

Francesc Bosch
Emili Martín
Isabel Montiel
Líria Román

El paso por el Hospital de Día de Adolescentes de Santa Coloma de Gramenet, una experiencia resiliente

Resumen

El tema que nos ocupa en este trabajo, nos lleva a reflexionar sobre los aspectos y factores en que se sustenta el proceso resiliente. Desde el punto de vista educativo y terapéutico, vemos la resiliencia como una herramienta esencial y de gran importancia para trabajar en el ámbito de la salud mental. A través del apoyo de los profesionales, acompañando procesos de resiliencia, los chicos/as pueden aprender a superar y afrontar traumas, dificultades y retos que van configurando sus vidas. La visión y vivencia que nos aporta el trabajo diario en el hospital de día permite encuadrar y entender el proceso resiliente en todos sus prismas. El artículo está dividido en diferentes apartados, según los elementos que configuran un proceso de resiliencia, a través del amor como vínculo afectivo, de la tolerancia a la frustración, del humor y del tejido social. En la exposición final de cada apartado presentamos una intervención educativo-terapéutica. El caso clínico en cuestión está expuesto a la primera intervención.

Palabras clave

Resiliencia, Amor, Humor, Tejido Social, Frustración, Hospital de día, adolescentes, Salud mental

El pas per l'hospital de Dia d'Adolescents de Santa Coloma de Gramenet, una experiència resilient

El tema que ens ocupa en aquest treball, ens porta a reflexionar sobre els aspectes i factors en què se sustenta el procés resilient. Des del punt de vista educatiu i terapèutic, veiem la resiliència com una eina essencial i de gran importància per treballar en l'àmbit de la salut mental. A través del suport dels professionals, acompanyant processos de resiliència, els nois/es poden aprendre a superar i afrontar traumes, dificultats i reptes que van configurant les seves vides. La visió i vivència que ens aporta la tasca diària a l'hospital de dia permet enquadrar i entendre el procés resilient en tots els seus prismes. Iniciem l'article abordant el concepte de l'amor com a vincle afectiu, el de la tolerància a la frustració, el de l'humor i el del teixit social com a eixos vertebradors del procés. Continuem amb una intervenció educativa-terapèutica a partir d'un cas clínic real i finalitzem amb una reflexió social on s'esdevé la nostra tasca professional.

Paraules clau

Resiliència, Amor, Humor, Teixit social, Frustració, Hospital de dia, adolescents, Salut mental

In the Adolescent Day Hospital in Santa Coloma de Gramenet: a resilient experience

The issue we address in this work has led us to reflect on the factors and aspects on which the process of resilience is based. From the educational and therapeutic standpoint, we see resilience as an important, even essential aspect of work in the field of mental health. Through the support of professionals who accompany their processes of resilience, young people can learn to engage with and overcome the traumas, difficulties and challenges that impinge on their lives. The vision and experience of the day-to-day work of the day hospital provides a framework for resilience and an understanding of the process in all its facets. The article is structured in sections, reflecting the different elements that constitute a process of resilience, by way of love as an affective bond, tolerance of frustration, humour and the social fabric. At the end of each section we put forward an educational or therapeutic intervention. The clinical case in question is approached in terms of the former.

Keywords

Resilience, Love, Humour, Social fabric, Frustration, Day hospital, Adolescents, Mental health

Cómo citar este artículo:

Bosch, F.; Martín, E.; Montiel, I.; Román, L. (2014). "El paso por el Hospital de Día de Adolescentes de Santa Coloma de Gramenet, una experiencia resiliente". *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 56, p. 155-175.



▲ Introducción

El origen del concepto de hospital de día infanto-juvenil se remonta a Francia hacia los años cincuenta. Poco tiempo después, en Suiza se desarrollaron centros médico-psico-pedagógicos para problemáticas graves y para implementar programas terapéuticos que seguían los ya iniciados en la hospitalización. En otros países europeos, como en los Países Bajos y en los países nórdicos, también se inician programas similares. “Uno de los países donde la instauración y la implementación de servicios y programas de atención infanto-juvenil coge más peso dentro de los servicios de la salud pública es en el Reino Unido, con la creación de dispositivos y centros de atención para la salud pública” (Pedreira Massa, 2001, p. 2).

Actualmente entre un 10 y un 20% de los niños españoles sufre algún tipo de trastorno mental (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2010). En este contexto encontramos varias iniciativas y propuestas a cargo de profesionales de la salud mental, que han trabajado en la línea de asegurar y dar una respuesta a las demandas crecientes de la salud mental infanto-juvenil. En Vizcaya existe el hospital de día que dirige el profesor Alberto Lasa, y de la misma orientación teórica existe el hospital de Alcázar de San Juan. (Pedreira Massa, 2001, p. 3).

En nuestro contexto más inmediato varias fundaciones gestionan los diferentes hospitales de día infanto-juveniles repartidos por el territorio catalán: la Fundación Orienta, la Fundación Vidal i Barraquer, la Fundación Sant Pere Claver, la Corporación Sanitaria Parc Taulí, el Hospital de Sant Joan de Déu, entre otros, conforman la estructura asistencial en el ámbito catalán.

Podríamos entender, pues, el hospital de día infanto-juvenil como un dispositivo de asistencia de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día. En este sentido, entenderíamos por tratamiento activo la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan aligerar, mejorar o curar un proceso patológico. En cuanto al concepto de trastorno mental, “es todo lo que se encuentra definido en las clasificaciones psiquiátricas establecidas por la OMS” (Pedreira Massa, 2001, p. 4). Un dispositivo asistencial entre medio de la atención ambulatoria y la hospitalización total; privilegiado por la elaboración y contención de los conflictos que se han manifestado en el paciente de forma, generalmente, muy intensa antes de ingresar.

Debemos distinguir las variadas unidades de hospitalización y su modelo teórico de aplicación al trabajo diario. Cada hospital de día, gestionado por fundaciones, parte de una filosofía, modelo teórico y forma de trabajar que acabará configurando el tipo de trastornos y perfil de población que atiende. En el caso que nos concierne, el hospital de día de Santa Coloma de Gramenet de la Fundación Vidal y Barraquer dispone de un equipo formado por tres psicólogos, un psiquiatra, cuatro educadores/as sociales, una de las cuales es enfermera y asume las tareas pertinentes, una trabajadora social,

una profesora y psicopedagoga y una administrativa. Desde la metodología de trabajo interdisciplinario, el tratamiento de los chicos y las chicas pasa por todos los profesionales, aportando su visión y trabajo al tratamiento global, para poder entender y abordar la problemática desde diferentes primas: educativo-médico-psicológico.

Tal y como dice Larrauri (2010), la población atendida en un hospital de día son chicos/as de 12 a 18 años que presentan serias dificultades para hacer frente a los cambios y retos de la adolescencia. Presentan dificultades para establecer vínculos estables, tanto a nivel interno con sus objetos, como externo en las relaciones con los demás. Sus relaciones suelen estar cargadas de desconfianza, violencia, conflicto, incontinencia, desconexión y desvitalización. Son “adolescentes que no han sido capaces de adaptarse a un ritmo secuencial de actividades que exigen motivación, concentración y tolerancia a las tensiones internas y externas, que se pueden dar en el instituto o en el mundo laboral” (Larrauri, 2010, p. 5).

