HDA va estar un bon recurs per ell?
14. Creus que el diagnòstic de TDAH equival al que es reflexa a l'aula?

g) Model d'entrevista per l'Alba

1. Per què quan vas començar quart d'ESO, vas deixar d'anar-hi?
2. I ara perquè no vas al PQPI?
3. Ara, tens algun referent?
4. Abans de deixar d'assistir, com t'anava el curs?
5. Et portes bé amb els teus professors?
6. I amb els teus companys?
7. T'agradaria acabar el PQPI per tenir l'ESO?
8. Després faries alguna cosa?
9. Recordes quan vas començar a l'HDA? Em podries explicar com et senties?
10. Que penses de la docent de l'HDA?
11. Com et va ajudar?
12. Creus que et va motivar per seguir estudiant?

h) Model d'entrevista per en Fernando

1. Com és que no anaves a l'escola l'any passat?
2. Com et sents a aquesta escola?
3. Tens un referent a l'escola? Algú que t'ajudi?
4. Quan vas començar a l'HDA com et senties?
5. Quins són els teus sentiments actuals?
6. Que penses de la docent de l'HDA?
7. Creus que t'ha ajudat?
8. Creus que t'ha motivat a seguir estudiant?
9. Vols seguir estudiant quan acabis l'ESO?

9.2. Entrevistes

a) Entrevista a la enfermera

¡Hola! Cómo ya sabéis estoy haciendo mi trabajo de final de carrera y hago dos casos... Así que te haré preguntas sobre ellos, para que me cuentes un poco tu visión

Vale, perfecto

Para empezar, ¿Cuáles son tus funciones en el hospital de día?

A ver, tengo varias funciones... Estas se tratan del control de fármacos, hacer talleres de salud de manera quincenal, terapia asistida con animales, relajación... Principalmente las actividades que hago son de educación sanitaria. También hago una valoración inicial sobre el estado físico de cada paciente, de esta manera controlo el peso, si tienen alguna enfermedad, alguna alergia alimentaria... Controlarlo para vigiarlo en el hospital de día.

De las funciones que hay en el Plan del Hospital, ¿crees que las haces todas? (Ilegeix el plaabans de contestar).

Bueno, en general todo si excepto el diagnóstico médico. Eso son cosas que te enseñan en la universidad y luego a la práctica nunca se hacen. Las demás funciones las hago todas.

Muy bien. Pasando a los casos, ¿qué trabajaste con Alba el tiempo que estuvo ingresada?

Uf... Espera que me acuerde... que de eso hace ya un tiempo... (piensa). Las dos cosas principales que trabajé eran la higiene y la alimentación. Sobre la higiene trabajé el aspecto físico ya que lo tenía muy descuidado. Sobre el tema de la menstruación no sabía nada. Así que parte de mi trabajo se centró en eso. Sobre la alimentación, me marqué los objetivos de que probara todo tipo de comida, ya que decía que no le gustaba nada.

¿Y conseguiste alguno de los objetivos planteados se cumpliera?

Sobre la alimentación intentaba probar de todo. Hacia el esfuerzo pero no siempre se lo comía todo. También tenemos que tener en cuenta que en su casa no podía comer

todo por la falta de recursos, que ya lo sabes... así que hacía lo que podía. También, cuando iba a casa de sus tías tenía que acostumbrarse con lo que había.

Sobre la higiene, además de la higiene física, trabajé la ropa que debía usar. A veces, en temporada de invierno venía muy poco abrigada o en épocas de calor, venía con botas o bambas muy gruesas. Aún que le enseñe la ropa que debía usar, tampoco podía hacer mucho ya que sus recursos eran –y son- limitados. Sobre la menstruación aprendió las cosas y sobre la higiene física conseguimos que a veces viniera al hospital más limpia. Muchas veces aparecía con el pelo sucio, pero cuando empezamos a trabajarlo poco a poco lo iba llevando más limpio.

Entonces, así en general, ¿cómo me dirías que fue su paso por aquí?

Creo que en general le fue bien, lo que estaba demasiado enganchada. Estaba muy cómoda en el hospital, y en el momento del alta eso le perjudicó mucho en todos los aspectos.

Bueno... es que con su núcleo familiar y su historia... Pero bueno. Sobre Fernando, ¿me podrías contar que trabajaste con él?

Con él lo que sobretodo he trabajado es la adherencia al tratamiento. También he tratado con él el tema de la higiene del sueño. Se iba a dormir muy tarde porque hacía muchas siestas y se levantaba muy tarde.

¿Entonces, conseguiste que se cumpliera algún objetivo marcado?

En higiene del sueño hubo mejoras. No se iba a dormir tan tarde, no hacía tantas siestas y conseguimos que tuviera una rutina. En cambio, con la adherencia al tratamiento no. Fue muy mal. Él mostraba mucha resistencia al tratamiento y su familia también. Tampoco se ha mejorado la enfermedad. No se quería tomar la medicación ni sus padres tampoco. Así que como los padres no confiaban en el recurso clínico le dimos el alta médica.

Madre mía... ¿Pero así en general, crees que hubo alguna mejora?

Si, alguna sí. Aun así, la evolución no se sabe si es lo suficiente buena o no. En el cumplir horarios y en la higiene del sueño ha mejorado. También en la escuela, que se consiguió que volviera a ir y siguiera estudiando. Pero de la parte importante, no se ha visto implicación por parte de la familia y ha habido muy poca confianza con el

recurso. Los padres no tienen conciencia de que su hijo tiene un problema.

Muy bien, ¡pues muchas gracias! De momento esto es todo, si necesito algo más ya os avisaré.

Cuando quieras, ¡aquí estamos!

b) Entrevista al monitor

Bon dia! Com ja us he anat dient, estic fent el treball de fi de grau sobre dos dels casos i és perquè m'aporteu informació i altres visions.

Molt bé, digues.

Primer de tot, veig que al Pla de l'hospital no hi apareix la teva figura. Com és?

Això passa perquè no en tots els hospitals de dia hi ha un monitor. Tot i així, jo treballo de manera conjunta amb l'educadora social però no fem exactament les mateixes tasques.

Llavors, em podries dir quines són?

I tant. Mira, jo el que principalment faig és estar amb el grup i controlar-lo, tot i que també faig dinàmiques i tallers. Tot i així, ajudo als altres membres de l'equip a completar els seus objectius i entre tots, treballem els grupals.

Molt bé. Sobre el cas de l'Alba te'n recordes d'alguna cosa?

Uf.. això va ser fa molt... què vols exactament?

El que va treballar amb ella. Si no ho saps gaire bé, les coses més generals.

A veure... que jo recordi no vaig treballar res concret. Però si aspectes com les normes i la inadequació al parlar. Com que vivia en una situació de pobresa, amb el grup treballàvem que no es sentís diferent. La seva autoestima era molt baixa i no volíem que això encara la perjudiqués més.

I d'aquest treball què vas aconseguir? És a dir, si hi van haver millores.

Doncs si. Hi va haver bastants. Es va treure el pavo de sobre i complia amb les normes. També va aprendre a expressar-se i a parlar amb els companys i amb nosaltres. Tot i així, ella té el seu caràcter i a vegades li sortia, de manera que parlava malament. Però bé, en general tot bé.

Molt bé, bueno veig que bastant content no?

Si, li va anar bé estar aquí, perquè de la meua part va millorar coses.

Vale... I d'en Fernando que em diries? Què és el que vas treballar amb ell?

Amb ell vaig treballar moltes coses.... Primer l'autoestima desbordada, molt preocupat pel físic i es mira molt al mirall. També vaig treballar les normes bàsiques com l'hora d'arribada i l'educació, com dir bon dia i saludar als companys. També era molt inadequat per parlar amb els companys, ja que es mostrava com si fos el rei, estant per sobre de tot. Sobretot per la part competitiva que té amb els esports, un altre dels

temes que vam haver de tractar.

I creus que ha hagut millores sobre això? O no?

Amb algunes coses sí, però no amb totes... segurament les més importants són les que no ha aconseguit. Encara està molt pendent físicament i es mira molt al mirall. I el tracte amb els companys no ha millorat. En aquest sentit jo no li hagués donat l'alta.

El seu comportament encara no estava solucionat i s'havia de seguir treballant.

Però clar... jo segueixo el que diuen la psiquiatra i la psicòloga, tot i que treballi i estigui d'acord amb l'educadora social.

Però fas tasques que no siguin dictades per elles?

Clar... a veure, pensa que aquí estan en un àmbit sanitari on es treballen molt les coses negatives i dolentes com la malaltia. Per això ja estan elles dues i la infermera. Jo en canvi, intento treballar més la part positiva d'aquests nanos i potenciar-la.

Llavors treballes des d'una visió més humanista no?

Sí, sobretot perquè m'agrada reforçar les coses negatives d'aquests nois. Que vegin que ells poden i que tenen capacitats.

Això està molt bé!! Doncs, ja està tot! Moltes gràcies i si necessito quelcom, ja us avisaré!

Molt bé i gràcies a tu!

c) Entrevista amb la Psicòloga

Hola! Bé, com us he anat introduint a tots, us faig unes preguntes sobre els casos que faré en el meu treball però començaré amb unes de més breus. Com que tu només tractaves a l'Alba la teva entrevista anirà encarada cap a ella.

