

# HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL: PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.

## CHILD AND ADOLESCENT DAY HOSPITAL: TREATMENT PROGRAMS.

---

AUTORES:

**Díaz-Sibaja, M.A., Trujillo, A. y Peris-Mencheta, L.**  
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Hospital de Día) de Algeciras.

**Dirección Postal:**

Dr. Miguel Ángel Díaz Sibaja.  
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Hospital de Día) de Algeciras.  
Pso. de la Conferencia s/n  
11207 Algeciras (Cádiz)

**Teléfono: 956-004915**  
**654-170430**

**E-mail: diazsibaja@ono.com**

---

**Resumen**

En este estudio teórico se expone el concepto de hospital de día, también llamado hospitalización parcial, y se hace una breve revisión acerca de su origen, ventajas y eficacia para el tratamiento de los trastornos psicopatológicos graves en la infancia y adolescencia. Existe bastante literatura científica acerca de la eficacia de este tipo de tratamientos, pero muy poca que explique el funcionamiento o la estructura óptima de estos dispositivos. El principal objetivo del presente artículo es el de proporcionar información acerca del hospital de día infanto-juvenil de Algeciras, incidiendo tanto en los aspectos de su funcionamiento interno, como en los programas de intervención que se desarrollan en dicha unidad de salud mental infanto-juvenil. Se analizan, desde un punto de vista teórico y práctico, aspectos relacionados con el personal e infraestructura, derivación, criterios de inclusión-exclusión, grupos de edad, elaboración del programa de tratamiento individualizado, horario de actividades, programas de intervención y los criterios de alta. Asimismo, se concluye el artículo con una serie de consideraciones que pudieran resultar adecuadas con vistas a mejorar la práctica clínica y la realización de futuras investigaciones.

**Palabras Clave:** Hospital de día, tratamiento multicomponente, infancia y adolescencia.

**Abstract**

The day hospital concept, also called partial hospitalisation, is described in this theoretical study where the origin, advantages and effectiveness for the child and adolescent serious psychopathology disorders treatment are reviewed. There is enough scientific literature about the effectiveness of this kind of treatments, but few of them explains the operation or the optimal structure of these work unit. The main target of the present article is to provide information about the child and adolescent day hospital of Algeciras, its internal operation and the treatment programs developed in this child and adolescent mental health work unit. Aspects related to personnel staff and infrastructure, derivation and coordination with other services, inclusion-exclusion criterion, age groups, elaboration of individualized program treatment, schedule of activities, intervention programs and discharging programs are analyzed, from a theoretical and practical point of view. Likewise, this article concludes with a series of considerations that could be appropriate with the aim of improving the clinical practice and the execution of future researches.

**Key Words:** Day hospital, multicomponente treatment, child and adolescent.

## 1. Introducción.

El tratamiento en régimen de “hospital de día” se ha convertido en estos últimos años en una de las principales modalidades de intervención para niños y/o adolescentes con trastornos psicopatológicos graves (Sverd y cols., 2003; Schimmelmann, Schulte-Markwort y Richter, 2001; Briggs, 1997).

En el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2003) se define hospital de día como un *dispositivo asistencial intermedio* que forma parte de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y cuya finalidad es la de proporcionar un tratamiento *intensivo y global* de los trastornos mentales severos que aparecen en la infancia y en la adolescencia.

Los programas de hospital de día resultan más ventajosos que la hospitalización completa por varios motivos: a) la hospitalización parcial permite a los pacientes mantener el contacto con sus familiares y amigos, favoreciendo de este modo la integración o reintegración socio-familiar tras la intervención (Morandé, 2001; Grizenko, 1997; Kutash y Rivera, 1996); b) facilita una mayor implicación de la familia y el colegio en el tratamiento (Díaz-Atienza, 2005; Milin, Coupland, Walker y Fisher-Bloom, 2000); c) la hospitalización parcial reduce considerablemente el coste sanitario, ya que, por un lado, el menor vuelve a casa al finalizar el día (McDermott, McKelvey, Roberts y Davies, 2002; Kiser, Heston, Millsap y Pruitt, 1987), y, además, las intervenciones en régimen de hospital de día resultan eficaces para prevenir ingresos posteriores en otros dispositivos sanitarios o sociales (Kutash y Rivera, 1996).

Numerosas investigaciones han demostrado la eficacia de este tipo de intervenciones en el tratamiento de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes, como, los trastornos de conducta (Webster-Stratton y cols., 2004; Rigon y cols., 2004; Barkley y cols., 2000), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Jiménez, 2003; Weiss, Harris, Catron, y Han, 2003), los trastornos de la conducta alimentaria (Morandé, 2006; Dancyger y cols., 2003), los problemas de alcohol y otras adicciones (Weisner y cols., 2000), cuadros psicopatológicos relacionados con negligencia por parte de los padres (Allin, Wathen, y MacMillan, 2005) y los trastornos generalizados del desarrollo (Romanczyk y Gillis, 2005).

Si bien es cierto que existe un acuerdo generalizado al considerar que los hospitales de día se muestran eficaces para el tratamiento de distintas patologías, existen muy pocas publicaciones que describan la estructura óptima de estos programas (Kotsopoulos y cols., 1996). Por este motivo, el principal objetivo de este artículo es el de describir los programas de tratamiento que se llevan a cabo en esta unidad y los aspectos teóricos que fundamentan dichas propuestas.

## 2. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital de Día (USMIJ-HD) de Algeciras.

En este apartado se describen algunos de los aspectos relacionados con el funcionamiento de la USMIJ-HD de Algeciras, como, por ejemplo, el personal e infraestructura, la derivación desde otros servicios, los criterios de inclusión-exclusión, los grupos de edad con los que se trabaja, los niveles de intervención, los objetivos de tratamiento y los programas de intervención.

### 2.1. Personal, ubicación e infraestructura.

Desde un punto de vista funcional, el equipo de la USMIJ-HD de Algeciras se reparte en dos grupos de trabajo, aunque en realidad es un único dispositivo con 11 profesionales: a) *Grupo de consultas externas*: 2 facultativos (1 médico psiquiatra y 1 especialista en psicología clínica), 1 enfermera y 1 auxiliar; b) *Grupo de hospital de día*: 1 especialista en psicología clínica, 1 enfermera, 1 terapeuta ocupacional, 1 profesora de pedagogía terapéutica y 1 auxiliar de enfermería. Asimismo, el equipo cuenta con 1 trabajadora social y 1 administrativa que reparten sus funciones entre ambos grupos de trabajo.

La USMIJ-HD de Algeciras se encuentra en un edificio externo al Hospital General, que es compartido con otros dispositivos de salud mental. La USMIJ-HD cuenta con 1 sala de espera, 5 despachos, 2 salas de terapia familiar, 1 sala ocupacional, 1 sala de estudio y 1 sala de terapia de grupo. Asimismo, cuenta con 1 pequeña sala de reuniones y con un espacio de administración y archivo de historiales.

## **2.2. Derivación de otros servicios.**

Al ser un dispositivo de tercer nivel, la derivación a nuestro servicio se hace siguiendo el siguiente protocolo de derivación: pediatría ⇒ Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) ⇒ USMIJ-HD. No obstante, al ser un dispositivo que está en coordinación con otros servicios e instituciones, la derivación de los casos pudiera realizarse desde cualquiera de éstos, siempre y cuando existiesen criterios clínicos para ser aceptados.