En líneas generales, podemos definir tres grandes grupos de patología que nos derivan desde diferentes dispositivos de la red de salud mental:

- Trastorno neurótico: las dificultades se centran en la poca habilidad para desarrollar las capacidades adquiridas e incorporando algunas capacidades nuevas para favorecer un menor sufrimiento y unas mayores capacidades para hacer frente a las dificultades vitales propias de esta etapa.
- Trastorno psicótico: la capacidad limitada para establecer vínculos con el mundo externo configura la principal dificultad y limitación en la comunicación y comprensión de la realidad externa.
- Trastorno de la conducta: las dificultades para pensar y tener autocontrol son las principales características y dificultades que, por otro lado, suelen estigmatizarse en la mayoría de los centros escolares.

La tarea principal de los educadores en el hospital de día es acompañar al paciente, dando alternativas para afrontar adecuadamente situaciones vividas en el hospital de día y trasladarlas a otros ámbitos de la vida. Es aquí donde la resiliencia y sus principales factores entran en escena y dan forma y estructura al trabajo diario que desarrollamos desde la visión interdisciplinaria del equipo.

Amor-vínculo afectivo

Cuando hablamos de amor, nos referimos concretamente a los vínculos afectivos. Nuestra forma de trabajar es, fundamentalmente, desde el cuidado del otro, donde aparece la vinculación como elemento facilitador para el cambio positivo en el individuo. “Para cuidar hay que amar” (Leal, J., 2011).

Nuestra forma de trabajar es desde el cuidado del otro

La figura que los chicos/as viven como no intrusiva a la hora de administrar cuidados desde los primeros momentos de ingreso suele ser la de la enfermería. Muchas quejas somáticas que aparecen en la adolescencia, esconden malestares, angustias, inquietudes, etc. Cuando el vínculo todavía no se ha originado es la enfermera, profesional y agente de salud, una pieza fundamental y de gran ayuda a la hora de canalizar estas quejas. Es un miembro más dentro del equipo interdisciplinario del hospital de día. Contrariamente a la tradicional visión que ha sufrido a lo largo de los años esta profesión, se podría decir que en su tarea diaria adquiere más fuerza el rol educativo que el propiamente asistencial, a pesar de que ambos están estrechamente relacionados, influyendo en el tratamiento de los chicos/as.

La valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de la teórica y profesora de enfermería Marjorie Gordon (1970) es la principal herramienta a la hora de planificar y ejecutar los cuidados. Ampliamente utilizada a nivel mundial, consiste básicamente en una recogida de datos de la persona para identificar los posibles problemas, dificultades, alteraciones y las respuestas humanas que se originan en consecuencia. Cabe destacar que la valoración se convierte en una guía o estrategia de intervención más allá de los síntomas y las conductas, que intenta detectar y movilizar los recursos de la persona, fomentando mecanismos de acción preventiva, esperanza y cambios favorables en el estilo de vida. Se utiliza como una mirada hacia lo positivo. Es un primer contacto que propicia la creación del vínculo desde el cuidado, ofreciendo un modelo sano, estimulando la autonomía y los factores resilientes. Uno de nuestros objetivos es conseguir que los chicos/as se cuiden a través del vínculo, mediante la educación por la salud, potente instrumento y pilar esencial en la prevención.

Los niños/as y adolescentes manifiestan a menudo somatizaciones como cefaleas, dolor de barriga u otros malestares. La enfermería aprovecha el acercamiento y, una vez descartada cualquier alteración física, fortalece el vínculo administrando cuidados alternativos, como por ejemplo ofrecer una infusión, un vaso de agua, dar un ligero masaje, aplicación de cremas hidratantes: "maternaje". De esta forma, y con la ayuda del objeto intermediario (la infusión, el masaje, etc.), explora si la queja somática es la expresión del estrés o conflicto subyacente. Fomentando siempre la manifestación verbal de los sentimientos, en lugar de la conducta impulsiva, y retroalimentando positivamente la conducta apropiada, ya que el refuerzo positivo ayuda a adoptar conductas socialmente más adecuadas. Winnicott (1971) postuló que la tarea de maternaje consiste en ilusionar al bebé para después desilusionarlo paulatinamente, es decir, ilusionar sería dar apoyo, contener, cuidar sin condiciones, esencia de nuestra intervención en el hospital de día, apostando por la autonomía, desde la esperanza. Ofreciendo su espacio al chico/a para generar el cambio de dirección hacia su parte más sana, pero siempre acompañando. Hay que tener en cuenta la importancia de mantener un ambiente de confidencialidad. La enfermería es un espacio físico donde

poder ofrecer cuidados, alejado del grupo y de las salas donde se realizan los diferentes talleres para que los pacientes puedan acceder desde la más absoluta intimidad en caso necesario.

Otra forma de establecer vínculo es a través de la consulta abierta. Hay chicos/as más comunicativos y más capaces de pedir ayuda por iniciativa propia. En este caso la enfermería dispone de unos horarios establecidos de atención y consulta a demanda, ya sea de forma puntual o para realizar un seguimiento. Las intervenciones van igualmente encaminadas a ofrecer el apoyo emocional necesario para desarrollarse eficazmente. Son aspectos fundamentales para poder intervenir: la empatía, establecer una relación terapéutica y crear un clima de confianza y respeto.

El vínculo afectivo se crea cuando se vive una relación de confianza, diálogo, afecto, respeto y comprensión. Por lo tanto, para que el chico/a se vincule, previamente debe sentirse aceptado, entendido y querido. Por otro lado, y desde el punto de vista educativo, hay que destacar que el vínculo favorece que el chico/a despliegue sus dificultades y, de esta forma, podamos intervenir adecuándonos a sus necesidades. Creemos en el derecho al afecto, considerando que puede tener efectos terapéuticos. “Un niño que conoce que su figura de arraigo es accesible y sensible a sus demandas adquirirá un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y le alimenta a valorar y continuar la relación de ayuda” (Bowlby, 1958). Seguramente por eso, uno de los momentos más delicados en la relación que se genera entre los pacientes y nosotros es el de la creación del vínculo. Esta creación se desarrolla durante los primeros días y a lo largo del ingreso. Verdaderamente, el tiempo necesario es indeterminado, ya que cada individuo es diferente y necesitará un periodo más o menos extenso en función de los muchos factores que se han ocasionado a lo largo de la historia de su vida, es decir, en anteriores experiencias vinculares.

El vínculo afectivo se crea cuando se vive una relación de confianza, diálogo, afecto, respeto y comprensión

El trabajo conjunto dentro del equipo interdisciplinario también facilita el vínculo. El traspaso de información y comunicación entre profesionales y con el chico/a potencian el compromiso en el cuidado. La presencia física es un factor imprescindible en las primeras fases de creación del vínculo. Acompañar, esperar, escuchar, señalar, “estar ahí”, expresar el afecto y no darlo por sobreentendido, compartir actividades y talleres, conocimiento mutuo e intervención en conflictos son ejemplos relacionados entre los profesionales y pacientes.