Molt bé, perfecte.

Per començar, quines són les teves funcions com a psicòloga en l'HDA?

Les meves funcions principalment són dues: fer psicoteràpies i coordinar-me amb les xarxes com centres cívics i fer de pont per gestionar recursos.

I com sols fer les psicoteràpies?

Cada tipus de psicoteràpia és diferent. Jo estic formada en psicoteràpia familiar o sistèmica. Aquesta és variable, ja que segons com es desenvolupa la reunió entre pares i fills, vaig cap a una banda o cap a l'altre. A les psicoteràpies individuals el que intento és entrar en ell. Primer elaborem allò que s'ha de treballar i després ho gestionem. Es gestionen tots aquells pensaments que estan mal organitzats o com s'ha d'actuar o parlar davant de certes conductes inadequades. Tot i que sóc jo la que guio, entre els dos ho fem. I les psicoteràpies grupals, les faig un cop a la setmana amb els grans. La meua funció es bàsicament moderar i aclarir temes, pel fet que la dinàmica és entre ells. Comparteixen experiències i d'aquesta manera creen cohesió de grup i s'ajuden. S'hi veu molta empatia en les crisis comunes.

Recordo que mentre llegia llibres vaig trobar que hi havia uns 10 enfocaments a l'hora de dur les psicoteràpies, com la psicoanalista, la sistèmica –que ja m'has dit-, una de vessant més humanista... tu en segueixes alguna més?

Si, normalment ho faig des de una banda més humanista.

I creus que la psicoteràpia és millor recurs que el tractament amb fàrmacs? O a la inversa?

Les teràpies farmacològiques i psicològiques són complementàries, però no sempre és necessari recórrer als fàrmacs, per tant no crec que cap sigui millor que l'altre.

Trobes que l'àmbit educatiu és necessari dins d'un HDA? Per què si, o, per què no?

Evidentment a l'hospital de dia en un àmbit de treball amb adolescents és molt important contemplar la part pedagògica. També ajudar-los a vincular-los de la forma més adient en el context acadèmic o formatiu

Ara parlem de l'Alba. Em podries explicar una mica la seva història familiar?

L'Alba es troba en un grau de desestructuració familiar bastant alt. La seva mare està molt privada culturalment i treballa fent feines de neteja. El pare és toxicòman, pel fet de que presenta un grau de dependència a l'alcoholisme elevat. L'Alba presenta relacions disruptives amb els seus progenitors. Amb la mare sempre estan discutint i es sobreposa a ella. Quan la mare diu una cosa, ella és al contrari i és molt complicat entrar en aquesta relació. A més, a casa seva hi ha una història d'abusos... Les seves relacions socials i familiars són reactives.

L'economia a casa no és gaire bona, i això els afecta molt. No sempre podien comprar allò que volien o necessitaven. Tot i que alguns familiars tenen més recursos econòmics, elles no en demanen. Els familiars propers a ressaltar, són una tieta amb un fill amb un retard mental important.

Has dit que patia abusos... de quin tipus? I cap a qui? Només ella o també la mare?

Va arribar amb trastorn depressiu reactiu a la seva situació de context, amb alteració de conducta, però no va haver-hi cap situació d'abús cap a la pacient, sinó de maltractament parental (pare de la pacient) i ella els presenciava..., és clar que la relació fusional -insegura amb la mare determina moltes dificultats de vincle relacional amb els altres.

A nivell de diagnòstic, quin tenia i amb quin va sortir?

Ella va ser diagnosticada amb un trastorn de conducta en el moment de l'ingrés. Tot i així, a l'institut se la va diagnosticar amb un TDAH, de la qual se l'ha estat medicant. Com que a casa no tenen gaires recursos econòmics, no li compraven la medicació per falta de capital. Tot i així, jo no l'hagués medicat per TDAH i tampoc li hagués diagnosticat. Quan li vaig donar l'alta, el seu diagnòstic va canviar. Va sortir de l'HDA amb un trastorn depressiu, de la qual se l'està medicant, i amb un trastorn adaptatiu, per tots els problemes emocionals que presenta.

Si te'n recordes, em podries resumir una mica el seu pas per l'HDA i dir-me si aquest li va anar bé?

El pas per l'HDA li va anar bé durant un cert temps. Al inici anava molt bé, però al final ja va crear molta dependència al lloc. Al crear aquesta dependència, en el moment de l'alta, podríem dir que va recaure. Des de l'escola no se li va donar un acompanyament psicopedagògic, que suposo que ja t'ho explicarà la Rosa, i era el que

necessitava. Ella té dificultat en la comprensió i necessita ser reconeguda. El fet de no tenir un referent acadèmic el vincle no ha aparegut per cap banda. Això l'ha perjudicat molt, fent que deixi el quart d'ESO i que se l'estigui orientant cap a un PQPI.

Doncs moltes gràcies per tot!!

De res, i si vols alguna cosa més ja saps que ens ho pots demanar!

d) Entrevista amb la Psiquiatra

Quines són les teves funcions com a psiquiatra en l'HDA de Granollers?

En aquest HD, el psiquiatre té una mica el paper de coordinar, per tant, he d'organitzar les derivacions de pacients procedents d'altres dispositius, coordinar les places de l'HD i portar un control de les altes. Tanmateix, superviso d'alguna manera les activitats que es porten a terme per part de la resta de professionals que hi treballen. I com a psiquiatre purament, faig diagnòstic, seguiment i tractament, sobretot farmacològic, dels pacients que són derivats al dispositiu. Superviso la medicació de tots els pacients que estan ingressats.

Quin tipus de medicació sols receptar? Per a que serveixen (quins efectes tenen)? I quines són les que més predominen?

El ventall de medicació que s'utilitza en psiquiatria es molt ampli. A grans trets, podríem dividir la medicació en diferents grups:

- *Antidepressius: utilitzats per la depressió. Milloren l'estat d'ànim.*
- *Antipsicòtics o neuroleptics: utilitzats per les psicosis (per exemple, l'esquizofrènia). En la psicosis es perd el sentit de la realitat, pel que aquests fàrmacs ajuden a que això no passi.*
- *Ansiolítics: utilitzats per l'ansietat*
- *Eutimitzants o estabilitzadors de l'ànim: com indica el seu nom, s'utilitzen per evitar les oscil·lacions de l'ànim (per exemple en el trastorn bipolar)*
- *Psicoestimulants: específics pel tractament del TDAH. Milloren tant l'atenció com la impulsivitat i la hiperactivitat.*

Malgrat que es faci aquesta diferenciació, un mateix fàrmac pot ser utilitzat per diferents patologies. Per exemple els antidepressius també són utilitzats per a millorar l'ansietat o pel tractament del trastorn obsessiu compulsiu, o els antipsicòtics també es poden utilitzar per a millorar l'ansietat o la irritabilitat i les alteracions de conducta, i els eutimitzants s'utilitzen molts cops per a la impulsivitat.

Els més utilitzats jo diria que són els ansiolítics (família de les benzodiazepines: diazepam que és el Valium, lorazepam que és l'Orfidal) i els antidepressius (per exemple la fluoxetina que és el Prozac) ja que són els trastorns més predominants.

Creus que l'ús de fàrmacs és millor que altres teràpies? (com per exemple la psicoteràpia). Tant en cas afirmatiu com negatiu, em podries dir perquè (en cas negatiu, perquè s'haurien de complementar, o perquè és millor l'ús d'altres teràpies...)?

Depèn de quines patologies i, sobretot, de la gravetat. En els nens i adolescents, el primer que s'ha d'iniciar sempre és una psicoteràpia. En el cas, però, que el trastorn sigui tan greu que no permeti fer un treball psicoterapèutic adequat s'hauria de recórrer a la medicació en primer lloc (per exemple, depressió greu amb alt risc de suïcidi; alteracions de conducta tant importants que fiquin en risc la seguretat del propi pacient o de la gent que el rodeja...). En els casos moderats el més indicat és fer una combinació de psicoteràpia+ fàrmac. En els casos lleus, es recomana només psicoteràpia. Per tant, el que s'ha de tenir en compte és la gravetat i el nivell d'afectació en el funcionament de la persona (a nivell social, laboral o acadèmic i familiar). Hi ha algun trastorn especial com el cas de les psicosis en que és molt difícil començar només una psicoteràpia i sempre requeriran una estabilització inicial amb fàrmacs (degut, com t'he dit, a una pèrdua de sentit de la realitat i de tenir consciència del que els passa)

A l'hora de diagnosticar algun trastorn/malaltia, fas servir com a referència algun manual? (DSM O CIE per exemple?)

S'utilitza el DSM-IV-TR, tot i que ara ens haurem de basar en el nou: DSM-V. Com que els psiquiatres no tenim cap prova objectiva com en altres especialitats mèdiques (la radiografia, els anàlisis de sang....) utilitzem aquest manual per a consensuar els diagnòstics i referir-nos tots a les mateixes patologies.

Encara fas psicoteràpia? Ja que la psicòloga em va dir que ara s'havien ajuntat els grups. Si és que si, de quina manera duus a terme les sessions (mes o menys)?