## **2.3. Funcionamiento interno**

### *2.3.1. Acogida en la USMIJ-HD y derivación a hospital de día.*

Una vez que el menor es derivado a la USMIJ-HD, se realiza una primera entrevista de evaluación por parte de un facultativo, quien, en función de la gravedad y cronicidad del caso, al deterioro que el trastorno produzca en el ambiente familiar y escolar del menor y a la capacidad de contención de la familia y el colegio, valorará entre las distintas opciones de intervención, que son: atención ambulatoria, hospital de día u hospitalización completa.

No obstante, la decisión final de derivación a hospital de día le corresponde al equipo al completo, que, en reunión multidisciplinar, valorará la posibilidad de admitir al paciente en el hospital de día.

### *2.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.*

Existe un consenso generalizado entre los distintos autores a la hora de considerar los criterios diagnósticos de inclusión y exclusión en los hospitales de día (Díaz-Atienza, 2005; Pedreira, 2001; Jiménez, 2001; Grizenko, 1997). En este sentido, los trastornos psicopatológicos que, a priori, se beneficiarían del tratamiento de hospital de día serían: a) los trastornos generalizados del desarrollo; b) trastornos psicóticos que no estén en fase aguda; c) trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; d) trastornos del comportamiento perturbador; y e) trastornos de la conducta alimentaria.

Asimismo, habría que incluir una serie de criterios clínicos y psicosociales que pueden resultar útiles para decidir acerca de la idoneidad de admitir a un paciente en hospital de día. Dentro de estos criterios se incluirían (Díaz-Atienza, 2005; Pedreira, 2001): a) paciente con patología activa, que no responde al tratamiento ambulatorio; b) un mínimo de capacidades cognitivas para poder atender, adaptarse, e incluso colaborar en el proceso terapéutico; c) ausencia de conductas disruptivas graves que pudieran poner en peligro la integridad física del propio paciente o la de sus compañeros; d) ausencia de tentativas de suicidio, o, en el caso de haberlas habido, en este momento no existe riesgo autolítico; e) grave disfunción familiar, que dificulte el cumplimiento de las pautas dadas en régimen ambulatorio; f) marcado deterioro del ambiente social, escolar y familiar del menor; g) pacientes que evolucionan favorablemente en régimen ambulatorio, pero que podrían beneficiarse de un determinado programa de hospital de día; y h) pacientes cuyo diagnóstico diferencial sea complicado, ya que el hospital de día permite realizar una observación clínica más detallada y extendida en el tiempo.

### *2.3.3. Grupos de edad.*

El hospital de día de Algeciras atiende a la población infanto-juvenil del Campo de Gibraltar menor de 18 años (de 0 a 17 años), estableciendo 3 grupos de tratamiento en base a la edad y a la gravedad del caso. De esta forma, los grupos serían: a) menores de 12 años con patología severa y poco grado de autonomía; b) menores de 12 años con un nivel aceptable de autonomía; y c) mayores de 12 años.

### *2.3.4. Niveles de intervención.*

Dentro de cada uno de los grupos de edad a los que hemos hecho referencia anteriormente, se hace una distinción entre tres niveles de intervención. El *Nivel I* de intervención suele estar destinado a aquellos pacientes que tienen poco grado de autonomía y necesitan de un tratamiento intensivo e individualizado, en áreas básicas, como, por ejemplo, lenguaje, control de esfínteres, control de conductas auto-agresivas o auto-estimulativas, habilidades básicas de interacción social, etc. El *Nivel II* de intervención está destinado a aquellos menores que han adquirido un grado de autonomía y de desarrollo evolutivo adecuado, pero que presentan problemas en su interacción con los otros, bien por exceso o bien por defecto. Nos referimos a pacientes con trastornos del comportamiento perturbador,

trastornos del espectro autista con un nivel de funcionamiento aceptable, fobias sociales, etc. El tratamiento en este nivel se hace en pequeños grupos. El *Nivel III* de intervención hace referencia al grupo de pacientes que están evolucionando bien en el nivel II de intervención, por lo que se inicia con ellos la incorporación gradual al aula normalizada.

**2.3.5. Programa de Tratamiento Individual (PTI).**

El Programa de Tratamiento Individual (PTI) se realiza con todos los pacientes, y depende de los resultados obtenidos en el protocolo de evaluación de hospital de día. El PTI se definiría como el conjunto de objetivos terapéuticos cuya consecución permitirían al menor tener un nivel de funcionamiento individual y socio-familiar normalizado.

En términos generales, los objetivos principales que persiguen los Hospitales de Día Infanto-Juveniles de Salud Mental son (Pedreira, 2001; Jiménez, 2001): a) disminución de la sintomatología psiquiátrica; b) dotar a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permita resolver sus problemas actuales y prevenir y/o reducir problemas posteriores; y c) promover un funcionamiento individual, familiar, escolar y social adaptativo.

Para la realización del PTI, la USMIJ-HD de Algeciras ha elaborado una guía (ver Anexo nº 1), basada en el Modelo de Competencias (Albee, 1980), en el que se tienen en cuenta las siguientes áreas de intervención: a) tratamiento individual de los síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales; b) desarrollo de un nivel de autonomía ajustado a la edad cronológica del menor, posibilitando la realización de actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, alimentación, control de esfínteres, etc.) o actividades más complejas (ocio y tiempo libre, desplazamientos, manejo del dinero, limpieza, etc.); c) tratamiento familiar con el fin de establecer una coherencia en las pautas educativas y mejorar las relaciones paterno-filiales; d) desarrollo de las habilidades sociales necesarias para que se establezca una adecuada relación social con los iguales y con el resto de familiares y adultos; e) fomentar una adaptación normalizada a nivel escolar, favoreciendo el desarrollo de un adecuado hábito de estudio y la aceptación de las normas básicas que permita a los menores tener un buen rendimiento académico; f) área social; y g) otras áreas como: medicación, sueño, sexualidad, juego y deporte.

**2.3.6. Horario de actividades.**

Antes de explicar los programas de tratamiento que se desarrollan en nuestra unidad (grupos y talleres), describiremos brevemente, y de forma aproximada, el horario de actividades y el funcionamiento interno de hospital de día. No obstante, en el anexo nº 2 puede apreciarse el horario semanal completo.