En el día a día y en la resolución de los muchos conflictos que se dan, es cuando los chicos/as se “destapan” y encontramos gran parte de las respuestas sobre lo que les está pasando. Vincularse a una persona puede ser un privilegio, pero también una responsabilidad. Como apunta Cyrulnik (2001), el vínculo entre madre e hijo deja de ser protector y resiliente cuando se convierte en evitativo, ambivalente o desorganizado. La promoción de la resiliencia es una responsabilidad compartida por los diferentes profesionales

de nuestro equipo, siendo un riesgo caer en la sobreprotección. A causa de la fuerte implicación emocional, de la gravedad de las situaciones y de la fragilidad de los chicos/as, es fácil caer en la lamentación. Transmitir esperanza, crear el vínculo que fortalecerá al individuo ante la adversidad y aumentar su seguridad y autoestima son los componentes que le ayudarán a dar los pasos para estabilizar sus vidas.

Tolerancia a la frustración

Todo proceso de aprendizaje, de fortalecimiento del espectro resiliente de la persona, va paralelo al trabajo de aceptación de la frustración

La frustración es inherente a lo que conocemos como resiliencia. Todo proceso de aprendizaje, de fortalecimiento del espectro resiliente de la persona, va paralelo al trabajo de aceptación de la frustración como un aspecto presente en la vida. Ayudar en el proceso de aceptación de la frustración es una de las funciones básicas y primordiales en la vida del niño y el adolescente. Implica varios procesos mentales y madurativos que en el caso de nuestros pacientes no han completado o han sufrido fracasos importantes.

Como explica Javier Urrea (2009), la frustración es más tolerable cuando se transforma en aprendizaje. El siguiente paso es enseñar a aprender a gestionarla. Esto significa poner la energía para aceptar lo que sucede, a la vez que se mantiene una posición valorizante de sí mismo y activa para seguir adelante y aprender de la experiencia. Este aspecto es imprescindible porque el adolescente entienda que los deseos son producto de la fantasía.

Hay que gestionar y supervisar la cantidad de “necesidades” que se pueden ir generando en el proceso de crecimiento y establecerlas como básicas o secundarias. Las escasas y pobres habilidades emocionales y sociales, junto con las malas experiencias, llevan a muchos pacientes a vivir las frustraciones como hechos sumamente traumáticos y castradores de sus ilusiones y objetivos. En esta situación la frustración no puede ser elaborada ni integrada. Por lo tanto, tan solo queda negarla o rebelarse a ella, con rabia hacia lo que nos genera la frustración. Se crea un círculo donde la rabia y la impotencia luchan en contra de la vida y sus acontecimientos. Romper con este círculo es uno de los objetivos y tareas que se trabajan en el hospital de día.

Los profesionales intentamos dar una respuesta diferente, novedosa, de cuidado y atención que oriente al paciente hacia un inicio de cambio, una nueva visión y comprensión de la situación, de la relación con los otros y con uno mismo. Aprender a tolerar la frustración invita a vivir experiencias enriquecedoras y creativas, a experimentar sensaciones positivas y negativas, pero con la finalidad de ayudar a elaborar, pensar, reflexionar e integrar en la medida de sus capacidades emocionales e intelectuales. Este aprendizaje ayuda a desarrollar la autoconciencia de estos chicos/as y, en consecuencia, la autoestima.

Recordando las palabras de Don Bosco (1865): “No basta con querer, debemos sentirnos queridos”, y teniendo en cuenta la última línea de trabajo, hay que potenciar la capacidad de aceptación de uno mismo. No es pretender cambiar el yo de cada uno sino aceptarlo. Aceptar quienes somos, con todas las virtudes y limitaciones, es crecer y ser más tolerantes con lo que vaya sucediendo. La aceptación pasa por el reconocimiento de los propios actos y pensamientos. Apoyar a pensar y reflexionar sobre lo que han hecho, hacen y quieren hacer, les facilita situarse e ir asumiendo que tienen poder de decisión sobre sus vidas. Al mismo tiempo, la falta de tolerancia a la frustración y el no tener en cuenta el entorno al relacionarse provoca sufrimiento y malestar por el rechazo social consecuente.

Uno de los elementos más importantes que tenemos en el hospital de día como herramienta educativa y terapéutica es trabajar las dificultades y problemas de cada chico/a de forma personalizada. Trabajar de forma integradora e interdisciplinaria nos permite tener una visión global y desde diferentes perspectivas de la problemática de cada chico/a. Las supervisiones, reuniones de equipo y el seguimiento diario, nos da información para ofrecer la ayuda necesaria y entender las dificultades y malestares del chico/a. Como educadores, es necesario utilizar y trabajar mucho la empatía, la capacidad de escucha y la contención. De esta forma podemos acercarnos al chico/a para que se sienta comprendido, valorado y contenido.

Para integrar y gestionar las frustraciones que surgen en las relaciones con el entorno, deberán contener su parte más disruptiva. Por desgracia no han aprendido a hacerlo por sí solos; “necesitan un yo auxiliar que les ayude a pararse, a no *arrasar* cuando la frustración y el malestar se apodera de ellos” (Larrauri, 2000, p. 10). Este vacío en el aprendizaje se ve reflejado en la falta de límites a la hora de relacionarse con los iguales y con el adulto. Límites que se deben orientar más hacia el comportamiento del paciente y no tanto a la expresión de los sentimientos. Desde el hospital de día, el límite se entiende desde la no-rigidez de los actos y de las consecuencias. Poder marcar un límite en el que existe flexibilidad da el encuadre educativo-terapéutico para que el chico/a viva la experiencia como una ayuda en sus dificultades. El límite es necesario. Las relaciones tienen límites; la vida por sí misma tiene un límite, pero deben transmitirse desde la reflexión, evitando la imposición. Como educadores debemos saber gestionar las “intolerancias”, los límites que muchos chicos/as tienen. Debemos ayudarles a conocer los suyos propios y los que la sociedad y la vida tienen.

Si son capaces de auto-contenerse o como mínimo de reconocer que necesitan ayuda, estarán desarrollando un aspecto resiliente y de tolerancia a la frustración. Pensando en la rabia o la tristeza de sentirse frustrados por algún acontecimiento vivido, también serán conscientes de lo que está pasando a la vez que inician un proceso reparador y de cambio. La huella del aprendizaje

queda de una forma u otra y con una intensidad u otra. Esto es lo más importante. Que el chico/a haya vivido, haya sentido que las situaciones no son siempre iguales ni inamovibles en su realidad diaria y de proyecto de vida.

Humor

Numerosas investigaciones relacionan los típicos cambios de humor que sufren los adolescentes, de forma desesperada, con la combinación del estrés hormonal propio de la pubertad y el hecho de tener un cerebro que aún no está formado del todo. Desde el hospital de día, con frecuencia las familias nos transmiten ansiedades que tienen mucho que ver con el humor y sus cambios en la relación: “con lo cariñoso que era...”. Realmente la ambivalencia está presente en las vidas de nuestros pacientes, convirtiéndose en un aspecto muy difícil tanto el argumentar desde el punto de vista del otro, como el de predecir las consecuencias de sus acciones. Y, evidentemente, la mezcla de todos estos elementos, inherentes a esta etapa vital, acaba aumentando la dificultad en la relación.

