



# REPENSEM L'ORIENTACIÓ PEDAGÒGICA EN SALUT MENTAL

Proposta Pedagògica destinada als Hospitals de Dia  
d'Adolescents



TREBALL FINAL DE GRAU

**Autora: Marta Moré Coll**

Tutora: Carme Timoneda

Data de lliurament: 4 de juny, 2021

Grau en Pedagogia

Facultat d'Educació i Psicologia

«L'educació s'ha de basar a ajudar a formar persones que siguin capaces, primerament d'analitzar-se a elles mateixes, de comprendre's, i de comprendre el seu entorn, de manera crítica, reflexiva i dinàmica, perquè l'entorn va canviant constantment. [...] Saber quina emoció sentim, com reconduir-la quan aquesta emoció ens està resultant desagradable, és un punt bàsic per formar persones amb capacitat autotransformadora i de transformació del seu entorn.»

David Bueno

## **AGRAÏMENTS**

En primer lloc, vull agrair a la meva tutora del Treball de Final de Grau, Carme Timoneda, pel seu acompanyament, el suport i l'orientació sempre que ha sigut necessari; i sobretot pel temps dedicat durant tot el procés.

També agraeixo l'oportunitat que en el seu moment em van brindar l'hospital de dia i la meva tutora de pràctiques, ja que m'han permès adquirir nous aprenentatges, a fomentar una mica més l'esperit crític i desenvolupar una proposta innovadora.

En últim terme, m'agradaria agrair d'una manera especial a tots els adolescents que vaig conèixer i acompanyar durant el pràcticum: per tot el que vaig aprendre d'ells sense adonar-se'n, que em va remoure quelcom dins meu i em va ajudar a créixer com a persona i futura professional.

## **RESUM**

Aquest treball consisteix en una proposta pedagògica basada en una recerca dins del camp psicoeducatiu, és a dir, pretén aportar una perspectiva diferent per desenvolupar la intervenció en els Hospitals de dia d'adolescents. El fonament amb el qual s'enfoca la nova mirada és l'aportació que fa la neurociència per entendre el funcionament del cervell humà, juntament amb la teoria sistèmica i la pedagogia humanista; tres potes que han permès repensar el concepte de salut mental. D'altra banda, l'estudi d'investigació realitzat al centre permet exposar la vivència amb quatre adolescents diferents per poder entendre el perfil dels destinataris a qui es dirigirà la proposta d'intervenció.

**Paraules clau:** adolescents, salut mental, intervenció, bloqueig emocional i neurociència.

## **ABSTRACT**

The study consists of a pedagogical suggestion based on research in the psychoeducation field, meaning it aims to provide a different perspective to develop the intervention in "Adolescent Day Hospitals". The basis of the new viewpoint is the contribution that neuroscience makes to understanding the functioning of the human brain, along with systematic theory and humanistic pedagogy; three pillars that have made it possible to reconsider the concept of mental health. On the other hand, the research study carried out at the centre makes it possible to explain the experience with four adolescents in order to understand the profile of the recipients to whom the intervention will be addressed.

**Key words:** teenagers, mental health, intervention, emotional block and neuroscience.

## **ÍNDEX**

	Pàgina
Motivacions i justificació	5
Aproximació teòrica	6
1. Neurociència	7
2. Pedagogia sistèmica	10
3. Pedagogia humanista	11
4. Salut mental	12
Aproximació al context	13
1. Descripció del servei	13
1.1 Els Hospitals de Dia d'Adolescents	13
1.2 El centre on vaig realitzar les pràctiques	14
Part aplicada de recerca	15
1. Metodologia i objectiu general	15
2. Casos	16
3. Resultats: perfil de cada adolescent	18
4. Anàlisi dels resultats	25
Proposta Pedagògica	27
Aportació al bagatge de coneixement de la Pedagogia	37
Referències	39

## MOTIVACIONS I JUSTIFICACIÓ

Al llarg de l'evolució de la nostra societat, el concepte de salut mental ha anat canviant paral·lelament a la millora en la intervenció; per fer-la més assertiva, adequada al cervell humà i humanitzadora. Així i tot, en aquests moments encara hi ha controvèrsies entre professionals que es basen en corrents diferents. Malgrat aquest fet, l'epicentre de la psicopedagogia ha de ser sempre proporcionar les eines més adequades pel desenvolupament cognitiu i emocional, les dificultats d'aprenentatges o qualsevol necessitat educativa especial.

El meu Treball de Final de Grau (TFG) consisteix en una orientació pedagògica a una unitat d'atenció a adolescents basada en l'experiència personal durant el pràcticum de tercer. Per tant, aquesta està basada en un treball de recerca en educació que permet aportar una proposta pedagògica la qual està enfocada des d'un paradigma diferent del que es fonamenta aquest servei o centre.

Així doncs, aquest TFG neix de l'experiència obtinguda en les pràctiques desenvolupades a un Hospital de dia d'adolescents, centre del qual ja m'havia explicat el meu tutor de pràctiques que altres companyes d'anys anteriors no els havia agradat del tot el funcionament. D'aquesta manera, jo ja sabia el que em podia trobar i vaig anar preparada, però a la vegada amb la decisió de tenir la ment oberta i no deixar-me portar pels prejudicis ja preestablerts o per opinions anteriors. A partir d'aquí, he observat el funcionament del centre i n'he format part, fet que m'ha permès construir una primera opinió crítica justificada amb el que he après al llarg de la carrera, sobretot amb els aprenentatges que he anat desenvolupant sobre les bases de la neurologia i els nous coneixements adquirits relacionats amb l'orientació educativa.

La motivació que em mou dur a terme aquest treball és el gran interès per la branca de la neurociència dins de la salut mental. Des dels inicis dels meus estudis, m'ha motivat molt adquirir nous coneixements sobre el funcionament del cervell i com les vivències determinen la nostra conducta, fet pel qual són tan importants. D'altra banda, poder realitzar les pràctiques en un dels serveis destinats a la salut mental en adolescents m'ha permès conèixer de més a prop com es treballa aquest àmbit dins d'un centre destinat al camp de la intervenció. Així doncs, no estar d'acord amb el seu enfocament ha fomentat desenvolupar aquest tipus de TFG fonamentat i argumentat.

Per tant, l'objectiu del meu treball consisteix a proposar un canvi de paradigma en el qual es treballi la intervenció dins l'àmbit de la salut mental, en concret en els centres de dia per a adolescents, aportant així, finalment, una proposta pedagògica per millorar la pràctica d'aquests serveis. Tanmateix, la finalitat d'aquest consisteix a crear una eina de difusió destinada als Hospitals de dia d'adolescents, ja que es tracta del servei amb el qual no es comparteix el seu funcionament; però també per a tot el públic, amb la intenció de canviar la visió que se'n té sobre la salut mental i del funcionament del cervell humà, basant-nos en la neurociència.

## APROXIMACIÓ TEÒRICA

Actualment ens trobem davant d'una disgregació de la persona en diferents àmbits d'estudi de l'ésser humà, com són la psicologia, la pedagogia i la biologia entre d'altres. Així doncs, per una banda la psicologia estudia la intel·ligència i la personalitat, i a poc a poc evoluciona cap a processos cognitius. I no és fins que neix la disciplina de la neurociència que no es fixa en els processos emocionals. D'altra banda, la pedagogia estudia el camp de l'orientació educativa, la qual es fixa en la psicologia i ho exporta al camp educatiu. Així doncs, a partir de la unió de les dues branques es construeix la psicopedagogia, ciència del camp educatiu que estudia els processos d'aprenentatge, cognitius i emocionals dels infants per poder adquirir un desenvolupament cerebral adequat, i així entendre com ha de ser la intervenció educativa; tenint en compte l'acompanyament individualitzat per trobar resposta a les situacions específiques d'aprenentatge (Cabrera i Bethencourt, 2010).

Tenint els conceptes clars, els estudis més recents han constatat que els processos d'aprenentatge dels infants estan fonamentats per tres grans pilars. Primer de tot hi ha la visió de la neurociència que, des del Model Humanista-Estratègic, entén la conducta dels individus com un resultat dels processos tant cognitius com emocionals, tenint en compte la importància que tenen les estructures cerebrals que processen les emocions pels actes de les persones (Timoneda, 1999). Per tant, aquesta ciència deixa sobre la taula la importància del funcionament emocional per l'ésser humà, i com les emocions negatives, les vivències i el trauma generat produeixen les creences observables en forma de conductes.

El segon pilar neix de la teoria sistèmica, concepte definit pel biòleg Karl Ludwig von Bertalanffy el qual és el creador de la Teoria General de Sistemes. Des d'una visió sistèmica, s'entén la família com un sistema compost d'elements que estan interrelacionats i, a la vegada, són interdependents, ja que si hi ha un canvi en un d'ells, aquest canvi afecta a tot el sistema (Villarreal-Zegarra i Paz-Jesus, 2015). A partir de la teoria de Bertalanffy, la psicologia i la pedagogia ho incorporen dins dels seus àmbits per crear la Pedagogia Sistèmica, idea basada en les aportacions d'Hellinger sobre un nou mètode anomenat "constel·lacions familiars" el qual observa els patrons i les lleis que generen els sistemes humans, siguin grups socials o les famílies (Traveset, 2007).

Finalment, el tercer pilar sorgeix a partir d'una visió humana, la qual aporta sentit al perquè i per a què cal educar als infants. Aquest permet repensar el concepte de salut mental, juntament amb els dos anteriors, entès com a Pedagogia Humanista dins l'àmbit de la psicopedagogia. Aquesta perspectiva "defensa una educació en i per a la llibertat, que condueixi a un compromís autèntic de la persona en el seu propi procés d'aprenentatge i amb la millora de l'entorn" (Mallart, 2005, p. 75). Així doncs, dóna importància a l'aprenentatge i al fet d'entendre què implica aquest fenomen en les persones, perquè així esdevindrà un equilibri entre la persona i el món exterior, tal com exposa Quintana (2009).

## **1. Neurociència**

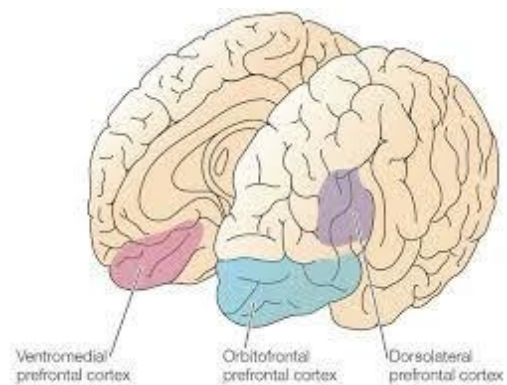
La neurociència exposa que el cervell està dividit en dues grans àrees que podríem denominar com si fossin "pisos": la part exterior o "pis de dalt" i la part interior o "pis de baix". A més, està format per dues parts anomenades hemisferis, l'esquerre i el dret, fet pel qual les estructures que conformen els dos pisos estan repetides en els dos hemisferis; però funcionant com una única estructura. Aprofundint una mica més, podem dir que la part externa fa referència a l'escorça cerebral, composta per les connexions neuronals cognitives. Aquesta és està organitzada en quatre zones o lòbuls encarregats de quatre processos cognitius diferents entre ells. Tot seguit descriurem cada un d'ells. El lòbul frontal és l'encarregat de pensar i raonar, és a dir, de dur a terme la funció executiva del cervell mitjançant l'organització, la gestió, la concentració, etc. És el que es coneix com a "director d'orquestra", i és la base del procés cognitiu de Planificació, ja que permet fixar un objectiu, buscar les estratègies adequades per aconseguir-lo i revisar tant la tasca com el procés per resoldre-la. Juntament amb la Planificació, hi ha un altre procés



necessari per dur a terme la funció d'execució que és el d'Atenció, que podem simbolitzar per una llanterna, ja que s'encarrega de focalitzar en allò que es vol adquirir, és a dir, en la informació que vol entrar al cervell. Als lòbuls parietals i occipitals, hi trobem el procés Simultani, que és l'encarregat d'aprendre tot allò que prové d'estímul visual, anomenat la tele. Aquest procés té bàsicament tres funcions: construir imatges mentals, integrar significats i poder relacionar conceptes. Finalment, l'últim lòbul és el temporal, la zona del llenguatge i la creació de paraules de manera arbitrària, ja que no té significat (aquest li dona l'occipital, i el parietal permet relacionar la paraula amb una imatge). Aquest procés és el seqüencial i se l'anomena el lloro, ja que és l'encarregat de repetir sense saber què es diu, és dir, sense incorporar significat (Timoneda, 2020).