El horario de funcionamiento, hora a hora, se distribuye de la siguiente forma:

Hora	Actividad
8,30- 9,00	Reunión de equipo de hospital de día: asignación de los pacientes a las distintas actividades, se comentan los casos más relevantes del día, se revisan los objetivos del PTI y se decide acerca de las estrategias específicas de intervención a seguir con cada uno de ellos en base a los objetivos propuestos.
9,00- 9,30	Desayuno del equipo completo de la USMIJ-HD. El equipo al completo se reúne a desayunar. Aunque este es un momento de distensión, en la mayoría de las ocasiones es donde se decide acerca de la incorporación de un menor a hospital de día.
9,30- 11,00	Programas y talleres del Nivel I de intervención. Como se explicó más arriba, la intervención en este nivel es individualizada. Los pacientes pasan cada media hora, de forma alterna, por cada uno de los 3 talleres que están funcionando al mismo tiempo.
11,00- 11,30	Despedida de los pacientes del Nivel I (explicando a la familia lo que se ha trabajado en cada uno de los talleres) y acogida de los pacientes de Nivel II.
11,30-13,00	Programas y talleres del Nivel II de intervención. La intervención en este nivel es en pequeños grupos. Al igual que en el Nivel I, los pequeños grupos van pasando cada media hora de una actividad a otra de forma alterna.
13,00-13,30	Despedida de los pacientes de Nivel II (explicando a la familia lo que se ha trabajado en cada uno de los talleres) y acogida de los pacientes que acuden al taller de comida (en los casos en los que se precisa, se hace el control de peso y de las constantes).
13,30-15,00	Taller de comida.
15,00-16,00	Comida del personal de hospital de día: sólo el martes, que es el día en el que hay actividades por la tarde.
16,00- 18,00	Taller "Vive el teatro".
17,00- 19,00	Escuela de padres.

En términos generales, los lunes, martes y jueves son los días que acuden los menores de 12 años, y los miércoles y los viernes están destinados a los adolescentes.

## **2.4. Programas de tratamiento: grupos y talleres.**

### **2.4.1. Escuela de padres.**

Teniendo en cuenta la importancia que tienen las pautas de crianza y las características personales de los padres en el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia (Barkley y cols., 1999), resulta lógico pensar que el abordaje terapéutico en muchos de estos casos debiera pivotar alrededor de programas de escuela de padres, los cuales estarían dirigidos a optimizar la actitud educativa de los padres, así como las habilidades comunicativas y el intercambio de afecto paterno-filial (Díaz-García y Díaz-Sibaja, 2005).

El programa de escuela de padres que utilizamos en la USMIJ-HD de Algeciras se basa en el programa protocolizado elaborado por Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García (2005). Este programa fue diseñado para el tratamiento de la desobediencia y de los problemas cotidianos de conducta en niños de 2 a 12 años, aunque, debido a su eficacia y fácil aplicación, en la actualidad también se está utilizando como un componente más de los programas multicomponente de intervención de otros trastornos, como por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del comportamiento perturbador y trastornos generalizados del desarrollo.

La Escuela de Padres es un espacio de información, formación y reflexión, dirigido a padres y madres, sobre aspectos relacionados con la educación de los hijos, en el que se aprenden una serie de estrategias de afrontamiento que permite desarrollar adecuadamente las funciones parentales educativas y socializadoras, sirviendo, de este modo, como prevención primaria y secundaria de alteraciones psicopatológicas en la infancia y adolescencia. Se ha demostrado que la "Educación a Padres" contribuye a la modificación de conductas y a la adquisición de pautas saludables de la dinámica familiar (Herbert, 2002; Fresno-Poza, Fresno-Lobo y Fresno-Poza, 2000).

Los principales objetivos que persigue el programa de escuela de padres desarrollado por nuestra unidad son: a) que los padres asuman que ellos son los principales responsables de la educación de sus hijos y que sólo se puede educar... EDUCANDO; b) que reconozcan que son susceptibles de recibir una formación; c) que conozcan y detecten los problemas de comportamiento más frecuentes en sus hijos; d) prevenir el desarrollo de trastornos de conducta; y e) que aprendan una serie de estrategias que les permita solucionar los problemas presentes o los que puedan surgir en el futuro.

El programa de escuela de padres va destinado a los padres y madres de niños y adolescentes con historia clínica en la USMIJ-HD, siempre y cuando sea recomendado por parte del facultativo de referencia.

En cuanto a la metodología, cabe señalar que no existe ningún criterio de exclusión, aunque resultaría recomendable hacer grupos de no más de 10 parejas, y que sean homogéneos en cuanto al status socioeducativo, con el fin de adaptar las explicaciones al nivel de comprensión de los padres. Es preferible la asistencia de ambos padres, ya que, de este modo, se facilita el compromiso de ambos miembros de la pareja en la educación de sus hijos y resulta más enriquecedor al fomentar el debate, la reflexión y la puesta en común de los distintos puntos de vista que pudieran surgir entre ellos.

El programa consta de 9 sesiones de dos horas de duración y periodicidad semanal, que se agrupan en dos grandes bloques: a) en el primer bloque (las tres primeras sesiones) se tratan algunos aspectos teóricos y metodológicos que persiguen el objetivo de fomentar en los padres un cambio de actitud hacia una perspectiva más positiva y constructiva de la educación; b) en el segundo bloque (las seis siguientes sesiones) se proporciona a los integrantes del grupo el conocimiento de una serie de estrategias, basadas en el modelo de modificación de conducta, que les permitirá: a) enseñar al niño una serie de comportamientos, cuando éste no sepa hacerlos; b) fomentar el buen comportamiento del niño, cuando sabe ponerlo en práctica y lo hace bien; c) eliminar los comportamientos inadecuados; y d) motivar las conductas que sabe hacer pero que aún no hace.

La estructura de cada una de las sesiones comprende los siguientes aspectos: a) revisión de las tareas de la semana; b) descripción de los objetivos de la sesión; c) información



y contenidos teóricos; d) ejercicios prácticos o de reflexión; e) tareas de la semana; y f) lectura del capítulo del manual que se corresponde con la sesión.

Una exposición detallada de la puesta en práctica del programa de escuela de padres puede encontrarse en: Díaz-Sibaja, M.A., Comeche, M.I. y Díaz-García, M.I. (2005). *Problemas cotidianos del comportamiento infantil: escuela de padres*. Madrid: UNED.

#### **2.4.2. Programa “vive el teatro” (habilidades sociales y autoestima).**

Cuando se analizan los modelos etiológicos de un gran número de trastornos psicopatológicos, se concluye que la probabilidad de aparición y su gravedad depende del balance existente entre los factores de riesgo y los factores de protección. En este sentido, en la medida en que, mediante el tratamiento, se pueda conseguir que los factores de riesgo puedan ser afrontados con éxito a través de los factores protectores, la intervención resultará eficaz (Costa y López, 1996).

Dicho esto, dos de los factores de protección más estudiados y utilizados en salud mental infanto-juvenil son las habilidades sociales y la autoestima. Son muchos los estudios que constatan la eficacia de estas estrategias para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, sobre todo cuando son utilizados de manera incidental y se fomenta la generalización de las habilidades al contexto natural del menor (Camacho-Gómez y Camacho-Calvo, 2005; Pichardo y Amescua, 2002; Gil, León y García, 1995).

El programa “vive el teatro”, desarrollado en la USMIJ-HD de Algeciras, utiliza el contexto de la actividad de teatro como un medio para enseñar, entrenar y practicar, de forma incidental, las habilidades sociales y aumentar la autoestima de los participantes.

Los destinatarios de este programa son grupos heterogéneos de adolescentes con problemas de: fobia social, síndrome de asperger, trastornos del comportamiento perturbador o trastornos de la conducta alimentaria, que presentan déficit en sus habilidades sociales, y cuya autoestima se ve afectada por ello.

Al igual que refiere Pedreira (2001), consideramos beneficioso y enriquecedor formar grupos heterogéneos, ya que, de esta forma, se potencian los efectos del modelado, en el sentido de que, al no presentar los mismos problemas, los comportamientos objetivo de unos pueden ser modelados por los de los otros y viceversa.