A pesar de esta inestabilidad, los adolescentes no presentan carencias en absoluto de sentido del humor. De hecho podemos afirmar, a partir de nuestra experiencia, que el humor ha estado siempre presente, en mayor o menor grado, en todas y cada una de nuestras intervenciones educativas, y de alguna forma también hemos encontrado humor en los pacientes. Por lo tanto, podríamos admitir que el humor es un indicador de resiliencia.

A partir de las III Jornadas de Educadores Sociales de Hospitales de Día Infanto-Juveniles de Cataluña¹, en las que la resiliencia fue el tema a abordar, se reflexionó y se analizó el papel del humor como herramienta fundamental en nuestra tarea diaria. Precisamente, se señaló cómo es utilizado por gran parte de los profesionales, no atentando su uso contra la credibilidad ni el estatus del profesional, pudiendo ser enormemente efectivo.

Parece que la sonrisa ha sido incompatible a lo largo de la historia, tanto en el ámbito terapéutico como en el educativo. Este cambio de actitud a favor del humor pretende transmitir una forma diferente en el trato. Suárez Ojeda (2001) destaca esta nueva mirada como una estrategia de ajuste que facilita una cierta distancia ante el problema, favoreciendo la toma de decisiones para resolverlo.

En el hospital de día, a menudo observamos los cambios que provoca la influencia del humor en las conductas de los adolescentes. Se ha demostrado que reír favorece la producción de endorfinas, las cuales favorecen una recuperación más rápida de las enfermedades por el hecho de estar estrechamente relacionadas con el sistema inmune; estos péptidos tienen también un efecto antidepresivo y, además, ayudan a mantener la salud. Del mismo modo, reír tiene la particularidad, aunque sea por unos instantes, de suspender el

pensamiento, favoreciendo la capacidad de pensar con más flexibilidad y amplitud, fomenta los vínculos en las relaciones interpersonales, el funcionamiento psicosocial, la resolución de problemas y las habilidades sociales.

Sin embargo, no pretendemos apostar únicamente por la singularidad de evocar la carcajada, sino más bien hablamos de un tipo de trato que pretende ahuyentar el temor, creando la distancia justa entre el problema y la persona, relativizando el conflicto.

A la intensa relación grupal y entre iguales que se genera en el hospital de día, también se puede dar un mal uso del humor. La burla, el menosprecio y la humillación, muchas veces para integrarse al grupo por pura supervivencia, identificándose con elementos negativos, perdiendo la dignidad y dando más relevancia a ser aceptado bajo cualquier precio. O, por el contrario, desde una postura involuntaria, hay chicos/as que sufren el mal uso del humor desde lo que podríamos denominar acoso. En cualquier caso, no hablaríamos de humor: ambas situaciones suelen acabar con conflictos escalados en violencia.

Puntualizamos nuestra visión del humor como una actitud, un recurso interno, una capacidad que para muchas personas ha supuesto el camino hacia un proceso resiliente. Un trampolín para la vida. Sin duda, un indicador de resiliencia: “El humor es el vehículo conductor con el que me muevo en la vida. Busco al humor igual que el humor me busca a mí, y me encuentra, vaya si me encuentra! Me ha hecho olvidar momentos no muy gratos o minimizar situaciones de bajón o de tristeza. El humor me hace construir, recrear y pasar un buen rato a mí y a los que están a mi alrededor” (Montilla J. M. *El Langui*, 2011, p. 135, 140).

Cuando se educa desde el humor se huye del miedo al fracaso, evitando así la amenaza de la frustración. Es decir, es un mecanismo que fomenta la tolerancia a la frustración, el vínculo, y además contribuye al acercamiento del individuo a la red social.

Tejido social

En términos de resiliencia, consideramos el tejido social, la red de sostenimiento que da apoyo al desarrollo de las personas. La familia, la escuela, los amigos, los vecinos, las actividades de tiempo libre... a lo largo de la vida nos ayudan a construir esta red donde depositaremos los sentimientos y admiraciones adquiridos, reforzándonos emocionalmente para lograr una constante maduración personal que nos aporte la seguridad necesaria para encarar adversidades con cierta esperanza.

En el hospital de día, debemos tener en cuenta los posibles daños sufridos en

Reír tiene la particularidad, aunque sea por unos instantes, de suspender el pensamiento, favoreciendo la capacidad de pensar con más flexibilidad y amplitud

las redes sociales de los pacientes. Debido al entorno, bastante inestable, y a la patología existente en cada uno de ellos/as, a menudo observamos su cara más frágil y disruptiva a la hora de relacionarse con la sociedad. Es normal, pues, que tengamos contacto con chicos/as en situación de crisis acompañada de actuaciones que comportan problemas en su propio desarrollo. La respuesta innata que tienen ante este tipo de vacío relacional acostumbra a ser de dos formas distintas:

- La primera es la regresión en la maduración personal. Suelen ser chicos/as cerrados en sí mismos con muchos miedos a la hora de relacionarse con sus iguales y con el adulto. Inevitablemente este miedo va acompañado de deterioro de dicho tejido social, llegando a perder vínculos relacionales en su entorno familiar.
- En el caso opuesto, la otra respuesta es la búsqueda de un nuevo entorno de referencia, estructurado en forma de compañeros, tanto en la educación formal como en la no formal. El problema se da en el momento de adquirir límites emocionales que puedan contener el malestar generado al sentirse solos en una etapa de cambio madurativo. Suelen tener muchos problemas de control y de conducta en las relaciones sociales.

Relacionado con estas conductas que los pacientes manifiestan, se nos hace interesante recordar a Feduchi (1977), que nos muestra la necesidad de los adolescentes de seguir con el legado de las generaciones antecesoras para dar sentido al camino que deben recorrer. Desde la motivación, los pacientes pueden mover inquietudes que les hacen dar pasos hacia delante. Como profesionales debemos intentar hacerles ver su entorno, que es lo que les motiva, con la finalidad de observar esta intención referencial a la hora de construir un futuro imaginario, y la necesidad de apoyo en esta construcción.

La intervención irá enfocada a favorecer la construcción de un futuro favorable con su entorno, garantizando y supervisando esta red de sostenimiento

Desgraciadamente, sus referentes no han podido dar la respuesta adecuada, dado que ellos/as también suelen presentar dificultades educativas. La atención a las necesidades detectadas a partir de la intervención de los profesionales irá enfocada a favorecer la construcción de un futuro favorable con su entorno, garantizando y supervisando esta red de sostenimiento.

Por eso, a parte de nuestra tarea psico-educativa con los chicos/as, es de gran relevancia el trabajo con sus referentes familiares, así como la propuesta y acompañamiento en actividades de carácter socio-educativo en horario extraescolar. Damos apoyo para que familiares y pacientes puedan conocer alternativas que proporcionan seguridad al proceso de maduración del chico/a. Hay que hacer un trabajo en red entre todos los participantes activos en la educación. Remando en una misma dirección instituto-familias, familias-chico/a, familias-amigos, chicos/as-actividades de tiempo libre. Tienen que potenciar las capacidades de los pacientes y acompañarles en los momentos difíciles para fortalecer personalidades dañadas en la etapa infantil. Hay que tener en cuenta que su estancia en el hospital de día es temporal y que des-

pués deben ser ellos mismos los que encuentren la forma de cuidar y hacer crecer este tejido social. Por eso, nuestra función es colaborar en la recuperación y adquisición de las capacidades personales.