La formació en psicoteràpia dels psiquiatres crec que és escassa donat que nosaltres provenim d'una carrera de medicina. Aquesta tasca és més específica de la psicologia. Això no significa, però, que no en fem. A mi en concret m'agrada fer-ne i no ser només la persona que "dóna les pastilles". Crec que és molt important conèixer bé al pacient i el seu entorn (això és fonamental en nens i adolescents) i no quedar-se només amb l'aspecte farmacològic. L'ús de la paraula és essencial en aquesta professió. Jo no segueixo cap estructura especial. He tingut una formació més aviat cognitivo-conductual, però també tinc en compte altres models (psicodinàmic en ocasions).

Trobes que l'àmbit educatiu és necessari dins d'un HDA? Per què?

Sí perquè un dels papers fonamentals de l'HD és retornar al pacient al seu funcionament normalitzat en tots els seus àmbits, tant social, familiar com educatiu (en el cas dels adults seria laboral). Per tant, la presència de l'àmbit educatiu en el recurs és essencial per aconseguir aquesta integració global del pacient. Alhora ajuda a detectar els problemes que puguin sorgir en aquest àmbit i a poder fer les coordinacions necessàries amb l'institut i assessorar de cara al dispositiu acadèmic més adient en cada cas.

Ara parlem d'en Fernando. Em podries contextualitzar una mica el seu àmbit familiar? Viu amb els pares i té una germana 6 anys menor que ell. Ell va ser un fill molt esperat després d'anys d'intents, finalment va néixer per fecundació in vitro. Els pares tenen un estil educatiu força permissiu. La mare és més propera a nivell afectiu, no treballa perquè té la baixa per malaltia (té fibromiàlgia). El pare sí treballa. Aquest és més distant a nivell afectiu i és un model imitat pel noi: és competitiu, exigent, amb molt sentit del bé i del mal, de la responsabilitat....No tenen dificultats a nivell econòmic. No sé si amb aquesta informació en tens suficient...

Què vas treballar amb ell?

S'han treballat moltes coses. En primer lloc s'ha treballat a nivell anímic, autoestima, inseguretat, reducció nivell d'exigència i d'expressió emocional. Acceptació de la presència de dificultats (no acceptades pel pacient que mostrava una actitud defensiva i d'aparentar normalitat). Organitzar una rutina (passava la major part dels temps dormint, no sortia al carrer). Treball de relacions al nucli familiar (pare molt estricte, conflictes entre els pares). Vinculació a alguna activitat tant acadèmica com lúdica i social (s'havia produït un abandonament complet tant dels estudis com d'activitats extraescolar).

I de que està diagnosticat?

El diagnòstic en nens i adolescents és sempre complicat i a més pot variar en el temps. S'ha acabat diagnosticant d'un quadre de l'esfera afectiva: trastorn depressiu no especificat (no compleix criteris per depressió clara però sí hi havia tristesa, ansietat, apatia, desmotivació, baixa autoestima...). Tanmateix, i segons la història de funcionament prèvia, ja existent des de la primera infància, i la presència d'un estudi psicològic anterior a la seva arribada a l'HD, s'ha detectat clínica compatible amb TDAH subtipus combinat.

Quines millores (o no) has vist que ha fet en el teu àmbit de treball?

El que més ha millorat és l'estat d'ànim i la motivació. Ha estat possible re-vincular-lo a l'activitat acadèmica que era el que més estava evitant i se l'ha orientat de cara al curs vinent. Ha millorat molt la dinàmica relacional dintre del nucli familiar. A nivell d'actitud defensiva i d'expressió emocional, el pacient s'ha mantingut força invariable. Ha acceptat més les seves dificultats i la necessitat d'ajuda, però no el suficient mantenint encara una actitud defensiva important. Tampoc s'ha aconseguit millorar l'activitat més lúdica i social, mantenint-se força aïllat dels iguals. Persisteixen dificultats a l'hora d'adquirir una rutina, tot i que en comparació a l'inici, aquesta ha millorat molt (al principi no es podia llevar pels matins i passava el dia sense fer res...).

En general, que creus que és el que ha millorat (i empitjorat) dins de l'HDA.

El que més ha millorat en l'HD en general és la seva vinculació al recurs i la seva capacitat de complir amb els horaris establerts. D'altra banda, però, a mesura que ha anat passant el temps, ha empitjorat la seva conducta i participació en les activitats i ha mostrat cada cop més una actitud més rebel i "xulesca" dintre de la seva tendència a aparentar normalitat (defensiu) i de sentir-se "superior" als demés. Això el que ens indica és que l'ajuda que rebia inicialment ja no hi és degut que ha hagut una millora subjacent, pel que ara necessita integrar-se en un altre ambient més normalitzat (ja no troba el suport inicial de que li donava l'HD perquè ja no el necessita pel que ja no presta tan d'interès en les activitats).

Gràcies!!

e) Entrevista amb la docent

Hola! Bueno, ara et toca a tu!

Si (riu).

Per començar, unes preguntes abans de començar amb els casos.

Molt bé.

La primera, quines són les teves funcions en l'hospital de dia?

Bueno, com ja saps, em dedico a re-vincular els nois i noies a al sistema educatiu perquè tornin a estudiar. Els hi faig acompanyament i treball amb ells de manera individual, sempre que es pot clar! Faig reunions amb l'equip i amb els centres escolars. El que tracto és crear un ambient positiu i ajudar als nois i noies amb tot el que pugui.

I quan estàs a l'aula, segueixes aquestes tres idees de Rogers? Congruència, empatia i respecte positiu.

M'agrada la pregunta però trobo que potser hauria de respondre un altre persona per mi! Les tres condicions que menciones són molt importants, però la del respecte positiu, per si mateixa, crec que és la més terapèutica i enriquidora, així com absolutament necessària.

Sobre l'empatia. Penso que sóc suficientment empàtica. Si digués que sí, que sóc empàtica plenament, crec que seria fals ja que a vegades no podem viure com a propis els sentiments dels altres, ni que volguéssim! Podem intuir allò que realment està passant a l'altra persona, però a vegades és difícil. O perquè el que està passant l'altra persona és summament complicat, o perquè tu com a persona (que no sempre estàs igual) en aquells moments no tens la predisposició.

Encara que sembli estrany, entenc l'empatia com a clarividència. Saber veure que l'altra persona no està bé o ho està passant malament. Sentir-ho i ja està.

El de la congruència... Mostrar-te com ets és una "condició sine qua non" per viure amb congruència, sobretot, amb tu mateix. Si tu no ets congruent amb tu mateix, com ho pots ser amb els altres? Tanmateix, amb la relació amb els alumnes, a vegades, sense deixar de ser congruent amb els teus principis ètics, pot ser necessari fer teatre, per ser veritablement honest.

I sobre el respecte positiu crec que és una condició fonamental i potser la més important! Veure l'altre com a una persona abans que com a pacient o com a alumne.

Respectar la diferència , no jutjar de primeres la diferència com a anormal, intentar donar un sentit a la diferència dins del discurs de vida de l'alumne, acceptar... Després, com a persona congruent que ets, jutges, opines amb tu mateix i amb els teus... crec que és necessari per sobreviure... El respecte positiu és terapèutic i fa créixer un vincle constructiu favorable a la persona, a la maduresa.

Molt bé! Si, crec que si que ets tal i com has dit pel que vaig veure! I no és per fer-te la pilota!

(Riu) La veritat és que m'agrada molt que hakis afegit l'adjectiu positiu i no respecte només. El respecte només és distant, no crea vincle. És el mínimament necessari en la convivència amb els veïns. El respecte positiu et permet entrar, fer bromes, jugar, dir el que penses i ser sincer sense trencar vincles, perdonar i ser perdonat, ferir i ser ferit.

Sobre la teva feina de l'aula, com l'explicaries i com la descriuries?

En relació a la feina a l'aula, aquesta ja la saps. A l'aula entra qui compleix la condició fonamental: la predisposició a entrar-hi. A l'HDA puc jugar amb aix. Si no entra és o que no vol i aleshores s'ha de negociar, o que no pot perquè està molt malament i és millor que jugui a cartes o faci algun taller o manualitats perquè no pot entrar. Aquest és l'avantatge de l'HDA. A l'INS, el noi/a no pot entrar i no té on anar... No existeix un Departament d'Orientació amb algú de guàrdia per aquestes coses, i quan dic de guàrdia no vull dir una sala de guàrdia!

Quan un noi ingressa la primera entrevista és individual. A l'aula hi ha un màxim de quatre alumnes, però és millor 2 o 3, depenent del grau d'autonomia , ja que l'atenció intenta ser el més individualitzada que sigui possible, si no aquest recurs perd el sentit. Tenir un aula de 10 no té cap sentit.

De totes maneres, les aules o tallers (com el blog) amb més de 4 alumnes, et permeten fer coses que no pots fer a nivell individual. Les dinàmiques que es creen en les aules, tutories, classes són úniques i es mereixen un estudi a part. es produeix un fenomen que no passa a les aules individuals, que és el fenomen d'interpensar entre tots.