Los objetivos que se pretenden conseguir con el programa “vive el teatro” son: a) disminución de la sintomatología psiquiátrica de los menores; b) dotar a los pacientes de estrategias de habilidades sociales; c) desarrollo de la autoestima; d) promover un funcionamiento social adaptativo; y e) ofrecer alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre.

En cuanto a la metodología, cabe decir que los grupos estarán formados por un mínimo de 8 y un máximo de 16 pacientes. La periodicidad será de una sesión semanal, con una duración de 2 horas, en horario de tarde.

El programa consta de unas 10-14 sesiones, en las que se desarrollan una serie de contenidos relacionados con las habilidades sociales y la autoestima, pero de forma velada, en el sentido de que los menores consideran que se les está entrenando para ser actores. En el anexo nº 3 se puede apreciar un esquema de las sesiones.

La estructura de cada una de las sesiones se divide en dos espacios temporales, y comprende los siguientes aspectos: a) *Trabajo en subgrupos*: momento en el que se realiza una revisión de las tareas de la semana y se entrenan las cualidades de un buen actor, que no son otras que las habilidades sociales. Para ello, se han seleccionado y adaptado algunos de los ejercicios propuestos en el programa “Avancemos” (Magaz y cols., 2001); y b) *Trabajo en grupo*: momento lúdico, destinado a poner en práctica lo aprendido en el subgrupo, en el que se realizan juegos de cohesión, de expresión verbal, de cooperación, de autoestima, etc., y se realizan los preparativos de la obra de teatro, que se estrena al finalizar el programa.

#### **2.4.3. Taller de estudio o apoyo pedagógico.**

Son varias las razones por las cuales se recomienda, e incluso podríamos decir que resulta necesario, incorporar la figura de un profesor de pedagogía terapéutica dentro de la plantilla de profesionales encargados del hospital de día infanto-juvenil (Pedreira, 2001; Kotsopoulos y cols., 1996).

Entre las razones más destacables están: a) la mayoría de los niños que acuden a hospital de día están en edad escolar; b) la estancia media en hospital de día provoca una

interrupción de la escolaridad normalizada, por lo que podría generar un desfase académico en los menores que acuden a este dispositivo; c) nos encontramos con menores cuya edad curricular no se corresponde con su edad cronológica, haciéndose en este caso necesario implantar la adaptación curricular realizada por los Equipos de Orientación Escolar; y d) con el fin de normalizar lo antes posible la situación académica de los menores, se realiza una incorporación gradual al colegio, por lo que se necesita una persona de referencia que se responsabilice de mantener una comunicación fluida con los distintos centros escolares.

En nuestra unidad contamos con una profesora de pedagogía terapéutica, cedida por la Delegación Provincial de Educación de Cádiz, que se encarga de las funciones más arriba descritas y es la responsable del taller de estudio.

#### **2.4.4. Taller de jardinería.**

La premisa básica de la Terapia Ocupacional es que la "ocupación" es el núcleo fundamental de la intervención. Desde esta perspectiva, se hace especial hincapié en la importancia que tiene la actividad como medio en el desarrollo y la existencia del ser humano. En este sentido, puede ser un vehículo para expresar y explorar sentimientos, tiene un gran valor social (fomentando la interacción grupal y el sentimiento de inclusión en el grupo), sirve como herramienta en el proceso de aprendizaje y fomenta la auto-eficacia, la autoestima y el autodominio (Durante, 2001).

Muchos de los usuarios de hospital de día, con edades comprendidas entre la preadolescencia y adolescencia, presentan problemas tales como, conductas disruptivas, bajo rendimiento escolar, falta de intereses, habilidades sociales deficitarias, etc., los cuales dificultan considerablemente la adaptación del menor a su medio sociofamiliar, así como su adecuada integración al mundo escolar o laboral.

Teniendo en cuenta los beneficios que supone para este tipo de pacientes integrarles en actividades más dinámicas y de carácter prevocacional, la terapeuta ocupacional de nuestra Unidad ha desarrollado y puesto en práctica un taller de jardinería, cuyos objetivos son: a) fomentar el trabajo en equipo, creando un ambiente de respeto en el que todos los integrantes participen de manera activa; b) desarrollar un cierto grado de responsabilidad; c) despertar intereses de cara al mundo laboral; d) mejorar las habilidades sociales, así como las relaciones entre los componentes del grupo y las de éste con el medio externo; e) adquirir los conocimientos necesarios para el cuidado de las plantas, así como las técnicas utilizadas para ello; f) reconocer las herramientas básicas para trabajar en un jardín y adquirir las habilidades necesarias para su uso; y g) conocer y respetar las normas básicas de seguridad para así evitar riesgos.

La periodicidad de este taller es de una vez por semana, con una duración aproximada de una hora y media. Las sesiones constan de dos partes: a) *exposición verbal y reflexión grupal*, donde se exponen los contenidos que los integrantes del taller deben adquirir, como, por ejemplo, de qué partes se compone una planta, de dónde nacen, tipos de plantas, cuidados básicos, etc.; y b) *puesta en práctica de lo aprendido*, que se realiza en el jardín y comprende aspectos que van desde lo más básico (p.e. plantar una lenteja o garbanzo en algodón) a actividades más complejas (p.e. construir un semillero, sembrar, trasplantar, podar, extraer malas hierbas, etc.).

#### **2.4.5. Taller de actividades deportivas.**

Es un conjunto de actividades que, usando el deporte como vía intermediaria, contribuyen al desarrollo y disfrute personal de los integrantes del taller, así como a la mejora de su salud y condición física.

Al igual que ocurre con la mayoría de los programas que se desarrollan en nuestra Unidad, el taller de actividades deportivas no es un fin en sí mismo, sino que se convierte en un procedimiento para conseguir los objetivos que a continuación se detallan: a) ofrecer alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre; b) conocer los recursos deportivos que nos ofrece nuestra ciudad y el modo de acceder a ellos; c) desarrollar y/o mejorar las habilidades requeridas para acceder a los recursos públicos; d) aprender y/o desarrollar habilidades para el manejo del dinero; e) conocer y usar los medios de transporte público; f) mejorar la salud a través del deporte; g) fomentar las relaciones interpersonales a través del juego en equipo; g) adquirir hábitos de vida saludables; h) adoptar actitudes positivas en cuanto al cumplimiento de las normas dentro de un recinto público; y i) apoyar al resto de los

programas llevados a cabo en hospital de día, de manera que este taller sirve como refuerzo positivo si el comportamiento en los demás talleres ha sido adecuado.

La estructura de cada una de las sesiones se divide en: a) elección del deporte a practicar por parte de los integrantes del grupo (en asamblea); b) preparación del material; c) explicación y análisis de las reglas del juego; d) desplazamiento en servicio público hacia las instalaciones deportivas; e) práctica del juego elegido; y f) regreso a hospital de día.

Los deportes que se practican en este taller son baloncesto, padel, pimpón, fútbol y natación. Todo ello gracias a la cesión por parte del Patronato Municipal de Deportes de Algeciras de sus instalaciones deportivas.