“A menudo los jóvenes presentan un índice de miedo friccionado sobre la imagen de inferioridad hacia la sociedad y se muestran como una sección de población dominada, constituyendo así una subjetividad de resistencia que señala el heroísmo, y el acceso al liderazgo y a la autoridad” (Ferrándiz, F.; Feixa, C., 2005, p. 56). La construcción de la identidad se realiza a partir de “la mirada” del otro. Desde el hospital de día, debemos mostrar una mirada apreciativa hacia las posibilidades de los pacientes y de sus familias. Hasta ahora no han sido capaces de salir de esta situación de crisis y necesitamos imaginar que la situación mejorará. De lo contrario, estaríamos contribuyendo a la construcción de un muro ante sus expectativas. Este muro simbólico es la mirada deficitaria que les impide confiar en sus capacidades y en el potencial innato que todos ellos/as tienen. Sin dicho apoyo se sentirían “perdidos” y la respuesta habitual ante esta fragilidad y poca contención es la defensa regresiva o actuadora por parte del chico/a, y de rechazo o exceso de control por parte de la familia. A menudo son defensas que esconden una existente inseguridad para salir adelante.

Para poder entender esta incertidumbre e inseguridad, nos puede ayudar cómo Piaget (1964) sitúa la adolescencia en una etapa de desarrollo neurológico, que va estrechamente asociada al de las capacidades cognitivas y de las emociones. No es hasta esta etapa cuando se hace posible un auténtico pensamiento hipotético-deductivo. Esta nueva capacidad conduce al adolescente hacia una transición ante la obediencia infantil. Así, con la misma emoción de los niños cuando han aprendido a caminar, se aventuran a través de complejas decisiones. Todavía es muy sensible a la injusticia, el abuso de poder o el paternalismo, a la vez que receptivo ante las actitudes que cree justas. Para adquirir la toma de decisiones con cierta garantía, los adolescentes necesitan un “disciplina social” que garantice su incorporación a la sociedad en un proceso armónico de coexistencia.

Tabla 1: Ventana de disciplina social

VENTANA DE DISCIPLINA SOCIAL: MCCOLD Y WACHTEL		
Límites	CONTRA Autoritario Sancionador	CON Restaurativo Autoridad
	NO Negligente Irresponsable	PARA Permisivo Paternalista
Apoyo (animar, nutrir)		

El estudio realizado por Mccold y Wachtel (2000) sobre la disciplina social nos refleja las posibles actitudes sociales y familiares ante las relaciones con los adolescentes. Son actitudes que buscan el equilibrio entre el apoyo y la adquisición de límites. Límites que se deben transmitir desde la familia y las instituciones, sin autoritarismo pero con la autoridad suficiente para ayudar a contener el malestar generado por los conflictos inter e intrapersonales. Esta autoridad siempre debe ir acompañada de reflexión y protección, de lo contrario fácilmente se convertirá en dominio e intento de sumisión.

El entorno debe apoyar esta construcción personal sin caer en el paternalismo permisivo, si no corre el peligro de tiranizar su relación hacia la sociedad y la familia. En definitiva, para transmitir apoyo y límites, el adolescente debe percibir que el entorno y la familia están con él y no contra ni para él.

Caso clínico

Emilio es un chico de 13 años del CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) de Santa Coloma de Gramenet. Presenta grandes dificultades físicas (hipotonía muscular y laxitud). Es bastante inmaduro y presenta un contacto extraño, el habla y la mirada fija y desconectada. Empieza el tratamiento por la aparición de problemas emocionales. En la escuela, se inician los problemas relacionales con los iguales, ya que según él los compañeros se burlan de su discapacidad somática y le pegan. Para él esta experiencia resulta muy persecutoria. Tiene grandes dificultades para defenderse y recurre a la agresividad, generando de forma poco intencionada situaciones de conflicto y siendo poco consciente de su contribución a las dificultades con los otros.

La situación en casa caótica, no colabora en tareas domésticas, no muestra autonomía para la auto higiene (no se lava los dientes, no se viste solo), es muy lento a la hora de realizar cualquier tarea, se muestra apático y excesivamente sensible. Se inquieta ante las demandas de los demás y lo vive como un ataque del exterior. En ocasiones hay presencia de alucinaciones auditivas (verbaliza escuchar ruidos muy concretos y particulares). Aparecen ansiedades de tipo psicótico. Ha habido retraso en la adquisición de hábitos y en algunas cosas parece haber perdido capacidades (autonomía, orientación tempo-espacial); otras capacidades están preservadas (pensamiento abstracto y reflexiones).

El tratamiento a seguir que se le asigna desde el hospital de día (núcleos de intervención) es el siguiente:

- Observar qué consecuencias tiene para la formación de la personalidad el problema físico (hipotonía muscular y laxitud).
- Observar la aparición de sentimientos de carácter depresivo y la identificación con aspectos enfermos. Valorar tomar medicación antidepresiva.

- Orientar hacia algún recurso escolar que trate mejor sus dificultades.
- Orientarle hacia algún recurso deportivo para la estimulación física (fisioterapia, natación).

Intervención educativa-terapéutica

Intervención 1

Como profesionales de enfermería nos resulta fácil y relativamente rápido el proceso de creación del vínculo. Probablemente tienen mucho que ver las anteriores experiencias vinculares a lo largo de su vida. No debemos olvidar que en etapas previas Emilio había sido tratado y estimulado por diferentes profesionales de la salud. Pero en lo que concierne a nuestro caso, consideramos un aspecto fundamental y que determinó la necesidad del vínculo desde el cuidado su fuerte identificación como chico enfermo y muy incapaz. Centramos el trabajo, precisamente, en transformar esta vivencia negativa, fortaleciendo su autoestima mediante mensajes de esperanza.

Emilio, como todo adolescentes, es muy sensible y especialmente vulnerable ante la presión del grupo de iguales dentro del hospital de día. Necesita sentirse participe de él, compartiendo los rasgos que le definen, para tener un papel a ejercer, sintiéndose valorado y aceptado por sus integrantes. En muchas ocasiones esta presión le conduce a hacer cosas perjudiciales o poco inteligentes, como beber alcohol, fumar, transgredir límites y normas, cuestionando al adulto. Todas estas actuaciones, evidentemente, están siendo trabajadas conjuntamente por su educador referente, en la cotidianidad del día a día en nuestro centro, y por su psicólogo en la terapia individual. La presión ejercida por el grupo y la intensidad con la que es vivida por Emilio le conduce a sentir una gran necesidad de agradar a los demás, de socializarse y hacer todo lo que hacen los demás. Pero, en cualquier caso, y puntualizando, se podría decir que esta presión no es del todo negativa. Orientamos nuestra estrategia en fomentar el auto-cuidado como herramienta puente para introducirse en el terreno de la adolescencia, dejando ya de ser un niño, empezando a madurar, adquiriendo las responsabilidades que comporta. Este argumento le atrae mucho y así empieza a generar esfuerzos en positivo que le conducen, sin duda, a sentirse como uno más de sus iguales.