D'altra banda, en la part interior del cervell o "pis de baix" hi trobem el sistema límbic, la part del cervell situada al centre, entre els dos hemisferis. Es tracta d'un conjunt d'estructures que formen aquest sistema el qual té la funció de generar les emocions. Està format per quatre estructures diferents: el tàlem, que s'encarrega de la integració de la informació que prové dels sentits; l'hipotàlem, que gestiona la regulació de la hipòfisi i el sistema hormonal; l'hipocamp, el qual intervé en la posició dins l'espai i la memòria contextual conscient a llarg termini; i, finalment, l'estructura de l'amígdala, encarregada de processar el que anomenem por, codificar els senyals de perill i la memòria emocional. A diferència de l'escorça cerebral, el sistema límbic, aquesta part del cervell que és emocional, està compost per connexions neuronals sensibles (Timoneda, 2020).

Aquestes dues grans àrees del cervell que hem anomenat "pis de dalt" i "pis de baix" estan molt relacionades, ja que la gestió i el processament d'estímul del cervell emocional pot determinar els processos cognitius de l'escorça cerebral. Aquesta unió està dirigida pel prefrontal, ja que té dues parts, la que està al "pis de dalt" i la que està posicionada a la zona interior, tocant al sistema límbic. La primera és el dorsolateral, l'àrea concreta del lòbul frontal que s'encarrega dels processos cognitius, i que anteriorment ha estat anomenada director d'orquestra. La segona part és l'anomenada ventromedial, la qual pot gestionar i regular les emocions i té la capacitat de prendre decisions, ja que pot decidir, sospesar i valorar; com si fossin unes balances que permeten escollir el que vull realment, pensant amb les conseqüències.



També és la zona que permet sentir empatia i desenvolupar les habilitats socials. Aquesta es desenvolupa i madura des de la infància, mitjançant el vincle amb un adult i la “imposició” de límits com a guia d’aprenentatge (Timoneda, 2020).

Aquesta funció que té el ventromedial és imprescindible, ja que és l’estructura que permet la connexió entre els dos “pisos”; perquè està format pel mateix tipus de neurones que l’amígdala, és a dir, les sensibles. A partir d’aquí, el ventromedial té la funció de controlar l’amígdala, ja que “dispara” sense pensar i no té la capacitat de gestionar les emocions. Aquesta s’activa amb més o menys intensitat en funció de la percepció de perill que copsa. Així doncs, quan es produeix una alta activació genera respostes involuntàries, automàtiques, incongruents, exagerades i d’origen inconscient. És a dir, l’amígdala pot disparar respostes sense esperar que intervingui l’escorça cognitiva. Aquesta “arriba tard” i el que farà serà justificar aquella conducta però no la pot parar perquè “el gatell” emocional sempre és més ràpid. D’aquí neix el concepte de segrest emocional (Mora, 2013), el qual significa que aquesta estructura té el poder de dirigir tant les conductes com el raonament de les persones; com hem dit, aquests conductes emocionals són exagerades, incongruents, automàtiques i fora del control emocional, criden l’atenció, compensadores i tenen un origen inconscient. Per tant, quan hi ha conductes de defensa, es tracta d’un malestar emocional i, per tant, el sistema límbic no està funcionant de manera adequada (Timoneda, 2020).

Amb això, cal qüestionar de què depèn que l’amígdala faci saltar i reaccionar d’aquesta manera, ja que aquest fet depèn de la situació personal de cada individu. Aquest determina les vivències que té cada persona, juntament amb la sensibilitat de cadascú; és a dir, la quantitat de vivències que es necessita per adquirir un aprenentatge emocional (fet que en cada individu és diferent). Si aquestes són negatives, generarà una memòria emocional negativa basada en el malestar i amb la inseguretat com a conseqüència. Arribat aquest punt, un conjunt de vivències negatives generen les creences d’identitat, que també seran negatives i difícils de canviar (Timoneda, 2020). Aquí és on es troben els adolescents de l’Hospital de dia, tal com veurem més endavant. És ben corrent observar les conductes emmascaradores que exterioritzen, és a dir, els “fums” visibles des de fora, i que fàcilment són jutjades. Per tant, són adolescents amb un bagatge de memòria emocional inconscient molt negativa, que els genera molta inseguretat i una molt baixa autoestima.

Aquesta base que ens aporta la neurociència a la psicopedagogia i a l'educació en general, ens diu que si com a professionals no incidim en l'origen de la problemàtica, és a dir, en la inseguretats que senten aquests adolescents com a persones, no els ajudarem a solucionar les seves conductes sovint tan inadaptades ni a aconseguir un equilibri emocional i personal tan necessari per a la vida adulta.

## **2. Pedagogia Sistèmica**

Aquest vessant pedagògic neix de la importància que a poc a poc ha anat adquirint la figura de la família per qualsevol infant, a més de la creació d'un vincle amb un adult, normalment dins del nucli familiar. Així doncs, la Pedagogia Sistèmica se centra en les persones i les seves històries de vida per poder entendre els interessos i les seves identitats. Es tracta d'una informació oculta basada en la xarxa de la qual forma part cada individu, i que Hellinger anomena "xarxa amorosa" per educar (Travesset, 2007).

En el context educatiu i d'intervenció, a partir de l'anàlisi de cada infant o adolescent i la seva història de vida, entenent que aquest forma part d'un sistema familiar, social i cultural, es pot comprendre com la situació influeix en els processos d'aprenentatge i en el desenvolupament personal, tant cognitiu com emocional, de cadascun d'ells. Cal tenir en compte que en els contextos escolars, tant escoles com instituts, hi ha una gran complexitat cultural, fet pel qual aquesta visió aporta les bases per entendre la diversitat i aportar coneixements amb l'objectiu d'intervenir en els problemes d'aprenentatge, conductuals i de relació interpersonal (Parellada, 2005).

Amb aquestes premisses, Olvera (Olvera i Schneider, 2011) és una de les primeres autores que ha treballat per exportar els estudis d'Hellinger a l'àmbit educatiu. L'autora defensa la idea de generar un vincle més fort entre les famílies i l'escola mitjançant el treball amb les constel·lacions familiars, ja que aquestes et permeten entendre el conflicte des de la perspectiva sistèmica. Així doncs, es tracta d'abordar les dificultats d'aprenentatge mitjançant la intervenció amb el seu entorn per conèixer-lo i buscar una solució a la problemàtica a través d'ell. Cal tenir en compte que les sinergies familiars tenen una influència directa sobre l'infant o l'adolescent, a més que aquest té un lligam d'amor cap a la família; de manera que la millor manera per incentivar un canvi és la unió entre famílies i escola per trobar una solució conjunta i significativa, sense cap controvèrsia entre les dues parts (Olvera i Schneider, 2011). A més, Franke (2006) afegeix que el

rendiment acadèmic dels infants millora o augmenta quan tenen el suport de la seva família, ja que saber que ells hi són a prop pel que sigui necessari els tranquil·litza i reconforta en la seva tasca. Així doncs, és important reforçar el vincle entre els pares (i mares) i els fills, a més d'entendre el fet de que els conflictes del infants que sorgeixen a l'escola són fruit de l'amor interioritzat d'aquests cap als seus progenitors (Olvera i Schneider, 2011).

### **3. Pedagogia humanista**

Finalment, el tercer pilar s'enfoca des d'una orientació humanista, la qual exposa la necessitat de transmetre els coneixements necessaris als infants i adolescents per afrontar l'entramat social (Boeree, 1998). Aquest vessant teòric aporta una mirada més cap al futur de les persones, concebudes com a éssers socials, i entenen el perquè és important que els més petits de la societat es formin i desenvolupin habilitats socials. Així doncs, aquesta perspectiva transversal exposa l'individu com a un eix central del sistema educatiu el qual s'ha de formar tant en l'àmbit personal com l'intel·lectual, a més del social. Perquè aquest objectiu esdevingui un èxit, cal treballar totes les àrees d'aprenentatge implicades: el desenvolupament del pensament, el llenguatge, els valors, el treball i l'entorn o ambient. Tots aquests aprenentatges no només es poden desenvolupar a l'escola, sinó que és necessari l'entorn familiar, el social i el lúdic; mitjançant les amistats, el joc, l'esport i la cultura. Així i tot, la tasca dels docents és fomentar la llibertat mitjançant la comprensió de les necessitats dels infants i transmetent els coneixements necessaris per satisfer-les (Arteaga, 2005).

Amb aquest enfocament, Maslow (1991) proposa una piràmide que reflecteix la jerarquia de les necessitats humanes que es desenvolupen en tant que éssers socials incentivats per motivacions. Aquesta piràmide parteix de les necessitats més bàsiques, com són les fisiològiques i vitals per viure i a poc a poc va ascendint vers aquelles que ens diferencien de la resta d'animals, entenen aquestes com a desitjos però també com a necessitats més elevades. A més, aquest ordre s'ha de seguir de manera seqüencial des de baix fins a la cúspide, tot i que en qualsevol moment hi pot haver un descens (com pot ser l'absència de capacitat de resolució de problemes, que es troba al vèrtex superior, perquè també hi ha una falta de recursos que es troba en els primers nivells; i primer s'ha de resoldre les necessitats humanes més bàsiques), pels possibles canvis de l'entorn de o de la mateixa persona. (Turienzo, 2016).

En contraposició a l'humanisme hi ha el concepte del naturalisme, el qual defensa l'acceptació de tot allò que és generat per la naturalesa humana. En contra d'aquesta idea, la perspectiva humanista diu que la cultura de l'ésser humà està per sobre de qualsevol imposició de la natura, fet pel qual les accions de les persones la poden modificar; com pot ser a través dels aprenentatges o de l'adquisició de nous coneixements. A més, a diferència del naturalisme, no considera que l'home i la dona siguin perfectes de manera innata, sinó que el desenvolupament òptim de les persones condueixen a corregir errors; sobretot, mitjançant l'estimulació externa i l'educació (Uned, s.d.).