#### **2.4.6. Taller de actividades de la vida diaria (AVDs).**

El "Modelo de Desempeño Ocupacional (MDO)" (Crepeau, Cohn y Boyt, 2005; Polonio, 2001) define el término "desempeño ocupacional" como la capacidad de realizar aquellas tareas que nos permiten desarrollar roles ocupacionales satisfactorios en función de la edad, el entorno y la cultura del individuo. Asimismo, hace una distinción entre las actividades de autocuidado, actividades productivas y actividades de ocio y juego.

Los objetivos que se persiguen con el taller de actividades de la vida diaria elaborado en esta Unidad son: a) desarrollar el mayor nivel de independencia posible en las actividades de autocuidado (alimentación, baño, aseo personal y vestido), las actividades productivas (cuidado de la ropa, limpieza, manejo del dinero y actividades educativas y laborales) y las actividades de ocio y tiempo libre; b) favorecer el desarrollo y las destrezas necesarias en base a la edad del menor; c) proporcionar un entorno favorecedor para su desarrollo; d) potenciar actitudes de responsabilidad y colaboración en el hogar; e) asesorar a la familia en el mantenimiento de los hábitos conseguidos.

#### **2.4.7. Taller de psicomotricidad**

En la actualidad, existe un acuerdo generalizado al señalar que algunas de las alteraciones psicopatológicas que con mayor frecuencia se ven en los hospitales de día infanto-juveniles, como, trastornos del comportamiento, déficit de atención con hiperactividad y otros más graves como los trastornos generalizados del desarrollo, suelen presentar problemas de psicomotricidad asociados al trastorno principal (Bregman, 2005; Orjales, 2002).

Es importante señalar que, cuando hacemos referencia al término "psicomotricidad" estamos englobando en él varios aspectos del ser humano, que son: los aspectos somáticos, afectivos y cognitivos. En este sentido, la intervención sobre los aspectos psicomotrices básicos como, el esquema corporal, la lateralidad, la orientación espacio-temporal, etc., repercute en un mejor desarrollo motor e intelectual del menor, así como en la relación del niño con los otros y con su entorno.

Estos motivos fueron los que motivaron la inclusión de un taller de psicomotricidad dentro de la programación terapéutica de la USMIJ-HD de Algeciras. En este taller participan menores de edades comprendidas entre los 4 y los 12 años.

Aunque el objetivo principal de este programa es conseguir que los niños mejoren el conocimiento de su propio cuerpo y la vivencia de sí mismos, a través de una actividad que pone en juego lo afectivo, lo cognitivo y lo motor, la educación psicomotriz también persigue estos otros objetivos: a) la conciencia del propio cuerpo; b) el dominio del equilibrio; c) el control de las diversas coordinaciones; d) el control de la inhibición voluntaria y de la respiración; e) la organización del esquema corporal; y f) una correcta estructuración espacio-temporal (Cobos, 1998).

Las sesiones de psicomotricidad se realizan individualmente o en pequeños grupos de 2 o 3 participantes, son semanales y su duración aproximada es de 35 – 40 minutos. La decisión con respecto a si se realiza una intervención individual o grupal depende del trastorno psicopatológico, de la edad y el nivel cognitivo del menor y del resultado del examen psicomotor realizado con anterioridad.

Cada sesión está dividida en 6 partes: a) *ritual de entrada* (saludo, toma de contacto con la sala, con la terapeuta ocupacional y los compañeros, en caso de que los haya); b) *calentamiento* (movilidad articular); c) *actividad* (desarrollo de los contenidos de la sesión, distinguiendo tres espacios temporales: sensoriomotor, juego simbólico y representativo); d) *relajación* (muscular y respiración); e) *distanciamiento* (verbalización de lo acontecido en la sesión); y f) *salida* (recogida del material y despedida).



#### **2.4.8. Taller de juegos.**

Existe un acuerdo generalizado entre los distintos autores al considerar que el juego es una actividad imprescindible para el desarrollo de la personalidad, que, además, permite al menor aprender de forma experimental a relacionarse en sociedad y a resolver problemas y situaciones conflictivas. En este sentido, el juego es entendido como un medio necesario para el desarrollo físico, intelectual, emocional y social (Franco, 2006; Abeleira, 2005; Fodor, Morán y Molerés, 2004).

Existen distintos tipos de juegos, cada uno de los cuales con distintos objetivos. De esta forma, los juegos que con mayor frecuencia utilizamos en la USMIJ-HD de Algeciras son: a) *juegos de conocimiento*: son juegos destinados a permitir que los participantes se conozcan entre sí. Pueden utilizarse simplemente con el objetivo de aprender los nombres de cada persona, o bien para aprender a presentarse; b) *juegos de afirmación*: son juegos que persiguen potenciar los aspectos positivos de las personas o del grupo y favorecer una situación en la que todos se sientan a gusto; c) *juegos de confianza*: son juegos que tratan de fomentar y estimular la confianza en uno mismo y en el grupo; d) *juegos cooperativos*: el objetivo principal de este tipo de juegos es el de fomentar la colaboración entre los distintos participantes, generando un clima distendido de cooperación, donde todos los miembros tengan la posibilidad de participar; e) *juegos de comunicación*: el objetivo de este tipo de juegos es el de favorecer el desarrollo de las habilidades sociales (comunicación verbal y no verbal); f) *juegos de solución de conflictos*: son juegos que estimulan la creatividad e imaginación a la hora de resolver conflictos. Asimismo, permiten poner en práctica la técnica de solución de problemas.

#### **2.4.9. Taller “construyendo salud”.**

El término “educación para la salud” se refiere a “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite” (Costa y López, 1996).

Atendiendo a esta definición, el taller de “construyendo salud” desarrollado en la USMIJ-HD de Algeciras persigue como principal objetivo concienciar a los niños de que sin una buena salud no se puede crecer, estudiar, trabajar o pensar bien, por lo que es muy importante que aprendan unas reglas sencillas para gozar de una “buena salud”.

Los contenidos que se desarrollan en este taller son los relacionados con: la alimentación, la salud buco-dental y los hábitos higiénicos para orinar y defecar.

A continuación se describen brevemente los objetivos y algunas de las actividades que se realizan con cada uno de los contenidos.

##### **2.4.9.1. La alimentación.**

Los objetivos de este programa son: a) dotar a los niños de conocimientos sobre los alimentos (grupos de alimentos y sus funciones sobre el organismo); b) relacionar la alimentación equilibrada con la salud; c) adquirir conocimientos básicos sobre la pirámide y la rueda de los alimentos; d) conocer y concienciar de los efectos del consumo excesivo de golosinas sobre el estado de salud general; y e) con la colaboración e implicación de los padres, adquirir hábitos de alimentación saludables.

Algunos ejemplos de actividades que se realizan en este programa son: juego de la ruleta / rueda de alimentos, dramatización de un mercado, recortar y construir una pirámide de la alimentación tridimensional, taller de cocina (enseñar la preparación de distintos alimentos como batidos, macedonias, etc.), desayuno en hospital de día (el día 28 de Febrero, día de Andalucía, desayuno sano y andaluz: leche sola o con cacao, pan con aceite de oliva y zumo de naranja natural), etc.

##### **2.4.9.2. La salud buco-dental.**

El taller bucodental que se desarrolla en la USMIJ-HD de Algeciras se basa en el programa “Aprende a sonreír” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, aunque adaptándolo a los diferentes grupos de edad y patologías.