I per treballar, segueixes alguna teoria educativa?

Si, en segueixo una, la socioconstructivista. És una teoria que creu en el vincle cap a l'aprenentatge. Va més enllà de l'apego i les coses s'han de fer seves. Crec que quan aprens qualsevol cosa, l'element mediador entre cultura i cervell fa que al produir un aprenentatge canviïn les estructures del cervell. I per que això passi, no cal que els

mediquem. El problema apareix quan els nois no volen aprendre...

Perfecte. Bueno, dins de l'hospital de dia es treballa amb la salut. Creus que és necessària aquesta cooperació?

Aquesta combinació està molt bé, però també s'han de veure les tasques que es fan en cada àmbit. Es tendeix molt a medicar, i joestic a favor de la medicació només en dos casos. El primer per un dolor físic i psíquic molt greu, en el que hi hagi patiment. El segon dels casos és per agressió cap als altres i cap a un mateix. Si la medicació l'ha d'ajudar, l'ideal és que se la prengui. El que sol passar molt és que es mediquen problemes socials perquè són nois que no volen anar a l'escola. I aquest tipus de problemes no poden medicar-se. Tot i així, hi ha molts psicòlegs que creuen que la clínica està supeditada amb l'educació.

Crec que els nois volen aprendre, però com estan a la defensiva a vegades no és el moment pels problemes emocionals que tenen. A vegades l'educació i l'aprenentatge ajuden en el tema clínic i a que no estiguin a la defensiva!.

Bueno, però això ja saps... que costa de canviar. Ho saps millor tu que jo per això!

La veritat és que sí (riu).

Bé, per seguir, ara és parlar una mica del cas de l'Alba.

Bé, amb aquest cas puc ajudar-te molt, ja que fa res que he escrit sobre ell, degut a que l'he d'anar a presentar. Així que t'explico el seu cas a través de la informació que tinc.

L'Alba ingressa amb un TDAH i amb el pas del temps, també apareixen trets histriònics. Ella és una noia organitzada i sempre porta la feina i mai se la deixa. Còpia els textos sense deixar-se res. En el moment de treball no s'aprecia un tema d'atenció i és el que s'aprecia de primera opinió. Quan arriba presenta un discurs acollidor en el que demana ajuda. Se li va fer una adaptació curricular a l'institut de tres matèries, les troncales. És una noia nerviosa i desinhibida en algunes coses. No entén els aspectes pragmàtics de la llengua com la ironia, els dobles sentits i les metàfores... Quan està en un petit grup i en un dels comentaris s'usa l'ironia o un doble sentit, ella riu tot i que no ho entén. Té problemes d'autoestima, ja que no es valora ni sent que la valorin. Des d'un bon principi ella té un problema en el planificador, ja que no entén els enunciats i se li han de reestructurar i reexplicar perquè pugui treballar. Es van observant i evidenciant problemes molt evidents amb les ciències socials i l'anglès. Amb l'anglès és normal, ja que ja presenta problemes

amb la seva llengua nativa, amb una estrangera encara en presenta més. Amb les socials, les dificultats més grans es troben amb els nous tecnicismes i el nou vocabulari. Se la va diagnosticar amb un trastorn de conducta, pels problemes que presentava a l'aula, sobretot a les classe de socials. Quan ha de fer un examen el sol deixar en blanc, ja que té dificultats per reestructurar textos i sempre es queda en blanc i sense paraules. Això és molt significatiu, sobretot perquè diu que ho té a la punta de la llengua però que no accedeix al vocabulari. Oblida les paraules claus. Això es deu a un trastorn de la llengua. Té un problema pragmàtic. Ella és capaç d'explicar coses quotidianes de la seva vida i ha arribat amb poemes de carrera però quan ha de fer coses més creatives no és capaç, com fer contes, textos o històries. Com que no es veu capaç, es frustra i abandona. Això són conseqüències del nivell d'aprenent, on la relació és evitativa amb l'aprenentatge en alguns moments. Tot i així, moltes vegades la relació amb l'aprenentatge és ambivalent, ja que quan rep ajuda constant, si que pot, si no, no. És el que diu Vygotsky, que tot allò que pots fer amb ajuda ho pots fer sol. Però ella s'ha quedat amb l'ajuda. Trobo que l'aprenentatge té el seu propi terreny, tot i que a vegades també pot ajudar la clínica. Igual que amb l'aprenentatge, té una relació ambivalent amb el llenguatge. Té descompensacions ja que oralment és correcte i a nivell motriu també, però en els aspectes pragmàtics i semàntics de la llengua no. Té capacitat de còpia i de repetició. Incorpora nous trets semàntics i età poc estimulada. Llegeix i escriu correctament. Ha tingut una reeducació important on ha tractat amb psicòlegs des de petita. Ha d'aprendre a separar les dues coses, tot i que les ha de treballar a l'hora. Això són els temes clínics i educatius. Tot i que s'han de treballar conjuntament, no s'han de barrejar mentre es fa un tractament educatiu o clínic. Té molta deprivació cultural.

Uf, ja gairebé m'has deixat sense preguntes!! Bé, només dues, que si me les respons juntes ja tanquem el tema de l'Alba i comencem amb en Fernando.

Molt bé! La veritat és que d'ella tinc molta informació!

Ja ho veig ja! (ric) Bé les preguntes són: primer, que vas treballar amb ella i què va millorar? I segon, trobo que molts d'aquests comportaments que has descrit, poden ser donats per l'amígdala, trobes que és així també?

Bé, el que vaig treballar amb ella era demanar una adaptació curricular amb l'anglès, on li fessin fer activitats per omplir buits i així agafar seguretat i obtenir el vocabulari. També em vaig centrar en una tasca emocional, però sense deixar de banda la part

cognitiva. I finalment, vaig voler-li donar seguretat i fer que treballés de manera mecanitzada i amb poca feina.

Dins de les seves capacitats va fer una millora educativa, ja que presenta una privació cultural com t'he dit. Està molt fusionada a la mare i per aquesta fusió fa que no pugui relacionar-se amb coses de l'aprenentatge. A l'hora vam haver de fer una intervenció psicològica per fer-la autònoma i que fos individual. Quan se li va donar l'alta, aquest seguiment psicopedagògic no el va tenir fet que abandonés quart d'ESO i comences en un PQPI. Però a través d'aquest tractament educatiu, va millorar la conducta a l'aula.

I respecte la segona pregunta a vegades entenia la tasca i a vegades no, però hi havia més dificultats d'aprenentatge i de llenguatge. A vegades era evitativa i a vegades no. No estic segura de què sigui només un tema d'amígdala. Entenc que l'Amígdala actua com a sistema de defensa de forma impulsiva, impulsivament, inconscientment crides quan veus una taràntula o estàs enfadat...i després dius (no ho volia fer...o el que sigui)

En les actuacions evitatives de l'Alba també intervé la consciència, l'hàbit, la motivació i altres elements apresos al llarg de la seva vida amb la relació amb les persones significatives.

I consideres que la vostra relació era bona?

Si, si que ho era.

Molt bé, passant a en Fernando, em podries explicar una mica com era, com m'has fet amb l'Alba?

I tant. Bé, amb ell no es treballa tant el tema educatiu. Tenia una relació evitativa cap a l'aprenentatge, ja que venia d'una situació d'absentisme escolar. Amb aquesta situació veiem que presenta un retard amb l'aprenentatge, tot i que de petit ja podia observar-se. Se'l va diagnosticar amb un trastorn de la conducta i un TDAH. Ell pateix un bloqueig emocional molt important, ja que el pare l'anul·la molt com a persona. Ell té un problema més psicològic. Quan se li ofereix un canvi escolar i un nou context, presenta un canvi molt important d'actitud. Amb l'escola anterior tenia una relació molt dolenta, tant per part d'ell com dels pares. S'ha treballat des del canvi d'escola, però no gaire a casa. Presenta un TCA amb Bigorèxia, amb el qual crec que aquest comportament és de rebuig cap a la família. Sobretot cap a la mare, que li consenteix tot. Ell necessita un guiatge i necessita estar molt orientat, de manera que també se li

adapti l'horari escolar. Ell diu que ha millorat personalment, amb la família i amb l'escola.

I creus que és important que ell tingui un referent? Perquè com era la vostra relació?

Suposo que sí és important que tingui un referent. I la relació amb mi era bona.

Per acabar, com era el seu treball dins de l'aula? I quin tipus d'ajuda és més necessària per ell?

En Fernando necessitarà tot tipus d'ajuda i diversificada, és a dir, individualitzada, amb grups d'igual...variada. A l'aula treballava bé, concentrat i autosuficient a estones. Tanmateix li havies d'avançar el que havia de fer perquè no entenia molt bé els enunciats, però un cop els entenia, ja ho feia sol. Aquí veiem com també falla el planificador!

Doncs moltes gràcies per tot!! I si necessito alguna cosa més ja t'avisaré!

Molt bé, i ja saps que estem aquí pel que necessitis!

f) Entrevista amb el tutor de l'Alba

Bona tarda! Mira, t'explico una mica per sobre.