La semana posterior a su ingreso hicimos una valoración desde enfermería. Relatamos detalles de esta entrevista para la relevancia que creemos que tienen. El chico desde un primer momento está interesado –“quiero perder peso”, comenta. A continuación, se saca la chaqueta, tirándola al suelo, y bruscamente sube a la báscula. Le señalamos que, en primer lugar, realizaremos la entrevista para conocer cuáles son sus hábitos de salud. No se opone

y se sienta, dejando la chaqueta en el suelo, mientras habla de la dieta que ha hecho un conocido para estar “cachas”. Le pedimos que, por favor, recoja la chaqueta y la cuelgue en la silla. En la entrevista aparecen diferentes aspectos a trabajar, pero, fundamentalmente percibimos que al sentirse escuchado y tenido en cuenta durante todo el transcurso puede adoptar un papel más adulto, dejando a un lado la actitud infantil y caprichosa inicial. Una vez finalizada, nos disponemos a pesarle, obteniendo como resultado un ligero sobrepeso. Es curioso que Emilio no se quiere sacar los zapatos para subir a la báscula, “después no me sabré atar los cordones”. Al preguntarle cómo se lo monta cada día, se excusa diciendo que su madre se los ata. Esto nos revela que, además de la alimentación, también deberemos trabajar la autonomía y así se lo hacemos saber. Aún así, Emilio quiere esquivar la situación, depositando en los demás la responsabilidad de sus actuaciones. Realmente, otra vez, se ha posicionado en la dinámica infantil del beneficio secundario y la utiliza para evitar hacer esfuerzos.

Durante toda su estancia en el hospital de día intervenimos, mostrándole, desde la cotidianidad, cómo hacerse cargo de su autocuidado, ya que de esta forma eliminará las barreras que le impiden crecer en positivo, apostando por él mismo como el mayor responsable de su salud, desde un prisma realista y normalizador. Concretamente, hemos trabajado con Emilio los siguientes temas: alimentación equilibrada, higiene personal, consumo de tóxicos (alcohol y tabaco) y la importancia del ejercicio físico. Cabe destacar el esfuerzo que debe sostener para mantener el equilibrio de todos estos ingredientes, con la finalidad de conseguir, metafóricamente hablando, hacer de su persona un plato exquisito, sin obsesionarse con ello. Estos elementos también se han trabajado de forma grupal en el taller de salud, en el que, por supuesto, hemos creído conveniente incluir a Emilio dadas sus necesidades. Paralelamente, mis intervenciones son reforzadas por el resto de compañeros del equipo desde sus competencias profesionales.

Tanto la familia, pilar esencial en el tratamiento, como el propio chico, lo aceptan sin mostrar ningún inconveniente al respecto. Por otro lado, y en lo que concierne al papel de las familias, es preciso señalar la importancia de optimizar la comunicación, orientando para caminar en la misma dirección, para que proporcionen la supervisión que necesitan los menores, favoreciendo, a la vez, la máxima autonomía, adquiriendo la conciencia necesaria para que haya una buena adhesión al tratamiento.

Para finalizar, destacar el mensaje consciente y esperanzador que hemos transmitido a Emilio los diferentes profesionales sobre la importancia de estar involucrado en su autocuidado, reconociendo los éxitos logrados: la resiliencia.

Intervención 2

Es la hora del patio, en la que pueden desayunar y jugar en el patio o en la sala de juegos. Emilio, como en otras ocasiones, está jugando a simular que lucha como los personajes de un espectáculo televisivo. Les advertimos que estos juegos suelen acabar mal. Parece que no escuchan y siguen jugando a simular luchas. Emilio se lo va tomando cada vez más en serio. Al final intervenimos separándoles y advirtiéndoles que se ha terminado y que no pueden volver a jugar a este tipo de juegos, de lo contrario tendremos que hablar seriamente sobre el tema. Emilio se enfada y replica de mala manera: “Estamos jugando, no hacemos nada. No os enteráis de nada”. No es la primera vez que esto sucede y le recordamos que otras veces él se ha sentido finalmente agredido por el otro compañero y se lo ha tomado muy mal. Parece que la cosa ha parado pero poco antes que acabe el patio volvemos a ver que está jugando a lucha y que de golpe Emilio reacciona mal e insulta al compañero. Éste le contesta y tenemos que intervenir parando el juego y separándoles. Siguen con la idea de que tan solo están jugando sin poder pensar en las consecuencias que tendrá el juego.

Nos dirigimos a Emilio y nos mostramos firmes y serios, diciéndoles que este tipo de juegos en lugar de crear buen clima y hacer amigos acaban con todo lo contrario. Le recordamos que si esta dinámica se vuelve a repetir deberá revisar con su educador y el psicólogo referente la dificultad que pueda haber ante todo esto. Se enfada y se defiende, expresando que ha empezado el otro. Le hacemos la observación de que ha sido culpa de ambos y que él es parte responsable de lo que acaba de suceder, tanto como su compañero. Contesta mal, diciendo que la culpa de todo es del otro, que él tan solo estaba jugando. Emilio se pone constantemente a prueba para demostrar y demostrarse a sí mismo que está a la altura de sus compañeros, debido a sus limitaciones físicas. Cuando se siente atacado se identifica con el rol de víctima y de injusticia que se está haciendo contra él. En estos momentos es complicado que pueda y quiera escuchar. Lo vive todo de forma muy persecutoria y paranoide. Contacta con su dificultad de afrontar la situación y aparece la parte regresiva e infantil para no sentirse juzgado ni recriminado. Busca la complicidad e intenta movilizar aspectos de ternura en el adulto. Pero en estas situaciones le hacemos ver que no son formas de actuar, que existen unos límites y normas que son iguales para todo el mundo. Se enrabia mucho, insulta y a veces se pone a llorar de rabia y frustración. En algún momento se ha llegado a agitar de desesperación.

Entre todos los profesionales del equipo debemos sostener y contener estos momentos de desesperación pero, al mismo tiempo, debemos ser firmes y transmitirle que estas reacciones no son beneficiosas para él y que todo esto no le ayudará a crecer y a salir adelante. En definitiva, le transmitimos que él es responsable de sus actos. Debemos potenciar su parte más sana, la de ser más autónomo, la que puede salir adelante y no la más regresiva, que es con la que él se identifica cuando ve que no puede.

Emilio necesita entender que los límites son para todos y que él, por ser más frágil físicamente o tener dificultades en algún área, no será tratado de forma especial como hasta ahora, sobre todo por parte de sus progenitores.

Intervención 3

Emilio utilizó su imaginación creativa fuera de los talleres organizados, y con otra chica, Carmen, empieza a organizar una obra de teatro. Han empezado a escribir un guión y a distribuir los personajes entre el resto de pacientes del hospital de día. Es curioso el rol que quieren ocupar y los personajes escogidos. Él es un personaje protagonista, seductor y simpático, que resuelve todo el misterio de la trama, el “cubanito”. La otra chica también es una super mujer, la “enrollá”, guapa y fantástica. Precisamente, en la realidad, representan dentro del grupo de chicos del hospital de día papeles antagónicos a los de la obra. En cambio, otorgan papeles como el del tonto, y otras características peyorativas, a chicos/as líderes del grupo y con un rol importante y con éxito.