Los objetivos de este taller son: a) favorecer en los menores la adquisición del hábito y la autonomía de la higiene bucodental (saber cepillarse los dientes correctamente y concienciar

del lavado dental al menos una vez al día); b) desdramatizar la figura del dentista; c) conocer la relación entre la alimentación, la higiene bucodental y la aparición de caries; d) analizar la importancia de la higiene bucodental en las relaciones interpersonales; y e) enseñar las funciones de la boca y de los dientes, así como el proceso de masticación y digestión.

Algunas de las actividades que se realizan en este taller son: identificación de los elementos básicos en la higiene buco-dental (cepillo y pasta) mediante fichas, ejercicios y reconocimiento visual; demostración práctica de la técnica del cepillado dental; cepillado diario en hospital de día después del desayuno; actividades de colorear, dibujar, recortar o picar escenas relacionadas con la salud bucodental; realización de murales colectivos sobre aspectos de la higiene bucodental y la alimentación que previene la aparición de caries, etc.

#### **2.4.9.3. Hábitos higiénicos para orinar y defecar.**

Con bastante frecuencia nos encontramos con pacientes de hospital de día que presentan problemas de enuresis y encopresis, bien como un síntoma más de un cuadro psicopatológico más complejo o bien como un síndrome en sí mismo. Con el objetivo de fomentar el autocuidado, se ha incluido un programa más dentro del taller de “construyendo salud” en el que se ayuda y se enseña a los menores los hábitos higiénicos básicos relacionados con la orina y las heces.

Los objetivos de este programa son: a) que los niños sean capaces de pedir orinar y/o defecar; b) que aprendan a utilizar los utensilios del W.C.; c) que adquieran conocimientos sobre la higiene de sus genitales y consigan un hábito de limpieza; d) que conozcan el correcto manejo del grifo (apertura, cierre y ajuste de temperatura); e) que aprendan todas las acciones necesarias para ir al baño (llamar para ver si está ocupado, entrar y cerrar la puerta, desabrocharse el pantalón, bajar la cremallera, bajarse los calzoncillos o las bragas, sentarse, etc.); f) conocer las partes del cuerpo y sus funciones; y g) aprender y utilizar el vocabulario referente al inodoro.

#### **2.4.10. Taller de comida.**

Los principales destinatarios de este taller son los trastornos de conducta alimentaria, en cualquiera de sus modalidades (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de conducta alimentaria no especificado), aunque también nos encontramos con pacientes que presentan otros problemas de alimentación, como, por ejemplo, negativa o rechazo a comer determinados alimentos, excesiva lentitud a la hora de comer o presencia de vómitos, problemas que se han denominado en el DSM-IV-TR como “trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia o niñez” (APA, 2000/2002).

En términos generales, los objetivos del taller de comida desarrollado en la USMIJ-HD de Algeciras son: a) adquirir y fomentar hábitos de alimentación saludables; b) conocer los distintos grupos de alimentos; c) aprender a utilizar los distintos utensilios de la comida y a tener una actitud y una postura adecuada en la mesa; d) en los casos en los que así se precisa, controlar el peso diariamente; e) al ser un dispositivo intermedio, prevenir el ingreso hospitalario de los trastornos de la conducta alimentaria más graves; f) enseñar a poner y quitar la mesa; g) fomentar hábitos higiénicos y de autocuidado relacionados con la comida (lavarse las manos, los dientes...); y h) conseguir que el acto de comer se convierta en una situación agradable para los menores, por lo que ponemos especial cuidado en fomentar las relaciones interpersonales en el taller.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta, como también ocurre en la mayoría de los programas descritos en este apartado, es que se hace necesaria la implicación y la colaboración de los padres en el proceso de tratamiento, ya que sin su ayuda es posible que la intervención fracase.

#### **2.4.11. Programa de solución de problemas.**

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento cognitivo que pretende enseñar a los menores un método sistemático de solución de problemas. Los objetivos de este programa son: a) proporcionar al paciente un instrumento con el que hacer frente al déficit en la habilidad de resolver conflictos; y b) prevenir futuros conflictos, en el sentido de que esta técnica sirve para fomentar las habilidades incompatibles con las problemáticas (Díaz-Sibaja, 2005).

Los destinatarios de este programa son pacientes con trastornos del comportamiento perturbador. En términos generales, a la hora de afrontar un problema, este tipo de pacientes se caracterizan por pensar en menos soluciones alternativas, centrarse más en los objetivos que en los pasos intermedios para conseguir tales fines, plantearse menos consecuencias de sus actos, no reconocer las causas de la conducta y ser menos sensibles a los conflictos interpersonales. El entrenamiento en solución de problemas pretende enseñar a los menores un procedimiento que les permita definir claramente el problema y los objetivos que desean conseguir, elaborar las estrategias necesarias para conseguir dichos objetivos y delimitar los pasos intermedios para llevar a cabo sus planes de acción. En otras palabras, este procedimiento sirve para responder a las preguntas ¿cuál es mi problema?, ¿qué quiero conseguir?, ¿cuál es mi plan? y ¿cómo lo haré?.

Aunque el entrenamiento en solución de problemas resulta muy prometedor, algunos autores han señalado que el cambio terapéutico alcanzado con problemas del comportamiento perturbador es muy limitado (Bermúdez y Buena-Casal, 2004). En este sentido, se ha observado que muchos de los menores que reciben este tipo de tratamientos no consiguen un funcionamiento normalizado, y continúan presentando problemas de conducta tras la intervención.

Esta baja eficacia de la técnica, podría deberse a que en muchas ocasiones se utiliza el entrenamiento en solución de problemas como un fin en sí mismo, y no como un medio que permite al terapeuta dirigir y guiar al menor en el procedimiento de búsqueda de soluciones a sus problemas. En este sentido, consideramos que el terapeuta debe ser directivo, aunque el objetivo último sea el de enseñar y fomentar que sea el propio paciente el que aplique la técnica de solución de problemas.

### **2.5. Alta de hospital de día.**

Consideramos necesario recordar que el tratamiento de hospital de día es una intervención más de todo el proceso terapéutico diseñado para el menor, por lo que, cuando se alcanzan los objetivos terapéuticos y se decide proceder al alta de hospital de día, no quiere decir que se consideren también por concluidas las intervenciones farmacológicas, individuales o familiares que se estén llevando a cabo de forma paralela en la USMIJ-HD.

### **3. Conclusiones y perspectivas de futuro.**

El principal objetivo del presente artículo ha sido el de proporcionar información acerca del funcionamiento de un hospital de día infanto-juvenil, incidiendo tanto en los aspectos de su funcionamiento interno, como en los programas de intervención que se desarrollan en dicho dispositivo.

Se han analizado, desde un punto de vista teórico y práctico, aspectos relacionados con: el personal e infraestructura, derivación, criterios de inclusión-exclusión, grupos de edad, niveles de intervención, elaboración del programa de tratamiento individualizado, horario de actividades, talleres y programas de intervención y el alta de hospital de día. Todo ello con el fin de dar respuesta a la demanda señalada por Kotsopoulos y cols. (1996) acerca de la necesidad de describir la estructura óptima de los programas de hospitalización parcial.

Quisiéramos finalizar este apartado con una serie de consideraciones críticas que pudieran resultar adecuadas con vistas a mejorar la práctica clínica y la realización de futuras investigaciones.