#### **4. Salut mental**

El concepte de Salut Mental ha anat canviant conjuntament amb l'evolució de la societat, de manera que ja ha quedat enrere la perspectiva d'aquest camp només com un fet mèdic. Així doncs, tal com hem vist fins ara, cal que l'àmbit de la psicopedagogia tingui el seu paper per poder intervenir en l'acompanyament de qualsevol problemàtica relacionada amb la salut mental, com és el cas que ofereixen els hospitals de dia d'adolescents. Així doncs, com que les qüestions sobre la salut i la malaltia involucra més aspectes que no només exclusivament el mèdic, cal construir un espai per a una reflexió interdisciplinària que estigui fonamentat per les ciències mèdiques, l'ètica i la psicopedagogia. A més, la posició des d'on es reafirma la patologia, és a dir, com es defineix, a poc a poc ha estat modificada (NIMH, s.d.).

Així doncs, és important integrar tècniques de d'ajuda psicopedagògica (NIMH, s.d.) pels tractaments que tenen l'objectiu de fomentar un canvi de conducta en la persona, mitjançant la identificació de les emocions, entenent el funcionament del seu cervell i entenent les seves creences; sense establir relacions causa-efecte al comportament que és observable, però a la vegada emmascarador o d'origen emocional (Mayoral, 2019).

Finalment, mitjançant aquests tres pilars que fonamenten la psicopedagògica i també gràcies al canvi de concepte en salut mental, es construirà la proposta pedagògica proposada en aquest Treball de Final de Grau. L'objectiu principal es basa en aportar una mirada integradora a la perspectiva clínica, paradigma que conforma el model de centre actual en els Hospitals de Dia d'Adolescents, per promoure un canvi en el desenvolupament de la intervenció.

## APROXIMACIÓ AL CONTEXT

### **1. Descripció del servei**

#### **1.1 Els Hospitals de dia d'Adolescents**

Aquest servei de salut mental és una unitat assistencial d'hospitalització parcial que inclou de manera multidisciplinària diferents recursos i estratègies terapèutiques destinada a adolescents de 12 a 18 anys amb trastorns mentals, que requereixen un tractament ambulatori intensiu, sense deixar de banda el seu entorn familiar i social. Les places aproximades que té aquest tipus de centre són 25, depenent de la localització. Els hospitals amb aquestes característiques estan constituïts per un equip interdisciplinar que està format per diferents professionals: terapeutes ocupacionals, infermers, educadors socials, professors, psiquiatres i psicòlegs, els quals intervenen i col·laboren a l'assoliment dels objectius terapèutics indicats de manera individualitzada per a cada usuari. Aquest assegura un abordatge integral de tots aquells aspectes de la persona per fer un treball biopsicosocial (Institut d'Assistència Sanitària, s.d.). Amb aquesta primera introducció a l'aproximació al context es pot comprovar com la figura de pedagog no hi és present d'una manera específica, ja que la tasca dins l'aula hospitalària, segons el que contempla el pla, la desenvolupa un docent. Per tant, el pedagog en aquests moments només hi pot tenir cabuda mitjançant el màster de formació del professorat.

El centres estan conformats per diferents professionals els quals desenvolupen intervencions terapèutiques estipulades segons diversos tipus d'atenció. Per començar hi ha l'atenció psicoterapèutica, que consisteix en sessions individuals amb un terapeuta, sigui el psicòleg clínic o el psiquiatre. En segon lloc hi ha l'atenció farmacològica, on hi pot haver la prescripció de medicació quan es requereix, segons el criteri del psiquiatre. També hi ha l'atenció i seguiment d'infermeria per tenir cura dels canvis físics, a més de promoure els hàbits saludables. En quart lloc hi ha l'atenció a les famílies mitjançant la comunicació amb elles i el treball conjunt, sigui amb teràpies familiars o seguiment a través de cites concertades; dut a terme per la treballadora social. Un altre tipus d'atenció és l'educativa, amb la qual es vol estimular i fomentar les habilitats socials, la gestió d'emocions i altres aspectes mitjançant tallers; desenvolupat pels educadors socials. Finalment, hi ha l'aula hospitalària on es desenvolupa l'atenció psicopedagògica i escolar (executada per un docent, com deia anteriorment) gràcies a un conveni amb el Departament d'Educació (Fundació sanitària Sant Pere Claver, s.d.). Tanmateix, convé

ressaltar que els hospitals de dia d'adolescents formen part del Pla director de salut mental i addiccions, del Departament de Salut; i, per tant, aquest servei forma part de la Xarxa de Salut Mental d'Utilització Pública del Servei Català de la Salut (Departament de Salut, 2017)

## **1.2 El centre on vaig realitzar les pràctiques**

El servei es tracta d'un Hospital de Dia d'Adolescents (HDA) comarcal, centre adscrit a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. En aquest cas, el centre està constituït per un psiquiatre, una psicòloga, un infermer, dos educadors, una treballadora social que treballa a mitja jornada (contractats per l'Hospital Sant Joan de Déu, és a dir, des de salut), i una docent, la meva tutora de pràctiques (contractada pel Departament d'Educació). Aquest aspecte fa que hi hagi una diferència fonamental: el primer grup se centra en l'historial més clínic de l'adolescent, tenint en compte que els consideren pacients, i el segon en el seu aprenentatge dins l'àmbit formal, tenint en compte que són considerats com a alumnes. Aquest HDA és un servei amb una ràtio de vint adolescents els quals tenen un historial clínic, ja que si no fos així no podrien ser-hi, i en moltes ocasions vénen derivats pel Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). Aquests assisteixen de manera periòdica al centre durant els matins i fins a mitja tarda; sigui un, dos o els cinc dies de la setmana. S'ha de tenir en compte que són un perfil d'adolescents amb un alt nivell d'absentisme escolar, i aquí és on entra la tasca de la docent: establir una xarxa comunicativa entre l'institut, l'Equip d'Assessorament i orientació Pedagògica (EAP), a vegades el CSMIJ i l'HDA. En definitiva, ha de fomentar les ganes d'aprendre de l'alumne i trobar una via perquè "s'enganxi" de nou als seus estudis, fet fonamental perquè pugui créixer.

La dinàmica del centre consisteix en el fet que cada dia venen els adolescents (el nombre varia segons els diferents dies de la setmana, ja que hi ha adolescents que no venen cada dia), els quals fan diferents activitats amb els dos educadors. Mentrestant, la psicopedagoga treballa amb certs alumnes (acordat a primera hora amb la resta de professionals), tant de manera individual com amb grups de fins a tres adolescents, per realitzar amb ells tasques acadèmiques o per parlar-hi dins l'aula. El mateix funcionament fa la psicòloga o el psiquiatre per fer teràpia individual. A partir d'aquí, la meva tasca dins del lloc de pràctiques es trobava dins l'aula de la docent i amb ella, ja que era la meva tutora.

Respecte al període de temps que els adolescents estan hospitalitzats o ingressats<sup>1</sup> al centre, no n'hi ha cap d'estipulat; tot i que per la meua experiència solen estar de mitjana uns sis mesos, a vegades més o a vegades menys, si es tracta d'un cas que a l'hospital no pot millorar o de seguida s'ha trobat alguna solució.

## PART APLICADA DE RECERCA

### **1. Metodologia i objectiu general**

La part aplicada de recerca d'aquest treball consisteix en un estudi de casos basat en l'observació desenvolupada durant les pràctiques i, per tant, sorgeix de l'experiència adquirida al pràcticum. Aquest apartat ens permet conèixer els possibles casos que ens podem trobar a l'Hospital de Dia d'Adolescents, és a dir, quina tipologia de perfils poden rebre l'atenció psicopedagògica. Per tant, l'objectiu principal de la part aplicada és entendre a quins perfils va destinada la proposta pedagògica que s'exposarà més endavant.

Per aconseguir l'objectiu d'aquesta part de l'estudi, primer presentaré quatre casos amb els quals vaig treballar en el pràcticum i d'aquesta manera poder exposar la situació particular de cadascun d'ells. A continuació, explicaré els resultats de la investigació, és a dir, el perfil de cada adolescent obtingut mitjançant l'acompanyament que vaig realitzar amb ells. Aquesta part inclourà la presentació de la conducta observada durant la intervenció, és a dir, els "fums" que ens permeten reconèixer les conductes emmascaradores i incongruents. Finalment, exposaré l'anàlisi dels resultats mitjançant una taula en la qual explicaré quins aspectes del model de centre actual són positius i quins són negatius, segons el meu punt de vista; i amb la finalitat de justificar les bases de la proposta pedagògica que presentaré a continuació.

---

<sup>1</sup> Paraules que utilitzaven els professionals clínics i que a mi francament em sonaven massa "fortes".



## **2. Casos**

Així doncs, a continuació presentaré quatre adolescents amb perfils diferents amb els quals he tingut més relació i he establert més vincle, ja que durant els tres mesos de pràctiques els vaig fer el seguiment. Considero important puntualitzar que els noms que he escrit no són els reals, per garantir l'anonimat.

Així mateix, tot i que a continuació descriurem cada adolescent, voldria remarcar un fet comú a tots ells: veurem que mostren conductes d'origen emocional de diversos tipus de "fums" i per tant, tots ells són candidats a patir un bloqueig emocional molt gran, ja que la seva amígdala es troba totalment activada (alguns casos més que d'altres) davant de certes situacions. Com he dit, aquest fet desencadena constantment conductes emmascaradores i la desvinculació total o pràcticament total del centre escolar. Els adolescents arriben al centre amb un expedient clínic, format per un diagnòstic més o menys "concret"<sup>2</sup>, com pot ser depressió. Cal tenir en compte que jo no sé ni tinc accés al seu historial clínic, ni tampoc la docent (la meva tutora), i el que sé és pel que es parla durant les reunions d'equip desenvolupades cada setmana.

### **Primer adolescent**

L'Aina era una adolescent de setze anys que en aquell moment cursava quart d'ESO, la qual tenia problemes per estar a l'aula. Ella expressava que no hi estava bé i que no se sentia còmode, fet que ho exterioritzava mitjançant brots d'ansietat continuats. En el moment d'entrar a l'hospital, ja fa unes quantes setmanes que no assisteix a l'institut; de manera que en el moment de la meua arribada al centre, l'adolescent comença a estar preparada per intentar reincorporar-se a l'institut (uns dos o tres mesos aproximadament després del seu ingrés a l'hospital).

Respecte a les dades més objectives que vaig conèixer sobre el seu cas, com la resta d'adolescents del centre, les vaig esbrinar a través de la meua tutora de pràctiques o amb el que vaig poder observar mitjançant les videotrucades durant el confinament. Vaig veure que la situació a casa no era gaire bona, ja que la relació amb els seus pares era molt tensa

---

<sup>2</sup> Expresso el concepte concret entre parèntesis perquè és el que li posen els clínics i que en ocasions hi ha un diagnòstic amb varies etiquetes sense saber exactament què hi ha, és a dir, què passa.

i de poca comunicació. Vaig percebre certa incomoditat quan la seva mare va voler indicar-li alguna cosa i no tenia ganes de fer-li massa cas. També cal tenir en compte que tenia un horari molt desequilibrat i s'aïllava totalment del seu entorn tancada dins de l'habitació, així doncs també de l'hospital de dia.

### **Segon adolescent**

L'Ariadna és la segona adolescent de la qual parlaré a continuació, que tenia catorze anys en aquell moment i estava cursant segon d'ESO. Ella era una de les adolescents amb Trastorn de Conducta Alimentària (TCA) del centre. Era una noia que somreia bastant i la majoria del temps que estava a l'HDA tenia una actitud positiva. A més, tenia un vincle molt positiu amb la seva formació acadèmica i amb l'institut, ja que si hagués sigut per ella hi hauria anat cada dia.