Vale

Com ja et vaig dir en el e-mail, estic fent el treball de fi de grau sobre el vincle cap a l'aprenentatge i he triat dos casos i un d'ells és el de l'Alba. Per tant, l'entrevista s'enfocaria cap a aquí. Veritat que ella va venir d'un altre escola oi?

Si, ella va venir d'un altre centre a mig curs més o menys

I em podries explicar una mica el seu progrés? La seva estada en aquest nou centre.

El temps que porta... Bueno, la seva assistència... Amb el problema que té és molt fàcil, o jo ho veig molt fàcil. El problema no és de venir d'un cole a un altre, si no que és un problema què ve de casa. Quan no es sent a gust, surt corrent. El pas va ser... que va venir, 5 dies. Va venir en condicions de que no vingués tots els dies, si no, que vam pactar que en vingués 3. Dels tres dies va venir 1. S'ho va passar molt bé, li va agradar i va treballar. Però el problema el té al sortir de casa. No té aquesta voluntat. A veure, jo amb ella em porto molt bé li dic que vingui i ve, Però arriba un punt en que ja deixa de venir.

Des del teu punt de vista creus que té un referent aquí a l'escola?

Bueno.... un referent? Aquest podria ser jo, però no m'ha donat temps a ser-ho. Si que tenim un petit punt en comú i un petit vincle. El problema és que aquest vincle no l'associa a si mateixa, si no és una mica com... a no voler venir a l'escola. Amb qui parlar, o amb qui trobar-se.

I els pocs cops que ve, què treballes amb ella?

Què treballo? Doncs intento que estigui a gust, que estigui contenta perquè torni. A vegades aconseguixo que tot i això torni, però a vegades no torna.

Se li ha adaptat el currículum?

S'ha intentat, però no creiem que sigui necessari que se li adapti. El seu nivell és molt baix però és acceptable pel curs. Quan ha vingut ho ha fet bé, però clar, no ve. El problema d'afecció és que si la mare diu blanc ella diu negre i si li dius que ha de fer això, ella fa tot el contrari.

A l'altre escola si que li van adaptar molt el currículum

Ja, però això a vegades no és bo, perquè quan adaptes massa, quan augmentes la dificultat ja no pots demanar més. Està molt acostumada i clar...

Nosaltres vam passar-li un test, per saber si tenia problemes emocionals o cognitius i vam veure que de comprensió anava... no anava bé.

No si...

Molt limitada. Molts cops no sabia la diferència entre una paraula i no comprenia allò que li demanàvem. Per això et preguntava si s'havia adaptat.

Adaptat... Bueno entre cometes ho fem tot adaptat. Veiem com és cada cas i els exigim un nivell i una base diferent. Si això no ho entens, intenta fer això altre perquè si tenim 42 nanos, no podem adaptar-ne 42. El que jo vull és que s'esforcin, sé que pot tenir un límit però que ho intenti. El problema que té, és que amb la comprensió no arriba al límit, no arriba al seu nivell però perquè no fa l'esforç.

I se l'intenta motivar?

Si, lo que el problema que té és que quan una cosa li costa es tanca i té molt clar que ja no ho vol fer.

I es treballa això?

Si, però el tema és com ho treballes. El problema és que nosaltres treballem d'una manera molt diferent. Jo puc ser un referent, però han de ser ells qui vinguin. Si tu vas a buscar a un nano d'aquest tipus, cada vegada el tens més lluny. Per això el que es treballa és una relació de confiança... a partir d'aquí, es treballa el que és l'acadèmic. Això és bo perquè ella té una autoestima molt baixa.

I amb l'àmbit familiar, també trebal·leu?

No, no tenim.... Bueno, és que la mare només ha vingut dos cops i n'hem parlat tres. Però jo sempre penso que el problema el tinc amb el nano i no amb el pare.

Com que a vegades també es treballa això per intentar millorar...

Ja, però això és més a nivell d'ESO. Aquí, és un format molt diferent. Aquí primer són els alumnes i després ja ve la resta. Intento solucionar el problema amb l'alumne i a l'última instància, amb el pare o la mare. Perquè pensa que si no aconseguim que ells facin les coses no té sentit. Nosaltres per exemple no posem deures. S'ha de treballar tot aquí, perquè si no aconseguim que treballin aquí, a casa no ho faran, llavors el que fas és provocar un problema encara més gran.

I atenció individualitzada en fas? És a dir, treure-la de l'aula per treballar individualment.

Treballar amb ella apart? Si, però ella mateixa és la que s'exclou, així que no cal sortir de l'aula perquè ella va al seu racó. Nosaltres creiem que no és bo, tot el

contrari. Ha d'estar més vinculada a la resta dels companys. Pel tema de que això mateix... se l'ha de reforçar... si tu l'apartes, tens el mateix com en una ESO. Els bons en un costat i els dolents en l'altre. Nosaltres fem més la integració. És ella la que s'aparta i nosaltres els que la reforcem.

I, si ho saps una mica... Saps quina és la relació amb els seus professors i els seus companys?

Era bona, Bueno, de fet és bona, però tampoc vol vincular-se molt. Veig que té molts problemes d'adaptabilitat i de relacionar-se amb els seus companys. Vol demostrar una cosa que no és, i clar... això és un petit impediment a l'hora de comportar-se amb els seus companys. Al principi semblava que no faria res i després li va sortir la vena xulesca, de "a mi, eso me da igual". És el que tenen la majoria al primer any i el primer curs. És una lluita constant, de si seu a classe i de si fa la feina.

I ella m'ha dit que, fes l'examen per ser un cicle...

Si, de fet nosaltres els preparem per l'examen a final de curs. I bé, ella... té... cinc dies per estudiar només... Ella ho sap des del primer dia. I jo l'he intentat motivar i quan no ve, la truco per motivar-la. Per, A, venir i per B perquè estigui estudiant. No té algú a sobre perquè treballi. És el que li deia a la Rosa. Jo no puc fer res si ella no ve. Ha de ser ella la que vulgui venir, i quan ve està molt bé, però quan tu li demanes una mica més, ja està. No ha tingut cap problema amb els companys, perquè tots són molt integradors i estan en la mateixa línia. Però ella té una postura molt forta... i com que pot amb la seva mare i llavors quan ella diu que no, la mare ha de cedir. I llavors aquí tens el problema,

I, alguns punts forts davant l'actitud a classe, en veieu algun?

Home si... si més no té sentit de l'humor, és un punt molt fort. I lo altre que té és quan vol si s'esforça si que és capaç d'entendre i d'estar a classe. I si li arribes mínimament li pots demanar coses perquè ho fa.

El problema és que es vulgui esforçar, no?

El problema és que no té constància, que quant surt d'aquí ja no te normes.

I ja intenteu que creï aquesta constància de treball, o no?

Aquí si... però el problema no és de aquí. El problema ve a vegades de quant surt fora que no té responsabilitats. Llavors tallem l'hàbit i també amb la mare. Per això a l'hospital de dia també funcionava molt bé.

Ja, però clar, si falla molt el tema de la mare, per això us deia si es treballava des

d'aquí.

S'intenta, però clar la mare també ha de voler i ha de venir i perds molt de temps i també és una qüestió que en els PQPI no és fa. Teòricament és per fer un altre camí. Un PQPI, el que volen, el que tenen clar és mes o menys què tots volen fer. Llavors tu treballes sobre això. I clar aquesta nena té un recorregut de abans i això s'ha de treballar a l'ESO i no aquí. S'hauria d'haver treballat en aquest sentit de dir "ei, aquesta nena s'està anant... aquesta nena, això sa de cuidar".

Llavors ja mas dit que l'hospital de dia creus que ha estat un bon recurs per ella, no?

Si, molt bo. El problema que ha tingut en aquest sentit és que el que li diu la Rosa ho fa. I fa cas. Però tornem al mateix problema: surt i ja no hi és el referent

Jo recordo que, quan estava a l'hospital de dia, com que tenia molt bon vincle amb ella al principi si que feia la feina per la Rosa, però al final la va començar a fer per ella mateixa... Però li costava molt.

Si, però clar ha de veure l'objectiu final i no el veu, no l'arriba a veure i llavors es desmotiva molt ràpidament i es frustra molt ràpidament. Ja et dic que un problema és la seva autoestima. Algú li ha dit moltes vegades que no serveix per res.

I heu intentat millorar el tema d'autoestima des de aquí?

Si, el temps que ve li parlo molt bé i sóc una persona molt optimista i sempre estic molt a sobre dels meus alumnes i faig moltes tutories individualitzades. I parlar molt, sobretot de que pot i què ha d'intentar això. Clar, és parlar i quan parles té una motivació que mica en mica la va tirant endavant.

És que a mi em sembla que a l'altre cole tampoc la volien gaire, per dir-ho així...

Estava molt marginada, estava molt marginada.

Si, i recordo que no la volien posar en un projecte

No, perquè per això has de tenir paciència i has de tenir la idea de que això ha de funcionar. I.. vull dir ha d funcionar i has de buscar a algú que funcioni i no has de ficar algú que no surti bé. I clar amb ella, suposo q han provat molts projectes i clar, no ha sortit be. Llavors hi ha un moment que la gent té tendència a rendir-se.