Desde un punto de vista práctico, es importante remarcar que el diseño del programa de tratamiento individual debe partir de un análisis detallado de los factores biológicos, psicológicos y sociales del caso, donde se contemplen las conductas problemáticas manifestadas y los factores de riesgo y protectores que presente el menor, la familia y el contexto social más próximo.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de la generalización y el mantenimiento de los logros alcanzados en terapia. En este sentido, consideramos muy importante la implicación de los padres y de los profesores en el proceso de intervención, por lo que sería recomendable el desarrollo de programas de entrenamiento protocolizados que les proporcionara estrategias de intervención que les permitieran resolver los problemas de conducta que manifiestan estos niños.

Si bien es cierto que los programas de tratamiento multicomponente en régimen de hospital de día han demostrado su eficacia para producir una mejoría clínicamente significativa en un

elevado número de trastornos infantiles (Morandé, 2006; Allin, Wathen, y MacMillan, 2005; Romanczyk y Gillis, 2005; Webster-Stratton y cols., 2004; Rigon y cols., 2004; Jiménez, 2003; Weiss, Harris, Catron, y Han, 2003; Dancyger y cols., 2003; Barkley y cols., 2000), sería pertinente, en términos de eficiencia, la realización de investigaciones futuras que determinaran la eficacia diferencial de los distintos componentes de la intervención, para así poder aplicar las estrategias de intervención que se adaptasen mejor a cada paciente en particular.

En términos generales, podemos concluir señalando que los talleres ocupacionales, los programas de control de contingencias, el entrenamiento a padres, las técnicas cognitivas y el tratamiento farmacológico son los abordajes terapéuticos que mejores resultados han obtenido por el momento en régimen de hospitalización parcial, sobre todo cuando el diseño de intervención es multidisciplinar y el tratamiento no se centra única y exclusivamente en el menor, sino que también se implica a la familia y a los profesores.

### Referencias.

- Abeleira, P. (2005). Jugando en familia. *Padres y maestros*, 293: 16-19.
- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J.Sigal, *Community Psychology*. Nueva York: Gardner Press.
- Allin, H., Wathen, C.N. y MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8): 497-504.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed. text revised). Washinton, D.C.: APA. Traducción al español: Masson (2002).
- Barkley, B.K., Edwards. G.H. y Robin, A.L. (1999). *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Interventions*. New York: Guilford Publications.
- Barkley, R.A., Shelton, T.L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. y Metevia, L. (2000). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behaviour: preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3):319-32.
- Bermúdez , M<sup>a</sup>. P. y Buela-Casal, G. (2004). Terapias cognitivas de los trastornos del comportamiento en la adolescencia. *Monografías de psiquiatría: Los trastornos de comportamiento en la adolescencia*, 1, 52-59.
- Bregman, J.D. (2005). Definitions and characteristics of the spectrum. En, Zager, D. (Eds.), *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education and Treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Briggs, K. (1997). Treating Teens: Evaluation of a Newly Developed Adolescent Day Hospital. *Clinical Review*, [www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/1997/June/clinical.htm](http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/1997/June/clinical.htm)
- Camacho-Gómez, C. y Camacho-Calvo, M. (2005). Habilidades sociales en la infancia. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 3 (1): 1-27.
- Cobos, P. (1998). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones*. Madrid: Pirámide.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Pirámide. Madrid.
- Crepeau, E.B., Cohn, E.S. y Boyt, B.A. (2005). *Terapia ocupacional*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Dancyger, I, Fornari, V., Schneider, M., Fisher, M., Frank, S., Goodman, B., Sison, C. y Wisotsky, W. (2003). Adolescents and eating disorders: an examination of a day treatment program. *Eating and Weight Disorders*, 8(3):242-8.
- Díaz-Atienza, J. (2005). El hospital de día en el tratamiento de los trastornos alimentarios. [www.paidopsiquiatria.com/asistencia/hd.pdf](http://www.paidopsiquiatria.com/asistencia/hd.pdf)
- Díaz-García, M.I. y Díaz -Sibaja, M.A. (2005). Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En, Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson.
- Díaz-Sibaja, M.A. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En, Comeche, M.I y Vallejo, M.A. (Coor.). *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson.
- Díaz-Sibaja, M.A., Comeche, M.I. y Díaz-García, M.I. (2005). *Problemas cotidianos del comportamiento infantil: escuela de padres*. Madrid: UNED.
- Durante, P. (2001). El valor terapéutico de la actividad. En, Polonio, B., Durante, P. y Noya, B. (Coor.). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Ed. Panamericana.

- Fodor, E., Morán, M. y Moleres, A. (2004). *Todo un mundo de sorpresas : educar jugando : el niño hasta los 5 años*. Madrid: Pirámide.
- Franco, I. (2006). Los primeros juegos de la vida. [www.solohijos.com](http://www.solohijos.com)
- Fresnillo-Poza, V., Fresnillo-Lobo, R. y Fresnillo-Poza, M.L. (2000). *Escuela de padres*. Madrid: Ed. Dpto. de Prevención y Familia. Área de Servicios Sociales.
- Gil, F., León, J.M. y García, M (1995). Evaluación de las habilidades sociales. En, A. Roa (Dir). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial (CEPE).
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behaviour problems: a five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 989-997.
- Herbert, M. (2002). *Padres e hijos: mejorar los hábitos y las relaciones*. Madrid: Pirámide.
- Jiménez, A.M. (2001). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neoropsiquiatría*, 77: 115-124.
- Jiménez, A.M. (2003). Reflexiones sobre algunos trastornos de conducta y de hiperactividad en la infancia. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2: 21-32.
- Kiser, L.J., Heston, J.D., Millsap, P.A. y Pruitt, D.B. (1987). A comparison of intensive psychiatric services for children and adolescents: cost of day treatment versus hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 4:17-27.
- Kotsopoulos, S., Walker, S., Beggs, K y Jones, B. (1996). A clinical and academic outcome study of children attending a day treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(6):371-8.
- Kutash, K. y Rivera, V.R. (1996). *What Works in children's mental health services: Uncovering answers to critical questions*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Magaz, A., Gandarias, A., García-Pérez, E.M. y López-Martínez, M.A. (2001). *Avancemos: Enseñanza de habilidades sociales para adolescentes (12-18 años)*. Grupo ALBOR-COHS.
- McDermott, B.M., McKelvey, R., Roberts, L. y Davies, L. (2002). Severity of Children's Psychopathology and Impairment and Its Relationship to Treatment Setting. *Psychiatric Services*, 53: 57-62.
- Milín, R., Coupland, K., Walker, S. y Fisher-Bloom, E. (2000). Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3):320-8.
- Morandé, G. (2001). Tratamiento en hospitales de día de los trastornos de la conducta alimentaria. En, García-Camba, E. (Coor.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Morandé, G. (2006). Peculiaridades del hospital de día de adolescentes con trastornos alimentarios. *Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2006*.
- Orjales, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Pedreira, J.L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2(1): 68-92.
- Pichardo, M.C. y Amescua, J.A. (2002). Modificación de las habilidades sociales, ansiedad y autoconocimiento en estudiantes universitarios españoles. *Evaluación e intervención psicoeducativa: Revista inter-universitaria de Psicología de la Educación*, 8: 387-408.
- Polonio, B. (2001). Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. En Polonio, B., Durante, P. y Noya, B. (Coor.). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Rigon, G., Costa, S., Mancaruso, A., Poggioli, D.G. (2004). Trastornos de la conducta en la adolescencia: la experiencia del hospital de día. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 3: 21-28.
- Romanczyk, R.G. y Gillis, J.M. (2005). Treatment Approaches for Autism: Evaluating Options and Making Informed Choices. En, Zager, D. (Eds.), *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education and Treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schimmelmann, B.G., Schulte-Markwort, M. y Richter, R (2001). Day clinic treatment in child and adolescent psychiatry. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 29(3):178-88.
- Sistema Sanitario Público de Andalucía (2003). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007)*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.