En aquest cas, tenia una mica més d'informació sobre la situació amb el seu entorn i ella mateixa, ja que la docent m'havia comentat que tenia una mala relació amb la seva germana bessona (no es podien ni veure), i semblava que tenia una lluita constant amb la seva mare. A més, els seus pares estaven separats i quan estava amb el seu pare feia el que volia. També va sorgir la hipòtesi que els problemes amb l'alimentació podien venir per una crida d'atenció de la seva mare, tot i que des del primer moment vaig considerar evident que en aquesta situació hi havia un rerefons important on l'amígdala hi tenia un paper important.

### **Tercer adolescent**

La Júlia és la tercera adolescent la qual tenia quinze anys i estava fent tercer. Era d'aquelles adolescents que va entrar al centre sense cap diagnòstic concret, possiblement podia ser que tingués Autisme, però realment no se sabia exactament quin era l'origen de la seva problemàtica. A més, venia d'altres serveis on havien intentat ja determinar alguna cosa més concreta, a part del CSMIJ, però al final només servia per anar d'un a l'altra sense sentit, tal com ho considero jo.

Pel que fa a la seva situació familiar, tenia discussions constants amb els seus pares que provocaven alts i baixos constantment en el seu estat d'ànim. Aquests fets els vaig poder esbrinar pel que es comunicava en les reunions, a més de les trucades freqüents a primera

hora dels pares de la Júlia dient que no volia venir; amb certs crits i males paraules pel mig entre ells, pares i filla.

### **Quart adolescent**

L'Eudald era un adolescent que en aquell moment tenia disset anys i acabava de deixar el segon de batxillerat científic a mitges, feia unes setmanes, perquè es trobava en un moment de depressió i desànim (tot i que, com amb tots els adolescents, en cap moment vaig saber el seu diagnòstic clínic amb el qual havia accedit a l'hospital). Exactament, em va explicar que havia deixat els estudis perquè volia tenir un any "de descans" (l'estiu passat havia tingut problemes amorosos i deia que no estava del tot bé; i això va ser el detonant). El que sí em vaig assabentar era que es medicava per poder dormir i per temes de concentració (ja que estava diagnosticat del TDAH); a més que a vegades fumava no només tabac o fins i tot s'havia pres alguna altra substància.

El cas de l'Eudald, per tant, el vaig poder conèixer en primera persona dins del seu entorn, ja que vaig conèixer la seva mare a més de l'acompanyament fora de l'hospital. Em van explicar que el pare havia deixat la família (la mare i l'Eudald i el seu germà petit) feia uns quants anys, fet que havia creat molts alts i baixos a tots tres. L'adolescent sentia que havia d'assumir el rol de l'home de la família, sobretot amb el seu germà, a més que la mare es trobava en una situació de vulnerabilitat perquè cada cop tenia menys mobilitat a causa d'una operació a l'esquena mal realitzada. Amb l'estona que vaig parlar amb ella per poder fer l'acompanyament de l'Eudald, em va semblar una dona molt dèbil. A més, la seva situació econòmica no era gaire bona i estava tramitant els papers de la discapacitat.

### **3. Resultats: perfil de cada adolescent**

Després de presentar i descriure els quatre adolescents, a continuació explicaré els resultats de l'estudi de casos realitzat a través de l'observació. L'eix fonamental d'aquest apartat consisteix a exposar el perfil de cada cas, és a dir, com són els usuaris; fet pel qual es tracta d'un exercici basat en l'experiència personal viscuda durant les pràctiques. Aquesta m'ha permès conèixer en primera persona els possibles perfils que reben el servei dels Hospitals de Dia d'Adolescents, a més d'intervenir en el seguiment i acompanyament dels adolescents que entraven dins l'Aula Hospitalària; d'una manera més o menys

freqüent. A més, també ha fomentat la pràctica reflexiva durant el transcurs del pràcticum, completada i finalitzada en forma de proposta pedagògica dins del TFG.

### **Primer adolescent**

L'Aina va ser una de les adolescents amb qui vaig establir més vincle, és a dir, amb qui vaig construir una connexió més gran, ja que des que vaig començar les pràctiques, quasi cada dia que entrava a l'aula era amb mi. En termes generals, vaig notar molta millora en la seva implicació en les tasques acadèmiques i sobretot en la seva motivació i, a mesura que això augmentava, el nostre vincle s'anava enfortint.

Una de les primeres experiències que vaig viure, i que em va permetre iniciar l'observació dels casos, va ser quan jo mateixa vaig contactar amb el tutor per proposar-li la "reincorporació" de l'Aina de manera progressiva, acordant que comencés unes hores el divendres el matí (que és quan fan anglès i les llengües que li agraden), i que també és quan el seu tutor tenia tres hores lliures i podia parlar amb ella després d'aquesta hora dins l'aula. L'objectiu d'aquesta integració progressiva a l'aula, a més de començar-se a activar mitjançant petites tasques acadèmiques amb la nostra ajuda, consistia en certa manera com se sentia dins l'aula a poc a poc. També era fonamental que el seu tutor parlés amb ella una mica cada setmana perquè pogués realitzar el seu seguiment i acompanyar-la per intentar aconseguir el graduat. Cal tenir en compte que l'absentisme escolar que s'havia produït durant aquest temps és la conseqüència d'un dels "fums" observables, ja que la reacció negativa desmesurada al moment d'estar dins la classe és una conducta incongruent. Tanmateix, sempre es mostrava amb la mirada baixa, tapada amb la caputxa i sense gaire entusiasme per parlar.

Aquesta proposta ja l'havíem parlat prèviament amb ella, fet pel qual estava disposada a provar-ho, però va durar dos divendres perquè després ja va venir el confinament i ja no va poder anar més a l'institut. Aquesta situació li va anar molt malament i la va fer retrocedir molt amb el que ja havia guanyat a poc a poc. Cal tenir en compte que, a més de la tornada a l'institut, amb el poc temps que feia que jo estava al centre havia vist millora en la seva conducta, gràcies al treball emocional que havia fet. A l'aula amb nosaltres tenia ganes d'avançar i fer feina per preparar-se les proves d'accés. D'altra banda, és una de les adolescents amb qui vaig establir més vincle. Sentia que entrava a l'aula perquè volia i un cop dins s'hi sentia còmode. De fet, a vegades preferia quedar-se

en comptes de tornar amb el grup, per molt que amb mi fes tasques acadèmiques. Normalment, repassàvem feina de l'àmbit científicotecnològic o també preparàvem les competències bàsiques que havia de fer pròximament; tot i que també era un moment en el qual aprofitàvem per parlar d'altres temes com és el de com se sentia en relació amb l'institut o a l'HDA mateix, o sobre "la seva problemàtica". A més, quan no estava amb mi i ens trobàvem a les hores d'esmorzar o de dinar parlàvem i notava que estava còmode, o fins i tot em passava a saludar quan jo estava dins l'aula i ella estava amb la resta del grup. Veure com es van formant aquest tipus de relacions amb els adolescents em provocava una gran satisfacció.

Durant el confinament va estar molt desconnectada, tenint un horari totalment descompensat i nocturn, ja que la mare explicava als professionals clínics que anava dormir a la matinada i es despertava a la tarda, de manera que mai es connectava ni amb ells ni amb nosaltres per seguir amb diferents tasques acadèmiques que estàvem fent. Juntament amb la tutora vam intentar varies vegades contactar amb ella, però va costar molt. No volíem que s'estanqués, ja que en un principi la seva orientació era que podia acabar quart perquè tenia els tres primers cursos de l'ESO i el primer trimestre de quart aprovats, de manera que podia recuperar el segon i treure's el títol. A més, de manera paral·lela s'estava preparant per a les proves d'accés de cicles i, de fet, això era el que estava fent aquests dies. Jo només hi vaig poder parlar una vegada a través de videotrucada i em va dir que les proves que seguia preparant-se (i que s'havia compromès a fer-les) eren molt fàcils i que se'n sortia sola, a més d'anar-les entregant al tutor cada divendres tal com havíem acordat abans de la pandèmia. Així i tot, vam aprofitar la trucada per realitzar conjuntament una de les proves model conjuntament i poder-la ajudar amb el que necessités.

La meva sensació durant la videotrucada de la tarda amb ella va ser com quan entrava a l'aula de l'HDA i feia alguna tasca amb mi. Em va agradar poder parlar amb ella i ajudar-la a preparar-se la prova, ja que quan s'hi posava anava fent. Crec que estava en un moment escèptic on si era per ella, no hagués fet res. D'alguna manera, si en un primer moment es posava a fer alguna cosa, era perquè li deien, però crec que a poc a poc veia que tot l'esforç que estava fent era positiu per ella tot el que té de positiu per ella: com li canviava la cara quan se'n sortia. Crec que el que estava fent era molt bo per la seva maduració i formació tant personal com acadèmica, i perquè segur que com a mínim produïa algun canvi en relació amb la seva situació actual que era de dormir tot el dia.

D'altra banda, quan vam acabar vam quedar que si tenia qualsevol dubte o necessitava ajuda podia comptar amb nosaltres, malgrat que no era una adolescent que demanés ajuda normalment, de manera que li anàvem preguntant si necessitava qualsevol cosa. Era important intentar anar contactant amb ella i fer-li el seguiment perquè no es desenganxés. Finalment, amb mi ja no es va connectar més perquè vaig acabar les pràctiques.

### **Segon adolescent**

L'Ariadna, pel que fa al vincle amb mi vam connectar des del primer moment, ja que també em vaig encarregar del seu seguiment dins l'Aula molt sovint, i en algunes ocasions sorgia parlar sobre el seu trastorn alimentari o com es trobava dins l'institut. Tanmateix, va ser amb una de les adolescents amb qui vaig compartir més temps, fet pel qual considero que va ser un aspecte que va influir de manera positiva. D'altra banda, l'adolescent tenia un vincle molt positiu amb la seva formació acadèmica i manifestava molt entusiasme per retornar a l'institut, com he exposat en la descripció inicial del cas. Però, malgrat aquest aspecte, el patiment exagerat davant del menjar, exterioritzat a l'hora de dinar, i el nervi excessiu en molts moments del dia formava part dels "fums" que es poden distingir en la seva conducta.

Al principi d'iniciar la meva experiència, és a dir, la setmana següent que comencés les pràctiques, ella també va començar a anar els divendres a l'escola i després venia a dinar; i la resta de dies a l'HDA fins a les tres i mitja. Així i tot, com que a principis de març encara no havia millorat amb el pes i amb una previsió del fet que no milloraria (també per un tema familiar, ja que tenia els pares separats i ara que estava amb el pare la començava a pressionar pel tema menjar), van començar a gestionar l'ingrés a Numància (un centre especialitzat en TCA). Aquest fet em va caure a sobre com un gerro d'aigua freda i em sabia molt greu, perquè ella tenia moltes ganes de tornar a l'institut i de refer la seva vida. De fet, el mateix dia que vaig rebre la notícia va entrar a l'aula i em va explicar que estava molt contenta de com estava anant el retorn a l'institut els divendres i també perquè dimarts hi tornaria per fer un examen de matemàtiques. En aquell moment ella no n'era conscient de la situació actual i per l'adolescent tot eren millores. És cert que estava molt prima i que havia de recuperar una mica de pes, ja que pel simple fet de fer funcionar el cervell ja necessitava energia i això li havia de quedar molt clar. Però crec que és molt complicat determinar quan una persona ha de ser ingressada o no, i més en el seu cas que de cara a l'exterior tenia altres preocupacions molt importants per ella com

era portar la feina al dia i tornar a l'institut. També és veritat que pot ser que ho utilitzava com a distracció, però i si això té algun factor positiu? Per què no s'aprofitava més aquesta bona connexió amb la seva formació i la predisposició pels estudis amb la reincorporació de la bona alimentació? Sé que realment és un tema molt complicat (en alguns moments, es col·lapsava i plorava quan veia que hi havia per dinar, com quan tocava lasanya) i, fins i tot, provant diferents opcions no hagués funcionat, però també era cert que veia que si aquesta adolescent finalment era ingressada, l'ensorraven. Finalment no la van ingressar perquè ja va començar la situació de confinament.