I m'ha dit que ella té com una psicopedagoga del CSMIJ? Pot ser?

Si

Perquè la de aquí no la veu no?

No, perquè quan parles d'un PQPI parles d'una altra banda. Diguéssim, no és la ESO en el que no hi ha un equip de psicopedagogs si no que som nosaltres, sóc jo

bàsicament, qui parla qui mira el que s'ha de fer. És un altre sistema. No es com la reglada que tens un equip de psicopedagogs, sinó, que no. Perquè és voluntariat. El nostre estudi és voluntari. La ESO és obligatòria i has de tenir una obligació i el PQPI és voluntari i llavors no cal. Però tot i així tots els professors tenim una experiència en aquest sentit, formació psicològica,. Però tornem al mateix problema, que ella ha de donar el primer pas.

Això ja...

Això m'agradaria que un dia... pots venir un dia i veure una mica com son tots els meus alumnes i llavors entendràs una mica com funcionem. A l'aula normal tens 15 alumnes o 20 alumnes i tres dolents, a la meva classe tens al revès, tens entre cometes 15 dolents per dir-ho d'alguna forma, ja que ami no m'agrada dir-ho... i llavors tens tres que volen estudiar.

Es que els PQPI no els hem estudiat gaire i estem com una mica perduts.

Abans eren PGS: problema de garantia social. Aquest nom era molt dur i el van canviar.

I amb els alumnes intenteu q s'ajudin entre ells tot i que tinguin dificultats?

Si, això es basic. El fet de que un... perquè així treballes molt l'autoestima. I vol dir que què tu li diguis a un alumne "ei dona un cop de mà que a ell li costa més", si que tenen... Llavors si que tenen tendència a rivalitat, però si que és veritat que s'intenten ajudar i que es donen una seguretat sobre, "això tu ho saps molt be, doncs posat amb ella i explica-li". Els hi puja l'ego i es treballa molt.

Clar es que això es troba molt a faltar a les ESO i això, que normalment es discrimina molt. Bueno, per lo que he anat veient i, bueno ara ha canviar una mica, però de quan jo vaig fer la ESO, q era horrorós.

Clar a la ESO, més o menys calculant quan tu vas fer la ESO, el problema és que els meus alumnes tenen dins del grup classe conflictius, conflictius. I, risc d'exclusió social molt gran. Ara ha canviat, ara el format esta canviant. Ara es queden i venen al PQPI, és una mica el tema com l'Alba, que els hi costa molt, i hi ha molta feina per fer i llavors vas passant, vas passant, vas passant.. arribes a 4rt i bueno, ja esta... i aquí ja et busques la vida. I clar, a moltes vegades als nostres nanos els hi costa escriure. Com pot arribar a 4rt deso i no saber llegir un text?

Jo me'n vaig trobar d'aquests també...

Clar és el que dius tu, en el fons és això

A nosaltres ens separaven en grups: l'1 el que tirava més i el 4 el que menys. Llavors tots els conflictius junts i ho feien a lo fàcil.

Si, el problema que té és que abans els conflictius eren conflictius però intel·ligents.

Bueno..

Abans, al principi quan es va dir PGS, és que eren nois molt conflictius amb moltes històries per anar a dormir, però eren persones que eren bastant intel·ligents i que poden entendre el que eren els conceptes i els posaves una prova d'accés que aprovaven. Avui en dia, tens els que són conflictius que també ho utilitzen molt per camuflar les seves mancances i llavors hi ha els que ja de per si els hi costa una barbaritat. Una mica el que has vist: l'Alba. Els hi poses un text, els costa llegir, i quan els hi dius q llegeixin més alt no ho fan perquè a la segona paraula s'ha aturat.

I canvia d tema quan estàs parlant amb ella i es veu molt bloquejada i comença a parlar d'altres coses? Perquè a nos ens ho feia a vegades.

No, diu tacos "Joder ya está bien, me cago en la ..." i llavors aquí, ja ho saps. És qüestió de relaxar-la i dir-li tranquil·la però torna-hi

Es que a vegades quan veia que no podia ens explicava coses de la seva vida. Llavors s'havia d tornar a no, va, treballa.

En aquest cas jo el que faig és escoltar-la, li dono dos idees i ara tornem-hi. Perquè vegi, que es relaxi i el problema moltes vegades es que li dius calla, comença a fer que estem per això i per allò... Bueno es bloqueja encara més i llavors, el pitjor és que te n'enfrontes. Et poses davant d'un enfrontament a veure qui pot més.

I aquest estudi perquè el fas?

Per veure si el vincle entre l'educador i l'estudiant fa que aquest últim vulgui aprendre.

Si això es va demostrar perquè l'any passat també vam tenir un noi d'hospital de dia i que va fer un canvi brutal en el que va millorar molt i va acabar fent un grau mitjà.

Clar hi ha casos i casos.

Si, però hi ha casos en concret, que el problema que tenen molt això en que l'hospital de dia és que, quan tornen al sistema i el sistema els torna a rebutjar.

Ja..

I el sistema es : o vales o no vales.

Clar... jo l'altre cas que he fet es un noi que va canviar de centre i ara està a l'Escola Pia també, i ha sigut molt de canvi perquè a l'altre escola també el rebutjaven molt i tot.. i ara des de què està aquí li va molt bé i el pas.. clar

El pas amb nosaltres de l'Alba és el que li vaig dir a la Rosa, ha començat molt tard a meitat d curs. Llavors clar el grup classe ja estava una mica integrat i mig fet i clar, arriba ella nova... i amb el seu caràcter i tot... i les baralles que té amb la seva mare són brutals. I li és igual que estigui davant. Es comença a discutir amb ella i li diu de tot i es com "tio, és la teva mare una mica de respecte", però no, canvia bastant. Com dic jo, se li envà i... ja pots buscar-la.

Bueno, ja està!

Doncs era això, perfecte!

Moltes gràcies!

De res, i qualsevol cosa, no dubtis en enviar-me un correu o posar-te en contacte!

g) Entrevista amb la psicopedagoga d'en Fernando

Doncs et faré un seguit de preguntes relacionades amb el progrés d'en Fernando, des de que va començar fins ara. Ell va venir d'un altre INS, en el que no hi anava...

Si, ell... a nosaltres ens ve aquest any a mitjans d'octubre aproximadament. I ens comenten que es un alumne que fa un any que no anava a l'escola, i clar, és un absentisme escolar important. Llavors, l'objectiu principal en aquest moment, és que pogués venir, no tots els dies ni totes les hores, però si agafar un petit ritme de tornar a l'escola. Això s'ha anat progressivament, ampliant, ja que en Fernando ho està aconseguint i està venint tots els dies i totes les hores fins ara.

Això de l'assistència t'ho volia comentar, però ja m'ho has dit. Perquè recordo que a l'hospital de dia no sempre hi anava i si a l'escola s'havia aconseguit o no.

Si, si.

Tot i que no el coneixeu gaire (uns mesos), creieu que si el temps que ha estat a l'hospital de dia li ha servit com a bon recurs, pel fet de voler estudiar.

Home, si més no, si que ha anat bé si mirem el seu progrés. D'un alumne que no venia ni anava a escola fins ara que esta venint; doncs, aquest suport emocional i ajuda grupal que fan a l'hospital de dia ha estat gràcies a aquest ajud.

Té un referent a l'escola amb el que pot contar?

Si, aquest referent puc ser jo, o la seva tutora.

I que treballeu amb ell?

Mira, quan va començar en Fernando al principi de la seva estada amb nosaltres el que vam treballar és que es sentís bé com a persona i que trobés sentit a venir a l'escola. No ens vam plantejar cap tipus curricular ni programa curricular, si no que anés fent coses aquí molt adaptades, però amb l'objectiu veritablement de voler venir a l'escola. Això en aquest moment sembla que ho estem aconseguint, i dintre del que ell pot, ja que el seu nivell respecte els seus companys és més baix. A nivell curricular intentem que faci alguna feineta, no a nivell fora de l'escola, però si dins. Si fem una activitat grupal que ell s'impliqui o una activitat normal de currículum, potser en un nivell més baix però que també la faci. A nivell de deures fora de classe o de l'escola, de moment no, no hem fet. Ho hem intentat i no ens hem ensortit i no podem demanar tant.

Feu atenció individualitzada amb ell, fora de l'aula?

Si, si. Però no sempre. Si considerem i veiem que aquella setmana en Fernando ve més tard o no ve, el dia següent parlem i preguntem que ha passat. Això era més a l'inici, ara ja no es necessari, ja que ara ja ve. Ara és més l'atenció individualitzada que pot fer la tutora de dir, com ens enfoquem les hores que estan venint i com ho treballarem les matèries que està fent.

Saps si la relació amb els professors és bona?

Si, correctíssima.

Si? I això ajuda a que ell vulgui aprendre o vulgui venir a l'escola amb aquesta relació?

Si, jo penso que si. Crec que es sent bé a l'escola, que és el gran objectiu que hem aconseguit, i llavors, ho valorem positivament.

Si, perquè també recordo que amb els pares amb l'altre escola no tenien molt bona relació i per això ell tb feia que no volgués anar.