Los educadores/as, al ver que se están organizando espontáneamente en espacios no estructurados, como en las horas de patio, queriendo dar un espacio estructurado decidimos crear el taller teatro, conducido concretamente por dos educadoras. La idea es preparar esta obra de teatro inicial y representarla para Sant Jordi en la Jornada de Puertas Abiertas a los padres. El caso es que tanto Emilio como Carmen han adoptado un papel directivo donde sus personajes son los que tienen el mejor papel, los anfitriones, y sus diálogos son casi monólogos donde menosprecian a los demás personajes, con diálogos como “ya llegó el tonto...” o con elogios constantes por parte del narrador a los personajes.

Nuestra intervención consiste en dar participación al resto de componentes. Primero hacemos un repaso del repartimiento de personajes y comprobamos que todo el mundo está de acuerdo con el papel otorgado. Por otro lado, Emilio quiere hacer partícipes a chicos/as que no están en este espacio y quiere forzar su contribución. Intervenimos para evitar que estos chicos/as se vean presionados a participar de forma activa en la interpretación, y proponemos, como alternativa, que puedan colaborar ocupándose del escenario y de las luces. Además, hacemos un repaso del guión, junto con cada personaje, volviendo a rehacerlo prácticamente. Pero el resultado no es el esperado. Carmen muestra una actitud muy paranoide y quiere llevarlo ella todo sola, incluso se lleva el guión a casa y sigue creando, no haciendo caso de la consigna dada de trabajarlo únicamente en el taller de teatro del hospital de día. Al día siguiente lo trae impreso y da copias a sus compañeros. Esto irrita al resto, provoca enfrentamientos y en consecuencia el grupo empieza a mostrarse poco motivado. Por lo tanto, paramos el proyecto de la obra de teatro.

Observamos que la imaginación que desborda a Emilio se puede aprovechar en otras formas de expresión a través del humor. Utilizar el humor como reductor de tensiones que permiten la relajación, ayudando con la actividad a poder experimentar sensaciones de bienestar. Entonces hacemos la propuesta de organizar una actividad en forma de función con monólogos, chistes o anécdotas divertidas. Lo pueden hacer de forma individual o en grupo. Aprovechan el taller de Aula Escola² para preparar y escribir una actuación para el día de Carnaval. El resultado tiene mucho éxito. Emilio se disfraza, se transforma y nos muestra sus dotes interpretativos a través de un monólogo. Se le ve disfrutar del ambiente, riendo sin parar de él mismo. Esta situación provoca sentimientos de control sobre los hechos y nos permite trabajar cognitivamente. Emilio ve cambiar su rol ante el grupo, cambia su situación al respecto. Se convierte en el “Langui” del hospital y empieza un proceso de creación literaria. Le animamos incluso a participar en un concurso literario de Sant Jordi organizado por la red de salud mental. Obtiene el tercer premio de poesía.

Ejemplo de ilustración literaria que expresan los sentimientos del chico del caso.

Sentimientos

Hola hoy me he acercado a mi nueva escuela
 Esta es en mi vida una escuela
 Me tienen ya hartos los que van de vacilón
 Porque luego son unos cobardes sin perdón
 El que vacila el que humilla
 Al menos lo diga todo a la cara
 No cuando le venga en gana
 Esa gente que no tiene fuerza
 Pero sus palabras son como una defensa
 Quiero pegar sin remordimientos
 Que no me pongan en juego mis sentimientos
 Quisiera poder pegar a todo el mundo que me humille
 Pero no lo haré
 Primero improvisaré
 Tengo más clase que tos ellos juntos
 Los que vacilen
 Que lo reconozcan
 No tienen futuro si siguen haciéndose el chulo
 Porque por la calle le patearan el culo!!!!

Intervención 4

Al finalizar la actividad de piscina³, felicitamos a Emilio por el esfuerzo que ha hecho y le agradecemos la participación en las actividades propuestas. Nos responde encogiendo los hombros y diciendo que no cree que haya es-

tado a la altura de las expectativas de sus compañeros y que en realidad se podría haber esforzado más. A pesar de la actitud pesimista, observamos que se siente reconocido con la felicitación. En el camino de vuelta al hospital de día, tenemos una conversación sobre su tiempo libre. Quiere explicar algo pero para el paso para evitar que sus compañeros le escuchen. Nos comenta que no hace nada por las tardes porque llega muy cansado y normalmente se estira en el sofá. Le preguntamos el tiempo que lleva en esta situación y responde que un par de años. Con cara afligida nos dice que antes hacía baloncesto pero lo dejó porque el entrenador no le caía bien, parece que en los partidos le dejaba en el banquillo sin jugar.

Al llegar al centro, contrastamos la información con su psicólogo y nos confirma la vivencia que tiene del equipo de baloncesto. Por otro lado, nos explica que los padres se habían retirado en el seguimiento y supervisión de la educación formal y no formal de Emilio y que de algún modo habían “tirado la toalla”. De hecho, antes del baloncesto el chico seguía un tratamiento de estimulación psicomotriz en la Fundación Aspanide (Santa Coloma de Gramenet) que también abandonó. Debido a las expectativas demasiado elevadas de los padres respecto a la recuperación física del chico en las diferentes actividades que realizaba, se sintieron muy frustrados.

Desde el equipo marcamos como objetivo prioritario del PTI⁴ la incorporación de los padres en la potenciación de las capacidades del chico, dado que necesita apoyo externo para cambiar de perspectiva hacia su auto imagen. Explicamos a los padres la importancia que tiene para Emilio la mejora física para ayudarlo a crecer mentalmente, mejorar su auto imagen y rehacer el tejido social que había ido perdiendo. Les proponemos que busquen, junto con el chico, alguna actividad extraescolar adecuada a su demanda y capacidades.

Al cabo de un par de semanas han encontrado una plaza en un curso de natación terapéutica que parece ser que se adapta a las características de Emilio. En una sesión de terapia el chico expresa: “Tengo muchas ganas de empezar y de conocer nuevos amigos”.

Pasan un par de meses y Emilio sigue asistiendo al curso. Desde la motivación que obtiene observando su mejora física, está recuperando la confianza en sí mismo, que le faltaba cuando llegó al hospital. Gracias a las nuevas relaciones sociales que está haciendo y a la presencia activa de los padres, percibe que no está solo. Es capaz de hablar de objetivos de futuro y se muestra orgulloso del esfuerzo realizado.

Para acabar

La coyuntura social, económica y política, donde el caos, la crisis y la poca esperanza en el futuro parecen haberse establecido de una forma permanen-

te, requiere más que nunca resiliencia para poder caminar hacia delante con la mejor de las caras. Todas las tensiones del mundo externo y de la realidad más cercana van formando parte de la vivencia y visión de los niños/as y adolescentes. Los cambios cada vez más rápidos, imprevisibles, efímeros y muchas veces insubstanciales y vacíos de contenido y profundidad, nos llevan a reflexionar y pensar que el factor es vital para gozar de una buena salud psíquica.