D'altra banda, al principi de la pandèmia la vaig poder ajudar una mica sempre que ho necessitava, ja que mostrava molt interès i era de les poques adolescents que seguia activa amb les tasques acadèmiques. Així i tot, al cap de pocs dies la meva tutora em va comunicar que l'havien canviat d'Hospital de dia i que allà ja tenia a la seva psicopedagoga; de manera que es va trencar el contacte i no vaig saber exactament com va acabar la seva situació. Va ser una mica estrany perquè es va tractar d'un canvi sobtat, on d'un dia per l'altre va deixar d'estar amb nosaltres i els professionals clínics no ens van donar més explicacions.

### **Tercer adolescent**

Per començar, respecte a la relació que vaig tenir amb la Júlia, va ser una de les adolescents amb qui em va costar més connectar, és a dir, establir-hi un vincle mitjançant el qual la pogués conèixer. Són adolescents que, com deia anteriorment, en un primer moment tenen com una armadura, on la conducta que es veu és més "passota". En el seu cas, no hi havia cap activitat que la motivés segons el que deia i el que mostrava, però certament podia ser diferent la seva conducta del que realment sentia. Juntament amb aquest aspecte, les conductes emmascaradores no eren tan visibles com en la resta d'adolescents, tot i que possiblement era una de les adolescents que ho amagava més. Per tant, els "fums" observables era aquesta actitud passiva i desganada, sense ànims de fer res, a més de tancar-se en banda.

La Júlia va arribar al centre una setmana abans del confinament, de manera que només vam poder fer amb ella l'entrevista inicial que es feia cada vegada que entrava un adolescent nou a l'aula amb la docent per primera vegada. Així doncs, la resta de connexions ja van ser via telemàtica, a través de videotrucades, i això va dificultar la

construcció del vincle mutu. Malgrat aquest fet, vaig realitzar unes quantes trucades telemàtiques, ja que no només vaig fer el seguiment habitual perquè, a part dels acompanyaments, durant el confinament vaig elaborar dues activitats d'orientació per als adolescents: la primera sobre el compromís social i la segona sobre els Programes de Formació i Inserció, perquè els adolescents els poguessin conèixer una mica, ja que molts d'ells, la seva orientació acadèmica anava cap a aquesta direcció.

A partir de l'observació realitzada durant la meua experiència, vaig percebre que la Júlia era una adolescent que es trobava molt perduda i que no volia fer res, de manera que vaig estar parlant amb ella per veure quines opcions hi havia i què podia fer. Així doncs, vaig dur a terme les dues activitats d'orientació en diferents sessions. Vaig notar que estava molt receptiva i crec que va ser molt positiu per ella. Com que no tenia clar què faria i tenia certes pors, era necessari parlar-ne i que en pogués reflexionar. La primera, de caràcter reflexiu, va donar peu a parlar sobre el sentiment que ens produeix quan alguna cosa ens surt bé i què és sentir-nos i estar actius, entre altres temes. En una segona part, es tractava de parlar sobre els possibles objectius formatius i personals, el concepte de compromís social i les pors (al fet que no ens surti bé el que volem aconseguir, per exemple). Després ja vam fer la segona activitat per parlar sobre els PFI i les diferents opcions que hi havia mitjançant un joc que vaig preparar, on el caire era més pràctic per poder decidir com seguir la seva formació acadèmica.

L'últim dia que vaig parlar amb ella estava molt contenta de la seva decisió, tot i que venia d'haver passat uns dies malament per la relació amb els seus pares, que no estava del tot bé, o això ens van comunicar els clínics. Malgrat aquests successos, quan hi vaig parlar vaig notar un interès pel PFI que començaria el curs vinent i que ho tenia molt clar. Així doncs, em va semblar que les discussions familiars no havien produït cap canvi en la seva decisió i en els seus objectius, tot i que era molt possible que la inestabilitat emocional formés part del seu dia a dia.

### **Quart adolescent**

En un primer terme, pel que fa al vincle amb l'Eudald no va ser tan estret com el de l'Aina, però casualment, al ser del mateix poble li vaig poder fer un acompanyament fora de l'horari de pràctiques relacionat amb gestions que havia de fer a l'ajuntament del poble i serveis socials. Això va causar que pogués conèixer una mica el seu cas i quina era la



seva situació familiar, fet que em va permetre entendre una mica millor el perquè de la seva conducta. En aquest punt m'agradaria puntualitzar que amb aquest fet em vaig adonar de la importància que té conèixer les famílies dels adolescents per poder fer una intervenció adequada, ja que sinó queda esbiaixada i en gran part allunyada de la seva realitat; fet que en parlaré unes línies més avall, en la proposta pedagògica. D'altra banda, també em va permetre parlar amb ell d'altres temes, més enllà de la formació acadèmica, tot i que durant el mes que vaig fer les pràctiques de manera presencial només va entrar dues vegades a l'aula, durant els primers dies, per ajudar-lo a fer el seu currículum i mirar de trobar alguna petita formació durant els mesos que quedaven de curs. Així doncs, va ser dels primers adolescents que vaig poder ajudar mitjançant un acompanyament fora de l'horari de pràctiques, ja que a l'aula va entrar molt poc. Quan vaig parlar amb ell del fet que l'ajudaria amb les diferents gestions que necessitava dur a terme, vaig veure que estava molt agraït, ja que es trobava bastant perdut. D'aquesta manera, de seguida vam acordar diferents dies per anar a l'ajuntament i a serveis socials del poble.

En relació amb el seu cas, aquest seguiment “extra” i extern al centre em va ajudar a reconèixer els “fums” observables de l'adolescent més enllà del seu comportament dins del centre. L'Eudald mostrava una conducta nihilista, és a dir, com si els professionals haguessin de girar al seu voltant i fos l'única persona que tingués problemes personals; i també manifestava certa acomodació dins la seva rutina al centre, sense gaires intencions de sortir del bucle en el qual es trobava.

Després de començar a activar diferents “fils” necessaris per a ell, al cap d'uns dies vaig notar que quan era ell a qui li tocava mobilitzar-se donava llargues. Vam acordar deixar un marge de temps perquè pogués fer-ho on en tot moment jo li feia l'acompanyament, però sempre acabava posant excuses i dient que no es trobava bé. Mitjançant l'observació vaig veure que d'alguna manera s'estava acomodant a la rutina d'anar al centre cada matí i tenir el cap ocupat amb el qual feien allà, però s'estava estancant i a ell “ja li anava bé”<sup>3</sup>; expressant que potser allargaria aquest “any sabàtic”. En aquest moment és quan la

---

<sup>3</sup> Poso aquesta expressió entre cometes perquè evidentment ell no està bé, però la seva amígdala ha trobat una zona de confort anant cada dia al centre, fet que li produïa pànic si li treien els matins amb la seva rutina estancada dins de l'hospital.

psicòloga clínica, la seva professional de referència, li va fer un toc d'atenció perquè es reactivés.

És just dos dies abans que ens confinessin quan vam reprendre el seu acompanyament anant a veure una educadora social perquè l'orientés pel que fa a cursos i possibles feines per activar-se. Malgrat que va fer les gestions que havíem acordat que faria de manera autònoma, el confinament va interrompre el seu seguiment i ell no va poder fer el curs que tenia pensat iniciar. D'altra banda, la relació amb ell un cop vam iniciar la comunicació telemàtica va ser molt poca, ja que va costar molt contactar amb ell i que ens respongués els correus electrònics. Per tant, l'última tasca que vaig poder fer amb ell va ser acabar de gestionar la inscripció pel grau mitjà que volia fer el curs vinent.

#### 4. Anàlisi dels resultats

L'anàlisi dels resultats basada en els apartats de la descripció dels quatre adolescents juntament amb els resultats dels diferents perfils, on es poden observar les distincions que presenten les diverses situacions o casos desenvolupats, em permeten exposar els aspectes bàsics de l'hospital i el seu servei que considero negatius (i que, per tant, canviaria), però també aquells que considero que són positius; per poder contextualitzar la proposta i entendre d'on sorgirà aquesta:

**Taula 1: Aspectes positius i negatius del centre**

ASPECTES POSITIUS	ASPECTES NEGATIUS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equip de professionals interdisciplinari.</li> <li>✓ Reunions diàries amb tot l'equip.</li> <li>✓ Intervenció individualitzada.</li> <li>✓ Contacte amb una gran diversitat de serveis del camp de la Salut Mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paradigma cognitiu-conductual per a la intervenció.</li> <li>✓ Falta de la figura del pedagog en el centre, tot i que el servei que desenvolupa el professional docent és l'atenció psicopedagògica.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desinformació sobre la situació dels adolescents per part del docent.</li> <li>✓ No hi ha contacte entre les famílies i el professional d'orientació educativa.</li> <li>✓ Alt protagonisme de la medicació.</li> </ul>
--	--

En aquesta taula es pot veure d'una manera breu els diferents punts amb els quals estic d'acord sobre el funcionament del centre i per contra els que canviaria. Així doncs, per una banda considero molt positiu que el servei estigui constituït per un equip multidisciplinari, on les disciplines de cada àmbit i els coneixements que aporten el conjunt de professionals esdevingui una suma favorable per promoure una intervenció tan adequada com sigui possible pels adolescents. Tanmateix, és fonamental que la comunicació entre ells sigui constant, executada en les reunions diàries, ja que sinó no seria possible seguir una mateixa línia d'actuació i dificultaria aconseguir els objectius d'acompanyament als adolescents. Un altre aspecte positiu és la intervenció individualitzada, perquè malgrat compartir activitats i atenció amb altres usuaris, el cas de cada adolescent ha de ser tractat individualment, tant en el transcurs de l'orientació i la teràpia com en les reunions d'equip (ja que considero que els professionals han de generar l'espai i temps necessari per parlar bé de cada perfil). Finalment, el fet de formar part d'una xarxa ampla i diversa dins de la salut pública, i en concret dins de la Salut Mental, crec que pot afavorir una atenció adequada pels adolescents (tot i que, a vegades, els temes burocràtics dificulten la intervenció).

D'altra banda, pel que fa als diferents aspectes negatius del funcionament actual del centre, en primer lloc, no estic d'acord amb el paradigma amb el qual es basa la intervenció, ja que s'enfoca des d'una visió cognitiva-conductual per treballar amb els adolescents i per dur a terme la intervenció en el seu comportament. En relació amb aquest primer aspecte, en segon lloc hi ha un alt protagonisme de la medicació com a recurs principal d'intervenció (exposat en el cinquè punt dels aspectes negatius, dins la taula). En tercer lloc, hi ha una manca de la figura del pedagog dins dels hospitals de dia, ja que el professional encarregat de fer l'atenció psicopedagògica és el docent. Cal tenir en compte que és fonamental tenir coneixements sobre l'orientació educativa i els processos

d'aprenentatge, fet pel qual considero que un professional de la pedagogia està més preparat per dur a terme la tasca d'atenció i intervenció dins les Aules Hospitalàries. També hi ha una falta d'informació per part del professional docent sobre el diagnòstic clínic i la situació terapèutica dels adolescents. Per això, considero que aquest aspecte dificulta la intervenció i l'atenció psicopedagògica del docent. Per acabar, no hi ha contacte entre el professional docent i les famílies, fet pel qual genera una falta d'informació per poder entendre la situació dels usuaris i, com a conseqüència, dificulta la intervenció. Durant les pràctiques he pogut observar la importància que té la comunicació amb les famílies, sobretot a l'hora de comprendre la conducta dels adolescents.