Els pares també, només coneixem a la mare i ella molt correcte.

Quan va estar a l'HDA no anava al colepq els pares es duïen malament i clar... jo crec que això influeix

Home clar, això sempre. Si... la família creu amb l'escola en la que va el seu fill doncs l'escola funciona. En les famílies en les que no creuen en l'escola del fill els alumnes tampoc.

Se'l motiva x voler aprendre?

Intentem, és el repte que tenim ara i el que volem no és que només vingui a escola, si no que aprengui. I que intenti fer activitats i que vagi aprenent, si ho intentem.

I com ho feu?

Doncs mira, molt adaptant en funció de les seves necessitats. Treballem sobretot aspectes curriculars dins de l'aula. El tenim en un grup de reforç on es fan les matemàtiques, el català, el castellà i l'anglès. Aquestes quatre assignatures les fa en un grup reduït de 15 persones on es treballa a partir de projectes, d'activitats una mica diferents al grup classe. Això també fa que en Fernando estigui més atès.

Les carències de nivell, en les quals veieu que va més endarrerit, és perquè té problemes de comprensió o perquè ha faltat a l'escola durant un curs?

Doncs crec que una miqueta de tot. En Fernando és un alumne que per les característiques i pel que ens havien comentat a l'hospital de dia, era un noi que li costava bastant. I clar, la mancança d'un any fa molt.

Per una activitat de la universitat, vam passar-li un test per veure si presentava

dificultats cognitives o eren més emocionals. Vam veure que els resultats venien d'una afectació emocional important. Des d'aquí feu un tractament més emocional?

No, perquè com que ja anava a l'hospital de dia el que no podíem fer era una altre teràpia emocional, perquè ells ja ho feien.

Ara ja li han donat l'alta, no?

Si, li van donar l'últim dia abans de les vacances de setmana santa. La setmana passada vam començar el dimarts i ja fa doncs uns 4 dies que esta venint, no a un ritme de les 8 fins les 5, però el que si li hem respectat es que comenci a les 10.

I, ara que li han donat l'alta, el suport emocional aquest creus que li podríeu donar desde l'escola?

Si, si creiem que es necessari si.

I la relació que tens amb ell com es?

Mm... correcta i bona. Ell accepta quan tu li parles, quan tu li dius mira hauríem de fer això, anar per aquí, compte amb això, doncs ells t'accepta, les correccions que tu li fas. Així que bé.

Si necessita ajuda, et ve a buscar?

Això li costa més, el que pugui venir-te a buscar. Amb alguna cosa puntual pot ser que si et vingui, però si no has de ser tu el que vagi i dir-li, com estàs? Com va la cosa? Has d'anar tu més que no pas que ell et vingui, això és veritat.

Li van diagnosticar TDAH. Vosaltres veieu que en tingui?

Tenim molt poca... relativament fa molt poc i poques hores que el tenim per poder-te fer un diagnòstic d'un TDAH. Nosaltres també, en funció del que l'hospital de dia ens diuen, valorem i treballem. Vull dir, ells són els psiquiatres, els que t'ho diuen i per tant acceptem el diagnòstic que ells diuen.

Així en general, hi ha alguna altre cosa que em vulguis explicar sobre ell?

Bueno, actualment hem parlat amb la família de quina serà la orientació pel curs vinent. En principi, la orientació serà per un PQPI, de tipus comercial i administratiu. Perquè considerem que el seu nivell.. considerem que no té un nivell per treure's una ESO el curs vinent. Llavors hem de donar-li un altre perfil d'estudis que veritablement es pugui continuar més endavant el seu camí d'estudis i laboral.

Creieu que si el vincle entre l'estudiant i l'educador afecta perquè vulgui aprendre i si ho intenteu fer?

Si, si si.

Clar que a nivell d classe és molt difícil, però a nivell individualitzat com a l'HDA es feia. Vulguis o no, fas que el nen poc a poc comenci a treballar...

Si, si que es crea i pensa que per aquest motiu el posem en el grup reduït. No està amb 30 si no amb 15. I a nivell personal amb mi també té un vincle.

Amb els companys bé?

Bé. És acceptat, és respectat. I ell respecta molt als seus companys.

Això ho comento, perquè m'han dit que allà a l'hospital de dia que a vegades va una mica per sobre...

Aquí no, aquí no t'ho podem valorar perquè no s'ha vist.

Clar, t'ho deia per si seguia igual o no, de la diferència d'aquí i allà.

No, aquí, no. En el grup classe normal és acceptat i tampoc va en plan de superior. I en el de petit, que podria anar de superior, per les dificultats dels altres, tampoc s'ha donat.

Els companys l'ajuden quan necessita alguna cosa?

Si, més que els del grup classe que els de reforç. Però clar, els del grup de reforç pobres, també necessiten ajuda. Però si que entre ells s'ajuden i no el deixen d costat tot i venir nou a mig curs... Bueno a mig curs, ja havia començat el curs i ha anat a diferents hores.. i començat amb un horari especial i clar, l'hem anat ampliant, però tot i així no ha sigut rebutjat en cap moment. Això és la gran sort.

Ell us a dit algun comentari de si està content aquí a l'escola?

Si, quan tu li preguntes diu "estàs bé?" i diu, si. A nosaltres quan ens van dir que ja li donaven l'alta a l'hospital de dia, la nostra intenció no era fer totes les hores d'escola, perquè dèiem, en Fernando se'ns angoixarà. Però si, li vam plantejar. Que, què fem? Quan parlem amb els pares fem un horari especial, o tu consideres q podries venir el màxim d'hores possible.. però això si, a partir de les 10. Li respectem que de 8 a 10 no vingui, ja que és quan ell és incapaç de poder venir i això podria produir un retrocés de ja no venir. Casi preferim que vingui a escola a no ser molt estrictes amb l'horari. El fet de respectar lo d les 10 del mati, va dir que si que si i que a les tardes també vindria i tots els dies. Ho està fent i ho està aconseguint.

I l'any que ve el PQPI el faria aquí?

La família ha dit que si. En tot cas s'ha d'apuntar en el nostre PQPO i ja està.

Lo que si el fes aquí tot i q entrés, se li faria un horari especial?

Un horari especial? És que el PQPI ja te un horari especial. És un horari de tardes que

això a en Fernando li aniria molt bé, perquè el seu problema es aixecar-se d'hora al matí i al principi aquest horari el tindria.

I el veieu capaç per voler fer un cicle mitjà? Perquè ell em va dir que si li anava be si voldria fer-lo

Si ell... jo penso que si, és un any més de maduració q te en Fernando amb un PQPI.

Llavors això... si ell veu que es pot ensortir, intentar-ho, jo crec que ho farà.

Li aneu recalcant les capacitats que té quan comença a fer les coses bé i tal?

Si clar

Ho dic perquè com q hi ha llocs q a vegades no ho fan..

Si, si no que llavors..

Clar ho dic perquè sé que ell tenia l'autoestima molt baixa.. Què si se l'intenta reforçar més perquè vegi que és capaç i tot això..

Si, perquè a més a més li valorem moltíssim el fet de que hagi aconseguit el q esta aconseguint: venir cada dia, venir el màxim d'hores i clar. Amb tot això li diem, vinga va, ara hem de pujar un altre esglaó de l'escala, ara has de fer això. Quèho aconseguiu o no ja és una altre història, però com a mínim dir-li q a aconseguit una cosa molt important i que ara hem d continuar pujant. Perquè l'objectiu d aquest any no es q aprengui el màxim de tercer, és q pugui tornar a la roda del sistema educatiu, diga-li PQPI. L'objectiu més endavant es que pugui fer un cicle. Aquest és el nostre gran objectiu, marcat. Esperem que l'aconseguiu, però clar..

I a l'hora de fer la feina, recordo que –bueno quan vam haver-li d passar el test, perquè quan jo i era ell no anava a l'escola- era molt perfeccionista, q volia saber quins errors havia fet, que li expliquéssim... ho demana aquí a vegades, ho saps?

No, no..

Perquè a nosaltres per exemple, havia de fer creus i rodones i si no acabava d tancar la rodona perdia el temps x fer-ho. O quan algo ho feia malament t'ho preguntava i li deies i et deia que perquè, perquè ho volia entendre. No sé si això ho fa aquí

Ho fa menys, perquè clar... la dinàmica és molt diferent. Sobretot quan estàs a nivell individual, que tu pots tenir una interacció de tu a tu que és més estricte, més íntima i en el grup depèn de com vagi, i aquí si q es reserva. És mes tímid i no pregunta tant. Suposo per la por de dir que ho ha fet malament i què passarà si queda malament davant dels altres. Això si, intenta passar desapercbut.

Això s'intenta treballar, q no tingui aquesta vergonya al preguntar?

Si, si, sobretot en els grups petits, en el grup petit es treballa molt, perquè és on mes o menys són un igual i les capacitats són mes o menys les mateixes, perquè és un grup buscat expressament que son nens que els i costa, que volen treballar i tenen ganes de fer coses. I clar , es veu més o menys igual que els demes, potser una mica menys però bueno. Fas mes o menys i exigeixes més o menys en funció de les seves capacitats.

Són del mateix curs?