- Sverd, J, Dubey, D.R., Schweitzer, R y Ninan, R. (2003). Pervasive developmental disorders among children and adolescents attending psychiatric day treatment. *Psychiatric Services*, 54 (11): 1519-1525.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J. y Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1):105-24.
- Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Hunkeler, E.M., Hu, T. y Selby, J.V. (2000). The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Services Research*, 35(4):791-812.
- Weiss, B., Harris, V., Catron, T. y Han, S.S. (2003). Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2):364-74.

Anexo nº 1: Programa de Tratamiento Individual (PTI), basado en las competencias del menor.



**Sueño**

- ❖ Sólo
- ❖ Tiempo
- ❖ Calidad

**Área Social**

- ❖ Vivienda
- ❖ Entorno (barrio)
- ❖ Recursos (sanitarios, educativos, ocio y recreo)
- ❖ Economía
- ❖ Estabilidad laboral

**Medicación**

- ❖ Autonomía
- ❖ Constancia
- ❖ Información
- ❖ Supervisión

**Buena Alimentación**

- ❖ Variada
- ❖ Verduras
- ❖ Legumbres
- ❖ Fruta

**Colegio**

- ❖ Asiste
- ❖ Normas
- ❖ A prueba
- ❖ Disfruta
- ❖ Organización:
- ❖ Implicación familia

**Autonomía**

- ❖ Vestido
- ❖ Aseo
- ❖ Baño
- ❖ Cuidado de enseres
- ❖ Cuidado ropa
- ❖ Ayuda casa
- ❖ HHSS funcional
- ❖ Compra
- ❖ Dinero
- ❖ Desplazamiento
- ❖ Comida
- ❖ Dientes
- ❖ Control Esfínteres

Nombre: \_\_\_\_\_

**Síntomas:**

\* Físicos: \_\_\_\_\_

\* Cognitivos: \_\_\_\_\_

\* Emocionales: \_\_\_\_\_

\* Conductuales: \_\_\_\_\_

**Relación Familiar**

- ❖ Normas
- ❖ Coherencia
- ❖ Refuerzos
- ❖ Negociación
- ❖ Buen trato
- ❖ Protección
- ❖ Solución de conflictos

**Relaciones Sociales**

- ❖ Amigos
- ❖ Compañeros
- ❖ Familiares
- ❖ Profesores

**Sexualidad**

- ❖ Información
- ❖ Prevención
- ❖ Planificación
- ❖ Aceptación

**Psicomotricidad**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tiempo Libre**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Juego**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Deporte**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Anexo nº 2: Horario de actividades de hospital de día.

Horario de Hospital de Día Invierno 2005-06.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES		JUEVES		VIERNES
8.30-9.00	Reunión equipo H.D.	Reunión equipo H.D.	Reunión equipo H.D.		Reunión equipo H.D.		Reunión equipo H.D.
9.00-9.30	Desayuno USMIJ-HD	Desayuno USMIJ-HD	Desayuno USMIJ-HD		Desayuno USMIJ-HD		Desayuno USMIJ-HD
9.30-10.00	Estudio Psicomotricidad Construyendo Salud	Estudio Actividades de la vida diaria (AVDs) Construyendo Salud	Estudio Jardinería		Estudio Terapia individual Otros		Deporte
10.00-10.30							
10.30-11.00							
11.00-11.30	Despedida Nivel I y Acogida Nivel II y III	Despedida Nivel I y Acogida Nivel II y III	Bocata		Acogida Nivel II y III		
11.30-12.00	Estudio Psicomotricidad Constr. Salud	Estudio AVDs Constr. Salud	AVDs      Solución de problemas		Juegos Nivel I	Juegos Nivel II y III	
12.00-12.30							
12.30-13.00							
13.00-13.30	Despedida Nivel II y III y Acogida taller comida	Despedida Nivel II y III y Acogida taller comida	Despedida adolescentes y Acogida taller de comida		Despedida Nivel II y III y Acogida taller comida		
13.00-14.30	Taller comida	Taller comida	Taller comida		Taller comida		
15.00-16.00		Comida Equipo					
16.00-18.00		Vive el Teatro					
17.00-19.00		Escuela de padres					







### **Anexo nº 3: Esquema de las sesiones del programa “Vive el Teatro”.**

#### **SESIÓN 1.**

*Presentación:* ¿Qué es el teatro?

*Dinámica:* “Cualidades de un Actor”.

*Juegos de Cohesión de Grupo:* Rueda de nombres. Juego de “persecución de nombres”.

#### **SESIÓN 2.**

*Juegos de Cohesión de Grupo:* “¿Qué hace un chico como tú en un lugar como este?”

*Hacer Subgrupos:* Nombre, Logotipo, Normas del grupo, Representante, Turnos del grupo, etc.

*Explicación del Trabajo en grupo.*

#### **SESIÓN 3.**

*Trabajo en grupo:* “Estoy escuchando”

*Juegos de Cohesión de Grupo:* “¡Formen Filas!”.

*Juego de Autoestima:* “Mi bandera personal”

#### **SESIÓN 4**

*Trabajo en grupo:* Repaso y generalización de escuchar. “Sé exactamente qué decir”.

*Juegos de Cohesión de Grupo:* “Paredes e Inquilinos”. “Rodillos”.

*Preparar Obra.*

#### **SESIÓN 5**

*Trabajo en grupo:* Repaso y generalización. “Encantado de conocerte”.

*Juegos de Expresión Corporal.* “Películas”.

*Preparar Obra.*

#### **SESIÓN 6**

*Trabajo en grupo:* “Yo elijo a mis amigos”.

*Juegos de Expresión verbal:* “Patata caliente a la espalda”.

*Preparar Obra.*

#### **SESIÓN 7**

*Trabajo en grupo:* “Lleguemos a un acuerdo”.

*Juegos de Expresión Corporal. Danza:* “Era una tarde de guerra con los apaches”.

*Preparar Obra.*

#### **SESIÓN 8**

*Trabajo en grupo:* “El monstruo de los ojos verdes”.

*Juegos de Expresión verbal:* “Teléfono estropeado por equipos”.

*Juegos de Cohesión de grupo:* “Hacer palabras con las piernas atadas unos a otros”.

*Preparar Obra.*

#### **SESIÓN 9**

*Trabajo en grupo:* “No conseguirás que discuta”.

*Juegos de Expresión Corporal.* “Representación de un chiste”.

*Preparar Obra.*

#### **SESIÓN 10**

*Trabajo en grupo:* “Dar y recibir consejos”.

*Preparar Obra.*