## PROPOSTA PEDAGÒGICA

L'experiència durant les pràctiques i la intervenció amb adolescents viscuda en elles m'ha portat a replantejar el funcionament dels Hospitals de Dia d'Adolescents i el model de centre amb el qual es fonamenta aquest. Així doncs, l'exposició dels quatre adolescents amb els quals he connectat i he viscut més l'acompanyament que he realitzat, permetrà entendre a quin perfil d'usuaris va dirigida la meua proposta i la interpretació que en faig en base a les aportacions teòriques exposades anteriorment.

La meua proposta es basa en un canvi de mirada, és a dir, un gir en la perspectiva o paradigma amb el qual basar la intervenció dins del tipus de centre exposat. Potser per començar no haurien d'anomenar-se hospitals, ja que el funcionament que jo proposo està allunyat de la gestió d'un hospital. D'altra banda, quan es parla amb aquest concepte les persones ho entenen com un servei on els adolescents estan hospitalitzats i, de fet, els professionals clínics utilitzen aquest terme; però realment és una "hospitalització" de dia, amb un servei que té un horari de matins i dinars fins a les quatre aproximadament. A més, aquest mot li genera un caire negatiu i malaltís al servei, un fet que va molt més enllà i que n'és la conseqüència del paradigma tan clínic amb el qual s'enfoca la salut mental en aquests tipus de centres.

Així doncs i seguint amb el que deia, primer de tot considero que cal modificar la base fonamental i intrínseca de la qual parteix el servei per fer la intervenció en adolescents.

Aquesta consisteix en la perspectiva clínica, amb un enfocament cognitiu-conductual<sup>4</sup>. Per contra, el nou paradigma s'ha d'enfocar des de la neuropsicopedagogia, disciplina que estudia el funcionament del cervell entenent que aquest té dues parts: la racional que es troba al "pis de dalt", és a dir, en la zona exterior del cervell, i la part emocional que es troba al "pis de baix", és a dir, la zona interior del cervell.

La proposta de canvi, tal com es fonamenta a la base teòrica, és treballar des del cervell emocional, anomenat "pis de baix". Així doncs, no pot ser que la intervenció amb adolescents on l'origen dels problemes és emocional, s'intervingui des del "pis de dalt", intentant fer-los raonar sobre el perquè es troben en la situació determinada, és a dir, no fer canviar la conducta de manera racional; ja que la neurociència diu que no funciona. Ens trobem davant de casos amb l'amígdala molt activada fet pel qual, davant d'un context concret, els adolescents tenen conductes incongruents, exagerades i emmascaradores. Per tant, cal treballar aquest bloqueig emocional des de l'àmbit que li correspon, que són les emocions que ens condueixen a tenir una conducta determinada; però sense posar el focus en la conducta i fer-la canviar sense sentit. Aquesta és una premissa que la pràctica del model de centre actual la té en compte en la teoria (no fer cas de la conducta dels adolescents), però en el desenvolupament de la intervenció és recurrent preguntar als adolescents el raonament de la seva actitud i de la seva conducta, és a dir, el perquè del seu comportament; segons la meua experiència durant les pràctiques. A més, em vaig trobar amb el cas d'un dels professionals que des del meu entendre va fer una mala actuació en un moment donat, reafirmant la conducta emmascaradora de l'adolescent amb les seves paraules. La situació és va donar en el menjador comunitari, quan l'adolescent (que es trobava en la seva zona de confort acudint al centre cada dia sense intentar millorar la seva situació, sent quelcom que formava part del "fum" que mostrava) va exterioritzar un comentari en veu alta en el qual manifestava que preferia assistir a l'hospital pel que pogués passar a casa, amb un to amenaçador. En sentir el comentari, el professional va reafirmar aquesta conducta amb un toc a l'esquena i expressant que tenia raó.

---

<sup>4</sup> Per una banda, els conductistes defensen que l'ésser humà actua depenent de les conseqüències que pugui obtenir. D'altra banda, el cognitivisme consisteix en analitzar els esquemes que conformen el cervell de cada persona, els quals fan interpretar el seu entorn. Aquestes dues teories formen el corrent basat en canviar el pensament mitjançant la conducta per aconseguir un benestar psicològic i emocional (Ruíz, Díaz i Villalobos, 2012).

D'altra banda considero que, sense ànim de jutjar la pràctica de cap professional, és necessari moderar l'exclusivitat que ha adquirit la medicació en la intervenció. Si més no, analitzar més els pros i els contres del tractament farmacològic, ja que els efectes secundaris psíquics i la dependència a ells poden ser devastadores (Medicating Normal, 2021). Cal tenir en compte que la medicació en moltes ocasions serveix per "tapar problemàtiques", però no incideix en el procés pel qual sorgeixen aquestes. Per posar un exemple concret, quan un adolescent porta un període de temps sense dormir, considero que pot ser fonamental que se li recepti algun medicament que l'ajudi a descansar, ja que el cervell ho necessita per poder treballar i desenvolupar-se de manera adequada. Però no que es converteixi amb una intervenció automàtica sense sospesar les possibles contradiccions. I sense una ajuda paral·lela que contribueixi a aconseguir un benestar emocional suficient com perquè pugui dormir sense necessitat de dependre de la medicació.

### **Aspectes pràctics a canviar**

Aquesta proposta pedagògica parteix d'un rerefons intrínsec al concepte de salut mental, ja que pretén promoure un canvi en el seu paradigma d'acció i intervenció en els Hospitals de dia d'adolescents. A partir d'aquí, es vol proporcionar diferents aspectes pràctics que generin aquest canvi de visió i funcionament del servei que ofereix el centre; on es pot comprovar la importància del paper del pedagog. Per tant, s'observa com aquest hauria d'adquirir una gran rellevància dins dels Hospitals de Dia d'Adolescents, i més tenint en compte que la base del servei és l'atenció psicopedagògica, com he exposat anteriorment.

Per començar, la diversitat de professionals interdisciplinaris que hi ha en aquests centres és molt important i interessant per poder oferir un servei integral. Així i tot, la docent en algunes ocasions es troba aïllada del seguiment i de certa informació relacionada amb els adolescents (partint de la meva experiència durant el pràcticum i de les converses amb la meva tutora). Per tant, el primer canvi regeix en treballar realment en equip, és a dir, on la docent tingui cabuda en tots els aspectes de l'acompanyament. A més, crec que és un tipus de servei que la resta de professionals també hi han de ser, ja que sinó no tindria sentit, fet pel qual en cap moment considero que s'hagi d'abolir la figura d'algun professional.

En segon lloc, cal desenvolupar una individualització de l'adolescent, com ja es fa actualment, però amb el següent pas de no estancar-se en la seva conducta, és a dir, no quedar-se amb allò que observem de l'adolescent. A més, el treball individualitzat que es realitza tendeix a crear un ambient malaltís que genera estancament i bucle en la intervenció dels adolescents, implicant millorar la seva situació. Així doncs, cal treballar el cervell emocional per entendre la conducta i poder modificar les creences que estan arrelades en els adolescents (Timoneda, 2020). Només així es podrà treballar per canviar la conducta que es veu, però sense intentar racionalitzar el perquè ni demanar una resposta conscient cognitiva per part de l'adolescent.

En tercer lloc i molt relacionat amb el segon punt, la individualització de l'adolescent com a inici de la intervenció és fonamental, però de mica en mica cal que es reintegri amb el seu entorn, és a dir, la socialització a través de l'institut i l'educació obligatòria és fonamental per treballar la retrobada o revinculació amb la societat. Aquesta socialització entre iguals és bàsica per trencar amb el bloqueig i l'estancament dels adolescents, ja que és l'àmbit on es pot desenvolupar. A més, també és molt important treballar la relació amb les famílies mitjançant les teràpies familiars, com ja forma part del model actual. Així i tot, sempre s'ha de tenir en compte el ritme de cada individu, sense provocar una situació de manera forçada; malgrat que tampoc és bo crear "bombolles" protectores de qualsevol situació, ja que no ajuda a sortir-se'n i encara menys és realista. Cal no oblidar que som éssers socials, els quals formem part d'una societat i estem en constant contacte amb l'entorn i amb les persones del nostre voltant. Per tant, cal que durant l'acompanyament també es proporcionin eines a l'adolescent que els ajudin a sortir-se'n en situacions d'estrès, i que permetin distingir entre el "com sóc" i "el que faig" (Mayoral, 2021). A més, no sempre es pot canviar l'entorn ni tampoc les persones, fet pel qual les eines ajuden a adaptar-nos i desenvolupar habilitats per reaccionar davant de situacions adverses, convida amb les persones i formar part de l'entramat social.

El professional de la pedagogia ha de tenir en compte diferents recursos per dur a terme una orientació emocional i de la conducta adequada. Primer de tot cal enquadrar la conducta de l'adolescent, que són els "fums" que es veuen, tenint en compte tot el rerefons emocional que hi ha. Es tracta de separar el comportament de la persona, ja que l'entens sense jutjar. Aquest primer pas consisteix a transmetre a l'adolescent que ens posem al seu lloc, que l'entendem o fins i tot que a nosaltres també ens pot passar; i és el que es diu "posar pomada". A més, és fonamental la comunicació amb l'adolescent, i no podem

intervenir sense aquest primer aspecte. Per interactuar amb ell cal comunicar-nos mitjançant tant el llenguatge verbal com el no verbal, i no s'ha d'oblidar que les onomatopeies com bufar o exclamar també transmeten molta informació; i que de ben segur que serà captada per l'adolescent (Mayoral, 2021).

Un cop s'han interpretat aquests “fums”, hi ha diferents eines les quals et permeten transmetre el que vols comunicar. Una d'elles és acompassar, la qual consisteix en una sintonització amb les creences i “el sentir” de l'altre, és a dir, posar-se en sincronia amb el que li passa a la persona que tens davant, sense fer-la sentir culpable; de manera que garanteix una major compenetració en el moment que aquesta té una “patcada”. Un exemple és quan se li diu a un adolescent que és normal la situació que està vivint i et poses al seu lloc (“ja t'entenc, això ens pot passar a tots”). Transmetre aquestes paraules ha d'anar acompanyat sempre de la comunicació no verbal, com dèiem unes línies més amunt. Relacionada amb aquesta hi ha la segona eina que és prescriure, la qual permet vèncer la resistència que l'adolescent pot posar per comunicar-nos amb ell i poder-hi connectar. Es tracta de fer el contrari del que fa tothom, que és renyar o buscar la negativitat, per anticipar una conducta o símptoma que l'adolescent genera inconscientment i de manera automàtica, perquè es transformi en conscient. Així doncs, permet que deixi de ser una conducta emmascaradora, i consisteix en la frase de “És normal que... perquè el cervell es col·lapsa...”. I així es pot desactivar aquesta conducta de defensa. També hi ha una tercera la qual es tracta de l'empatia, on a través de la verbalització dels sentiments s'intenta que la persona no se senti jutjada: “tu ets igual que jo” o “el que et passa a tu em podria passar a mi”. Aquesta eina és fonamental, ja que quan sents que l'altre t'entén seguiràs explicant, perquè ens agrada sentir-nos comprensos. I de la mateixa manera que l'anterior, cal que hi hagi congruència entre el llenguatge verbal i no verbal, fet pel qual cada paraula que diem ens l'hem de creure. Finalment hi ha l'eina de dissociació, que es basa a parlar en tercera persona o també diferenciar la persona de la conducta personificant-la, com per exemple “Em preguntava si ajudes prou a la Maria”, sent aquesta noia l'adolescent a qui fas el seguiment. Es tracta de dissociar el malestar emocional que produeix exterioritzar un problema. Amb aquestes tècniques el que es fa és posar-se a la pell dels altres i pensar en què deu estar sentint. Així doncs, jo conec a la persona i em poso a la seva pell, a més sé que m'està demanant ajuda i la seva manera de transmetre-ho és fent una conducta de risc. En aquest moment, com a



professional s'ha de buscar la manera de comunicar que l'entens i que el vols ajudar (Mayoral, 2021).