Tolerar el temor al futuro sin referentes claros y sólidos nos lleva a fortalecer y seguir apostando por el trabajo desde la visión resiliente y la transmisión de esta a todos los pacientes. Ayudar, guiar y acompañarles en el proceso de maduración y crecimiento es esencial para que dispongan de un marco de referencia con el que sostener, generar y construir pensamiento propio.

La adolescencia vulnerada y desprotegida transmite un profundo desconcierto y desconexión con la realidad externa. Esta realidad dificulta gozar en igualdad de condiciones y oportunidades, en un mundo en el que la competitividad domina ante la cooperación y la solidaridad, elementos más valorados y necesarios en la construcción de una sociedad más justa y sana.

En el hospital de día ofrecemos un trato y una experiencia singular, orientando y acompañando hacia futuros más esperanzadores. Apostamos por la resiliencia como herramienta para construir un camino alternativo en los proyectos de vida de los chicos/as. Desde esta perspectiva estructuramos una tarea educativa-terapéutica con la intención de promover el desarrollo personal. Como expresa de forma excelsa José Antonio Marina, el mundo resulta mucho más interesante cuando vamos hacia él armados de proyectos.

Tolerar el temor al futuro sin referentes claros y sólidos nos lleva a fortalecer y seguir apostando por el trabajo desde la visión resiliente

Francesc Bosch Gras
francescbosch@copc.cat

Emili Martín Huerta
emartinbm@gmail.com

Isabel Montiel Dacosta
ismonda@hotmail.com

Liria Román López
liria.roman@gmail.com

Educadores/as sociales del Hospital de Día de Adolescentes
Santa Coloma de Gramenet

Bibliografía

- Álvarez, A.** (2010). “Justicia para crecer”, I Congreso Mundial de Justicia Juvenil Restaurativa, Lima. Terres des Hommes.
- Bowlby, J.** (1958). “Artículo: The Nature of the Child’s Tie to his Mother”. [Acceso: 5.2.2011]
- Cyrułnik, B.** (2001) *Los Patitos feos. La resiliencia, una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, Gedisa editorial.
- Conangla, M.; Soler, J.** “Artículo Núm. 11: El miedo a los hijos, el miedo de los hijos”. *Artículos relacionados*, p. 8-9. Disponible en: servidor1.lasalle.es/.../La_Frustración_ [Acceso: 3.2.2011].
- Chazenbalk, L.** *El valor del humor en el proceso psicoterapéutico*. Disponible en: www.palermo.edu/cienciassociales/.../pdf/.../6Psico%2006.pdf [Acceso: 3.1.2012].
- Cuadra Pérez, J.** (2004) “Artículo Núm. 3: Poner límites ayuda a los niños a aprender a tolerar la frustración y a autorregularse”, *Artículos relacionados*, p. 2. Disponible en: servidor1.lasalle.es/.../La_frustración_ [Acceso: 13.2.2011].
- Feduchi, L. M.** (1977) *Qué es la adolescencia*. La Gaya Ciencia. Disponible en: http://www.iirp.edu/library/paradigm_span.html [Acceso: 3.2.2012].
- Ferrándiz, F.; Feixa, C.** (2005) *Jóvenes sin tregua: Culturas y políticas de la violencia*. Barcelona, Anthopodos.
- Forés, A.; Graner, J.** (2008) *La resiliencia crecer desde la adversidad*. Barcelona, Plataforma editorial.
- Freud, S.** (2000) *El chiste y su relación con el inconsciente*. Madrid, Alianza editorial.
- Instituto Superior de Formación y Recursos en Red para el Profesorado.** (2005) “Artículo Núm. 6: Los niños que se sienten seguros se arriesgan i aprenden”, *Artículos relacionados*, p. 4. Disponible a: servidor1.lasalle.es/.../La_frustración_ [Acceso: 15.2.2011].
- Leal, J.** (mayo 2011) “Supervisió d’equip de l’hospital de dia d’adolescents de Santa Coloma de Gramenet, Barcelona”.
- López Jiménez, P.** (junio 2008) “Construir la resiliencia en la práctica educativa. Estrategias y actuaciones para educadores”, *Revista Misión Joven*, 377, p. 5. Disponible en: http://www.educadormarista.com/articulos/Construir_la_resiliencia_en_la_practica_educativa.htm [Acceso: 1.3.2011].
- Larrauri, M. J.** (2010) “Aportaciones del psicoanálisis a la humanización del la asistencia en el hospital de día: del síntoma al vínculo”. Ponencia presentada en la Primera Jornada sobre “Psicoanálisis y red pública de salud mental: un diálogo”. Barcelona, SEYPNA.
- Larrauri, M. J.** (2003) “De las normas a la contención: la asistencia a adolescentes en régimen de hospitalización parcial”, XVIII Jornadas de la Revista Catalana de Psicoanàlisi. Barcelona. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*.
- Marechal, L.** (1952) *La Resiliencia, técnicas para superar una debilidad emocional*. Disponible en: <http://www.portalplanetasedna.com.ar/resiliencia.htm> [Acceso: 12.2.2012].

- Marina, J. A.** (2008) Disponible en: La Frase de El Mundo <http://jose-antonio-marina.blogspot.com.es/> [Acceso: 2.6.2012].
- Mccold, P.; Wachtel.** “En busca de un paradigma: una teoría sobre justicia restaurativa”, Ponencia presentada en el XIII Congr s Mundial sobre Criminología, del 10 al 15 de agosto de 2003, en Río de Janeiro.
- Ministeri de Sanitat. *Política Social e Igualdad.*** (2011) <http://www.msps.es/>
- Montilla, J. M.** (2009) *16 escalones antes de irme a la cama.* Madrid, Espasa Calpe.
- Myers, D. G.** (1988) *Psicología.* Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Melillo, A.; Suárez Ojeda, E.** (2006) “El humor como indicador de resiliencia”, a *Revista Iberoamericana de Educación*, 40 (3). Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1466Szarazgat.pdf> [Acceso: 5.1.2012].
- Melillo, A.; Rodríguez, D.** (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas.* Buenos Aires, Paidós.
- Pedreira Massa, J. L.** (2001) “Los hospitales de día en la atención en los trastornos mentales de la adolescencia: orientación”. En: *Psiquiatría. Psicología. Niños Adolescentes*, 2(1), p. 68-92. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/asistencia/hospidia.pdf> [Acceso: 1.2.2012].
- Piaget, J.** (1991) *Seis estudios de psicología.* Barcelona, Labor.
- Urra, J.** (2008) “Artículo Núm. 8: Educando en la tolerancia a la frustración”, *Artículos relacionados*, p. 17. Disponible en servidor1.lasalle.es/.../La_Frustraci n_ [Acceso: 18.2.2011].
- Winnicott Woods, D.** (2008) *Realidad y juego.* Barcelona, Gedisa.

-
- 1 Organizadas en junio de 2011 por el equipo de educadores sociales del Hospital de D a Infanto-Juvenil de Santa Coloma de Gramenet (Fundación Vidal i Barraquer).
 - 2 Nombre que se da al espacio donde se imparten y se trabajan todos los temas escolares de los chicos/as.
 - 3 Actividad incluida en el Taller de Actividades Deportivas que se realiza una vez a la semana en el Polideportivo Municipal de Can Zam (Santa Coloma de Gramenet).
 - 4 Proyecto terap utica individualizado.
-