Si

Vosaltres, desde l'escola intenteu tenir amb els alumnes una relació més empàtica, de reforç positiu...

Treballem?

Si

Si perquè pensa que les tutories nostres estan basades en les competències socials, en les habilitats, l'assertivitat, en poder dir no... tot està molt plantejat en aquest aspecte tutorialment.

Molt bé, doncs... crec que ja està!

Molt bé!

h) Entrevista amb l'Alba

Hola Alba, ¿Qué tal?

Bien

Mira, te haré un seguido de preguntas para mi trabajo de final de carrera, ¿Vale?

Vale

¿Tu empezaste cuarto en la Escola Pia o en el otro instituto?

En el otro

¿Cuál era?

El Lauro

¿Aquí en Granollers también?

No, en Bellavista

¿Y por qué dejaste el cuarto de ESO?

Porque me empecé a agobiar, porque era muy difícil... y como no me ponían las cosas fáciles pues dije... pues lo dejo.

¿Y no te lo habían adaptado como en tercero?

No

¿Y no sabes porque?

No

¿Y ahora, el PQPI de qué es?

Comercio

¿Y por qué no vas?

Porque como empecé por la mitad, e iba por el medio del curso... pues no sé, sabes.

¿Pero te gusta o no? ¿O también lo has dejado porque no te gusta?

Bueno... pero si total, si vas haciendo aunque sea difícil vas haciendo y ya está.

¿Pero quieres llegar a acabarlo, para sacarte la ESO?

Si

¿Crees que en este año lo acabarás o que necesitas otro año?

Pues no sé... porque ahora tengo que hacer la prueba de acceso esa y todo el rollo.

¿Para hacer?

Un ciclo de enfermería

¿Te gusta eso? (fa que si amb el cap) ¿Mucho? (assenteix) ¿Es lo que quieres hacer?

Si

¿Te acuerdas cuando empezaste en el hospital de día, como te sentías? ¿Me lo explicas

un poquito?

Pues no se... me sentía rara porqué, O sea, sabía que iba a ser bueno para mí. Que, no sé... me estaban ayudando mucho y me entendían... y yo le dije a mi madre hace mucho tiempo que los de San Juan de Dios son muy buenos

¿Te gustaba estar ahí no?

Si

¿Y sobre Rosa que piensas y que pensabas?

Pues que era muy buena

¿Te ayudó?

Sí, me ayudó mucho.

¿Te motivó a seguir estudiando?

Si

¿De qué manera si te acuerdas más o menos?

Pues no sé... que... intentara hacer las cosas una y otra vez, me convencía de que podía hacerlo y de que me lo iba a sacar y me lo saqué.

¿Y aquí en el cole también te ayudan de esa manera?

Si... si la verdad es que si

¿Pero diferente no? Porque aquí es con toda la clase

Claro...

¿Y ahora, tienes algún referente o algún profesor en el que confiar?

No

¿José tampoco?

Sí, pero... no sé, como yo no lo veo casi todos los días pues...

¿No lo ves mucho?

No...

¿Y tienes alguna psicopedagoga aquí?

Sí... bueno, tengo la del CSMIJ, que se llama Ana, Creo...

¿De aquí el cole no tienes a nadie?

No... bueno, sí, hay una pero nunca he hablado con ella.

¿Y antes de dejar el curso este, te iba bien? El PQPI digo... si lo encontrabas muy difícil

No sé... me iba bien pero no lo veía, sabes...

¿Pero por qué no lo veías?

No sé... es que no sabía explicarte

¿Por qué no te gusta del todo?

Claro, es que tampoco tenía las ideas claras

Ya, pero si no tienes esto... ¿el ciclo formativo?

No sé, a mi me ha dicho el José que haga el examen y que luego más adelante me saque la ESO y todo el rollo. Que no sé cómo lo voy a hacer

Que sí, que si te sacas el ciclo...

No, que o sea, que no sé cómo va a ser ni nada, porque como lo suyo es sacarse primero la eso y luego hacer las otras cosas pues...

Para que te guste estudiar, tienes que hacer algo que te gusta

Si

Entonces cuando haces lo que te gusta, en realidad lo otro ya... Si haces el ciclo antes de sacarte la ESO y te gusta, ya vas a ver que sacarte la ESO va a ser más fácil, porque habrás hecho lo que te gusta, que en realidad es más difícil. Después del medio ¿pararías o seguirías haciendo cosas?

No... después el superior y ya la universidad

¿Te gustaría dedicarte a esto no?

Sí

¿Cuando estaba en el HDA, no dijiste que te gustaría ser veterinaria también?

Sí, lo que pasa que... no lo tenía muy claro, sabes.

Hombre claro, es muy difícil tener las cosas claras. Yo que estoy acabando la carrera no tengo las cosas claras, ¡imagínate! Pero, ¿tú crees que te han ayudado a querer estudiar? Porque... ¿tú querías estudiar?

No quería

¿Pero crees que ha sido por el hospital de día, o por el cole?

No, si no hubiera sido por el hospital de día... No me hubiera salvado

¿Pero por la rosa, o por los otros también?

No, pero por la Rosa, por la Núria, también la psiquiatra me ha ayudado mucho también...

Entonces estas contenta con el hospital de día y te ha ayudado mucho, ¿no?

Sí

¿Lo echas de menos?

Sí... la verdad es que sí, pero bueno, no me puedo quedar ahí.

Pues ya está, ¡muchas gracias!

De nada

i) Entrevista amb en Fernando

¡Hola! Ya sé que debes pensar que soy muy pesada porque siempre te elijo a ti para hacer las cosas, pero esta es la última vez.

No, si no pasa nada. Lo que, ¿esto para que lo haces?

Para mi trabajo final de carrera.

¿Y lo que yo te diga lo verá alguien? ¿O lo tendrás que explicar?

Bueno, claro, mi tutor se lo va a leer y verá lo que me dices. ¡Pero no te preocupes que nadie sabrá que eres tú!

A bueno, me da igual.

Bueno, ¡no te preocupes! Ahora te haré unas cuantas preguntas.

Vale

Primero de todo, ¿Por qué no ibas al otro cole? Porque me acuerdo que cuando ingresaste, llevabas mucho tiempo sin ir.

Pues si... la verdad es que me costaba y no quería estudiar. Las cosas en casa tampoco iban bien...

Vaya... ¿así que no estabas motivado no?

Pues no...

¿No te veías capaz?

No... por eso también lo dejé...

¿Y ahora?

Si, ahora si me veo capaz.

Ahora estás en....

Tercero de ESO, repitiendo.

¿Y te va bien?

Sí. La verdad es que voy mejor que en el otro cole.

¿Y te gusta más?

Si, la verdad es que sí.

¿Estás bien entonces?

Sí.

Entonces, cuando empezaste en setiembre el cole, ¿tenías ganas?

Si, la verdad es que sí.

¿Y qué me dirías de cambio de cole?

Que ahora tengo más ganas de estudiar que antes.

¿Tienes un soporte en el cole?

Supongo

¿Con tus compañeros te llevas bien?

Si

¿Y te ayudan cuando lo necesitas?

Si, la verdad es que me ayudan mucho.

¿También te ayudan tu tutora y la psicopedagoga del centro?

Sí, eso en el otro cole no lo tenía.

¿Y te llevas bien con ellas?

Sí, mucho.

Vale, ahora te preguntaré sobre el hospital de día. ¿Te acuerdas como te sentías cuando empezaste?

Sí que me acuerdo. Me gustaba venir porque me ha ayudado a seguir hacia adelante.

¿Y ahora cómo te sientes?

Bien, porque me darán el alta y voy mejor en el cole.

¿Cómo crees que te ha ayudado estar en el hospital de día?

Pues que gracias a estar aquí veo las cosas de otra manera. Me han ayudado para estudiar y para hacer cosas.

¿Y qué piensas de la Rosa?

Pues que me ha ayudado mucho. Es muy buena persona y me ha ayudado a reflexionar y a cambiar mi visión hacia la educación.

Entonces, ¿Quieres seguir haciendo cosas en un futuro? Es decir, seguir estudiando.

Si, la verdad es que sí. El año que viene haré un PQPI de administración.

¿Y luego seguirás?

Si me va bien sí. Haré un ciclo formativo de administración también. Pero eso lo tendré que ver el año que viene.

Muy bien, ¡me alegro! Pues ya está todo y muchas gracias. Cómo ya te he dicho, ¡no te molesto más y te dejo tranquilo!

¡No pasa nada! Y de nada.

El que s'intenta abordar en aquest treball és com els adolescents van creant un desig cap a aprendre que s'havia perdut. Per contextualitzar, primer s'intenta conèixer el context en el que es troben, tant en la institució de l'hospital de dia, com en l'actualitat. Seguidament, es donen diverses metodologies a treballar amb els alumnes d'una manera més cognitiva i conductual on es presenten estímuls i de quina manera els processen per obtenir una resposta. A través d'aquesta resposta, s'intenten obtenir resultats positius i es treballa per aconseguir-ho, gràcies a la peça clau del docent qui serveix com a guia orientadora.

Paraules claus: aprenentatge, vincle, educació, hospital de dia, salut mental.