A partir d'aquí ja es pot intervenir per canviar la creença negativa que té incorporada, com pot ser "sóc tonto" o el "no puc". En aquest punt podem incorporar la metàfora per explicar el que passa i fer canviar la creença, adaptada a l'edat dels adolescents. Cal canviar el missatge que normalment rep, de manera que genera aquesta creença negativa que l'adolescent desenvolupa, per una contra creença que posi en dubte la negativa. El recurs de la metàfora és molt útil per apagar "el foc" que s'observa a través de la conducta, ja que té la funció de fer arribar un coneixement per comparació; però no es poden qüestionar perquè són així, com pot ser l'exemple del fet que el foc crema. Així doncs, en aquest exemple el missatge seria protegir-se i canviar el que sigui necessari per no ser cremats. A més, amb la metàfora és inevitable no associar un sentiment a una imatge, i aquest és el seu poder. El missatge és que només podem controlar allò que depèn exclusivament de nosaltres; i seguint amb l'exemple anterior, protegir-me no és esperar que plougui perquè s'apagui, sinó que què hi puc fer jo sense esperar que l'entorn canviï (Mayoral, 2021).

A més, hi ha moltes creences que incorporen el com som, és a dir, ser d'una manera determinada, però aquest aspecte té un component biològic i/o genètic; fet pel qual és equívoc en la majoria d'ocasions, ja que sinó no es podria canviar. Però quan recau en el fer, podem trobar estratègies per ajudar a canviar o millorar. Un exemple és el concepte erroni de dir "ser despistat", ja que es pot canviar i, per tant, es tracta d'una persona que es despista moltes vegades. D'altra banda, considero important fer un incís a l'aspecte que la metàfora no s'ha de raonar ni demanar als adolescents que la raonin, perquè el missatge s'ha donat i ja ha arribat a l'adolescent. Així doncs, després d'haver transmès la idea, el que s'ha de fer és tancar la porta i treballar per canviar la conducta lligada a la creença (Mayoral, 2021).

Un cop la conducta està enquadrada i s'ha incorporat algun missatge per canviar la creença negativa que l'adolescent té tan arrelada, ja es pot oferir la nostra ajuda per canviar la conducta i no surti l'impuls de l'amígdala; la qual no ens permet recapacitar les nostres accions. En aquest punt és quan es comença a gestionar per poder generar el canvi, tenint en compte que no es pot fer que l'altre faci, però sí que es pot fer veure a l'altra persona que cal un canvi, és a dir, com ho faig perquè l'adolescent vegi la necessitat

de fer-ho. Així doncs, la clau per aconseguir-ho és trobar la manera indicada per comunicar-ho, tenint en compte quatre punts claus per intervenir de manera adequada: interpretar correctament els missatges corporals i les conductes, no reforçar comportaments d'origen emocional (un exemple seria quan l'adolescent no para de fer sorolls i que se li digui "para!", aquesta resposta estarà reforçant la conducta i d'alguna manera és el que ell vol o espera), tenir clar l'objectiu i unificar objectius si són diferents i un cop més basar-se en les tècniques de comunicació com l'empatia (Mayoral, 2019).

En aquest moment de l'acompanyament, la intervenció va dirigida segons en quin moment es troba l'adolescent, tenint en compte que el perfil d'usuaris que hi ha en aquest tipus de centres tendeixen a conductes depressives arrelades al cervell emocional. Per una banda, es poden posar límits o dur a terme un control de conducta, que caldrà quan un fet no ajuda dins la convivència i el benestar de l'adolescent, però sempre quan hi ha hagut un temps pel mig i l'amígdala no es troba en un moment de tensió. D'altra banda, potser també cal ajudar a sospesar les accions de l'adolescent, ja que no veuen "més enllà del nas". Però no es tracta de fer cap sermó de tot el que no guanyes, sinó d'explicar allò que es pot perdre, més enllà de les recompenses immediates. Així doncs, es tracta d'un acompanyament totalment allunyat de fer raonar les conductes dels adolescents, i molt menys actuar com un policia i dir el que està malament o el que no s'ha de fer; sinó que consisteix a transmetre aquella informació que apel·li a les seves emocions i que realment és significativa per a ells, per començar a posar pomada en l'amígdala que està en constant tensió. Per ajudar a sospesar les accions es pot explicar la "metàfora dels calaixos", la qual es tracta de diferenciar les tres parts del cervell per gestionar una situació. Així doncs, li explicaríem que en el primer calaix hi ha el "he de fer", que és la part del cervell que actua com un policia (el dorsolateral, exposat a la fonamentació teòrica, fa aquesta funció); en el tercer calaix hi ha el "m'agrada", que és la zona que actua com un nen petit buscant tot allò que satisfà els seus desitjos (l'amígdala és qui genera els desitjos sense suspesar); i finalment hi ha el calaix del mig que és el "vull", ja que és la part del cervell que pren decisions raonades en funció de les emocions que sentim (l'estructura del ventromedial és l'encarregada d'aquest procés), i més enllà de les necessitats de l'ara (Mayoral, 2021).

Per tant, respecte al funcionament actual dels Hospitals de dia cal que deixin de raonar les accions dels adolescents basades en el "no veus que no està bé?" o el "no te n'adones que no és bo per tu?". Ningú vol anar en contra de si mateix, i si no se n'adonen que és

negatiu per ells és perquè el seu cervell emocional està bloquejat, fet pel qual és impossible avançar amb aquest tipus d'acompanyament.

Finalment, les famílies tenen un pes fonamental en el desenvolupament maduratiu dels adolescents, però això la docent hauria de poder fer el seu paper perquè la revinulació amb l'educació dels adolescents tingui sentit. Així doncs, és necessari que la professional pugui conèixer les famílies des del primer moment i anar fent el seguiment de manera paral·lela al treball terapèutic que puguin fer els professionals clínics. Cal tenir en compte que en el model actual, la docent no té cap mena de contacte amb les famílies dels adolescents, ja que no hi ha ni una primera trobada. A més, si es vol reestablir el vincle amb l'institut, la comunicació amb els pares i mares o tutors legals és fonamental per remar tots a la mateixa direcció, per una banda; i per l'altra cal veure si també hi haurà d'haver algun tipus de treball amb les famílies (que això és una tasca dels serveis socials, per això hi ha la treballadora social i altres serveis).

D'altra banda, és molt probable que les famílies no entenguin la conducta dels seus fills, els adolescents, per això també cal treballar per un enquadrament de la conducta dels seus fills i així poder canviar la mirada. Aquest acompanyament els permetrà entendre quina ha de ser la intervenció emocional per poder modificar la seva conducta, és a dir, "reenquadrarla"; ja que aquesta només és el "fum" que es veu.

Abans de concloure, per poder exposar i transmetre aquesta proposta pedagògica, he dissenyat una pàgina web on s'expliquen les bases teòriques que fomenten



l'aportació. A partir d'aquí, es podran conèixer els diferents punts amb els quals s'ha desenvolupat la proposta, juntament amb els diferents aspectes pràctics. L'objectiu d'aquesta eina de difusió és proporcionar una plataforma que permeti exposar aquesta proposta pedagògica, ja que possiblement és una de les vies que pot afavorir més transmetre-la. Així mateix, l'estructura de la web és molt intuïtiva de seguir, tenint en compte els diferents apartats necessaris per entendre l'eix central. Per aquest motiu, en aquesta és mostra les motivacions i la justificació de la meva aportació, els pilars que la fonamenten, els context en el qual es vol aplicar, tots els aspectes de la proposta i altres

recursos interessant per tenir en compte. Finalment, l'enllaç per poder-hi accedir és el següent: <https://sites.google.com/view/repensemintervencipedagogica/inici>

Per concloure, la intervenció amb persones, i en aquest cas adolescents, és una tasca complexa, ja que es troba amb una infinita diversitat d'usuaris i requereix entendre el funcionament del cervell humà. És per això que cal ser molt crític amb la feina de l'àmbit psicopedagògic i socioeducatiu, i corregir el funcionament que pot millorar. Cal tenir en compte que les ciències evolucionen i a poc a poc tenim més informació, fet pel qual ens permet canviar aquelles pràctiques que són errònies. Així i tot, en cap moment hi ha l'ànim de desmerèixer la tasca de cap professional ni molt menys posar en dubte la seva bona voluntat.

A partir d'aquí, el canvi de paradigma proposat sorgeix de la mirada que aporta la neurociència i que cada vegada es posa més sobre la taula, ja que evidencia com és el funcionament del cervell emocional i què implica per a l'actuació educativa. Amb aquesta teoria, ens trobem davant d'adolescents amb unes creences negatives molt incorporades en el seu cervell emocional i des de fa un període de temps bastant llarg, fet pel qual es tracta de situacions amb una dificultat gran. A més, com ja he exposat a l'apartat de contextualització del context, són adolescents amb una gran desvinculació escolar i absentisme escolar. Així i tot, la intervenció amb ells perquè s'esdevingui un canvi en la seva conducta, que és de risc, ha d'iniciar-se per treballar el seu cervell emocional; ja que és el que no permet treballar correctament el cervell cognitiu. La diferència és que possiblement necessitarà més temps i tindrà més dificultat, pel grau de bloqueig emocional i pel període de temps tan llarg. Una evidència bastant clara és l'absentisme escolar com a conseqüència del bloqueig.

D'altra banda, treballar amb els adolescents (igual que en qualsevol intervenció amb persones) i, en aquesta feina, conèixer els casos dels adolescents, implica que com a professional de l'àmbit de la psicopedagogia tinguis en compte diferents aspectes. Primer de tot, cada individu interpreta les coses des de les seves ulleres. Així doncs, la visió d'una situació concreta és molt personal i cadascú té la seva; fet important perquè per poder ajudar a les persones necessitem posar-nos les seves ulleres, és a dir, al seu lloc. Cal entendre que tots tenim una visió personal de la realitat i que com a professionals hem de tenir una ment oberta, perquè sinó serà xocar contra murs. A més, cada persona té la seva motxilla, construïda per les vivències personals, i això és el que determina les seves

creences. Però la conducta no és el que defineix com som, aquesta motxilla carregada de trets i de la personalitat, ja que les persones per una banda som i per l'altra fem. Per tant, no podem anomenar als adolescents pel que fan, com les etiquetes, com si no es pogués canviar les conductes. També, a més, cal tenir en compte que ningú vol anar en contra de si mateix, sinó que l'ésser humà actua per supervivència; de manera que els adolescents no suspenen per gust (Mayoral, 2019).

El professional ha de tenir eines per poder atendre cada cas, adaptar-se i gestionar l'acompanyament de la manera més adequada. Per aquest motiu, dins de la proposta pedagògica s'aborden aspectes pràctics amb diferents eines i tècniques professionals. Aquests aspectes s'han de treballar des de la professionalitat, tenint en compte que les nostres creences poden determinar les nostres actuacions, però aquestes han de ser tan acurades com sigui possible, contemplant l'objectivitat en la intervenció i de les expectatives esperades. A més, el mitjà amb el qual s'ha de dur a terme la tasca ha de ser sempre la comunicació i el llenguatge gestual, ja que és fonamental; i sempre creure les paraules d'un mateix. I en aquesta línia, mai hi poden haver retrets cap a l'adolescent; perquè sinó serà la conseqüència de no separar la conducta versus les creences d'aquest.

A més, és fonamental no oblidar que cada adolescent és diferent, fet pel qual és imprescindible desenvolupar la intervenció de manera individualitzada, sense comparacions ni etiquetes. També és possible que aquest tipus de servei no pugui intervenir en totes les necessitats d'algun cas, com pot passar amb adolescents que tenen problemes d'addiccions i es requereixi un altre centre. Així i tot, i com ja passa en l'actualitat, considero molt important ser curosos amb les gestions entre centres perquè els adolescents no vagin passant entre ells com titelles. Durant les pràctiques, en les reunions d'equip havia sentit casos que semblava que tots els serveis se'ls volguessin treure de sobre, sense desmerèixer a cap; però crec que és una falta de professionalitat molt gran, i encara més d'empatia que hi hagi aquest tipus de situacions.

D'altra banda, els adolescents són l'eix principal d'aquesta recerca, fet pel qual és vital entendre el perquè de la seva conducta mitjançant els coneixements adquirits sobre el funcionament i l'estructura del cervell. A partir d'aquesta base teòrica, conèixer-los, escoltar-los i comunicar-nos amb ells ha de ser el fonament principal de la intervenció i l'acompanyament. Així doncs, les etiquetes que imposen a cadascun d'ells no han de ser més que una base o orientació per poder començar la nostra tasca com a professionals,

però mai un element de prejudici i estigmatitzador. Considero important acabar amb aquesta puntualització perquè mitjançant les pràctiques m'he adonat de l'obsessió que tenen els professionals en etiquetar i encasellar als adolescents. En el meu cas, sabia ben poc del seu diagnòstic clínic, però el que tenia clar era el seu bloqueig emocional; i a partir d'aquí vaig afrontar la meva pràctica en la intervenció amb cadascun d'ells. Així doncs, crec que les etiquetes en el cervell emocional serveixen de ben poc.

Finalment, aquesta proposta pedagògica té la intenció de reivindicar la tasca fonamental que hauria de tenir el pedagog dins del servei de l'Aula hospitalària que ofereixen els Hospitals de Dia d'Adolescents, tenint en compte la formació especialitzada que té una professional de la psicopedagogia; i que considero bàsica per dur a terme l'atenció psicopedagògica i escolar. Tanmateix, considero que el conveni entre el Departament de Salut i el Departament d'Educació, el qual contempla la plaça a un docent de secundària, hauria de ser modificat i oferir el lloc de treball a un professional de la pedagogia o psicopedagog. Així doncs, basant-me en la meva experiència i tenint en compte la proposta pedagògica proposada, crec que un professional d'aquest àmbit està més preparat per poder executar el tipus d'intervenció que es realitza o que s'hauria de realitzar en els HDA.

## APORTACIÓ AL BAGATGE DE CONEIXEMENT DE LA PEDAGOGIA

Arribat aquest punt, crec que els estudis del camp de la pedagogia m'han permès fonamentar els aprenentatges que he adquirit a través de les vivències i experiències personals, aportant-me coneixements per entendre i argumentar-ho. Així mateix, a poc a poc m'han guiat per anar construint la meva formació, en la qual aquest Treball de Final de Grau en forma part, portant-lo a l'àmbit de la pedagogia que més m'agrada: la neuropsicopedagogia dins la intervenció infantil i juvenil.

Aquesta proposta pedagògica té la finalitat d'aportar un granet de sorra dins del camp de la intervenció en salut mental, juntament amb el camp educatiu, per fomentar una mica més el canvi de mirada en els Hospitals de Dia d'Adolescents. Per això, considero que té un caire innovador mitjançant una eina útil i realista, amb l'objectiu de difondre la possibilitat real de canviar la perspectiva. Així doncs, aporta coneixements pràctics per poder-ho desenvolupar en els centres, més enllà de propostes teòriques aïllades del dia a

dia i de la seva pràctica. A més, aquesta nova mirada es proposa entendre el desenvolupament cerebral de les persones, emfatitzant la importància de fixar-se en l'origen emocional que desencadena a certes conductes. De manera que el propòsit és ampliar el coneixement gràcies als tres pilars que fonamenten i evidencien aquest treball.

D'altra banda, crec que aquest document, juntament amb la web, pot ser quelcom positiu i adient per fer difusió d'una nova mirada per entendre no només la intervenció en salut mental, sinó també com funciona el cervell humà; i el perquè les persones en certes situacions tenim conductes incongruents i desmesurades. Així doncs, crec que aquesta aportació pot ser adequada per les famílies; perquè puguin comprendre una mica més els seus fills i donar una resposta tan apropiada com sigui possible. A més, considero important generar eines que permetin treballar la prevenció per identificar els "fums" que es veuen a través de la conducta, i no només intervenir quan ja hi ha les creences incorporades; ja que també forma part de la tasca dels pedagogs prevenir i educar per intentar evitar situacions problemàtiques.

Tanmateix, crec que la meua aportació té un valor pedagògic més, ja que reivindica la tasca dels professionals de la psicopedagogia dins d'un centre on es treballa l'atenció psicopedagògica; i aquesta és desenvolupada per docents. Per tant, un pedagog només hi podria tenir accés a través de la formació del professorat, i crec que no és quelcom equiparable; ja que no tenen les mateixes eines ni tampoc la mateixa formació un docent amb un grau de llengua i literatura catalana, per exemple, i un pedagog. Així i tot, convé exposar que, basant-me en la meua experiència, la tutora de les meves pràctiques era llicenciada en logopèdia i també en literatura catalana, i posteriorment va fer formacions específiques sobre atenció a la diversitat; i tenia més de deu anys d'experiència dins l'Aula hospitalària. Per aquest motiu, aquesta proposta no té la intenció de treure mèrits a cap professional, sinó emfatitzar i donar la importància que considero que es mereix la figura i la formació dels pedagogs.

## REFERÈNCIES

Arteaga, M. (2005). *La pedagogía humanista, el enfoque transversal y el uso del texto escolar*. Editorial Salesiana.

Boeree, C. (1998). *Personality Theories*. Recuperat de [http://www.social-psychology.de/do/pt\\_maslow.pdf](http://www.social-psychology.de/do/pt_maslow.pdf)

Cabrera, L. i Bethencourt, J. (2010). La psicopedagogía como ámbito científico-profesional. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 893-914.

Departament de Salut. (2017). *Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions*. Generalitat de Catalunya. Recuperat de [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017\\_2020.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf)

Franke, M. (2006). *Eres uno de nosotros. Miradas y soluciones sistémicas para docentes, alumnos y padres*. Alma Lepik.

Fundació sanitària Sant Pere Claver. (s.d.). *Hospital de Dia per a Adolescents*. Grup Sant Pere Claver. Recuperat de <https://www.spcsalut.org/sm-hospital-dia.php>

Institut d'Assistència Sanitària. (s.d.). *Hospital de Dia d'Adolescents de Salut Mental*. Generalitat de Catalunya. Recuperat de <http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/499>

Mallart, J. (2005). Didàctica de la motivació com a motor de l'aprenentatge en una pedagogia humanista. *Revista Catalana de Pedagogia*, 4, 75-99.

Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.

Mayoral, S. (2019). *Intervenció pedagògica amb adolescents i comportament de risc*. [Apunts acadèmics]. Universitat de Girona.

Mayoral, S. (2021). *Orientació educativa*. [Apunts acadèmics]. Universitat de Girona.

Medicating Normal. (2021). *La indústria farmacèutica i la corrupció de la base d'evidències mèdiques*. Periscope Moving Pictures. Recuperat de <https://medicatingnormal.com/experts/>



Mora, F. (2013). *Neuroeducación: Solo se puede aprender aquello que se ama*. Alianza Editorial.

National Institute of Mental Health. (s.d.). Transformar la comprensió i el tractament de les malalties mentals. Recuperat de <https://www.nimh.nih.gov/>

Olvera, A. i Shneider, S. (2011). Los conflictos de los alumnos en la escuela como una expresión de amor a su familia. *Aula de Innovación Educativa*, (158), 15-17.

Parellada, C. (2005). *La relación familia-escuela desde la dimensión de la Pedagogía Sistémica*. Institut de Ciències de l'Educació de la Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperat de <http://xtec.cat/~cparella/Articles/familiaescuelatarazona0205.pdf>

Quintana, J. M. (2009). Propuesta de una Pedagogía Humanística. *Revista española de pedagogía*, (243), 209-230.

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. i Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Recuperat de [https://www.google.com/search?q=Manual+de+T%C3%A9cnicas+de+Intervenci%C3%B3n+Cognitivo+Conductuales&rlz=1C1EJFA\\_enES782ES782&oq=Manual+de+T%C3%A9cnicas+de+Intervenci%C3%B3n+Cognitivo+Conductuales&aqs=chrome..69i57j46j0l3.604j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Manual+de+T%C3%A9cnicas+de+Intervenci%C3%B3n+Cognitivo+Conductuales&rlz=1C1EJFA_enES782ES782&oq=Manual+de+T%C3%A9cnicas+de+Intervenci%C3%B3n+Cognitivo+Conductuales&aqs=chrome..69i57j46j0l3.604j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Timoneda, C. (1999). Una propuesta de diagnóstico e intervención psicopedagógica basada en y desde la pràctica. *Revista de Investigación Educativa*, 17(2), 515-520.

Timoneda, C. (2020). Apunts de Presentació de projectes de neurologia. [Apunts acadèmics]. Universitat de Girona.

Traveset, M. (2007). *La pedagogía sistémica: Fundamentos y práctica*. Recuperat de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GgfWJbn983AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=pedagog%C3%ADa+sist%C3%A9mica+&ots=98FMU5UEZi&sig=9ZY7b1IWPLRipDWYdZB06t50\\_Eg#v=onepage&q=Bert%20Hellinger&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GgfWJbn983AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=pedagog%C3%ADa+sist%C3%A9mica+&ots=98FMU5UEZi&sig=9ZY7b1IWPLRipDWYdZB06t50_Eg#v=onepage&q=Bert%20Hellinger&f=false)

Turienzo, R. (2016). *El pequeño libro de la motivación*. Alienta editorial. Doi: 978-84-16253-58-6

Uned. (s.d.). *Los principios de la Pedagogía Humanista*. Facultad de Educación.  
Recuperat de

[http://portal.uned.es/portal/page?\\_pageid=93,5576428&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,5576428&_dad=portal&_schema=PORTAL)

Villarreal-Zegarra, D. i Paz-Jesus, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones*, 1(1), 45-55.