



**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA
MENORES INSTITUCIONALIZADOS CON
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y
CONDUCTAS DISFUNCIONALES: UN
ENFOQUE DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autor:

Antonio de la Calle Rivero

Tutora:

D.^ª Tania Paniagua de la Iglesia

Grado en Trabajo Social

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2023-2024

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de fin de grado ha sido posible gracias al apoyo de mi tutora, Tania Paniagua, quien ha sido fundamental en el proceso de reflexión y crecimiento que he experimentado a lo largo de este camino apasionante. Su orientación y guía han sido cruciales para que pueda culminar esta etapa en mi vida de manera exitosa.

Quiero expresar mi más sincera gratitud a mi familia, que ha sido un pilar fundamental en mi trayectoria académica. Su motivación y confianza en mí han sido esenciales para que pueda alcanzar mis objetivos y superar los desafíos que he enfrentado.

RESUMEN

Este trabajo de fin de grado se centra en diseñar una propuesta de intervención para abordar los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores institucionalizados, particularmente en el centro de menores Zambrana de Valladolid. Esta propuesta busca ofrecer un enfoque integral que combine la prevención, detección temprana e intervención para mejorar el bienestar emocional y social de los y las menores de edad.

El principal objetivo es diseñar un proyecto de intervención que permita identificar y tratar de manera efectiva los problemas de salud mental y conductuales en menores de edad, desarrollando una serie de actividades que promuevan el bienestar emocional y la integración social.

Para la elaboración de esta propuesta, se han realizado entrevistas estructuradas al personal del Centro Zambrana, lo que ha permitido obtener una visión detallada y precisa de las necesidades y desafíos que enfrentan los menores institucionalizados.

La metodología de intervención que se propone está basada en el Trabajo Social en Red, asegurando una intervención holística y efectiva, centrada en las necesidades específicas de menores de edad institucionalizados.

Palabras Clave: Salud mental, menores institucionalizados, conductas disfuncionales, Trabajo Social.

ABSTRACT

This final degree project focuses on designing an intervention proposal to address mental health issues and dysfunctional behaviours in institutionalised minors, particularly at the Zambrana Juvenile Centre in Valladolid. This proposal aims to offer a comprehensive approach that combines prevention, early detection, and intervention to improve the emotional and social well-being of the minors.

The main objective is to design an intervention project that allows for the effective identification and treatment of mental health and behavioural problems in minors, developing a series of activities that promote emotional well-being and social integration.

To develop this proposal, structured interviews were conducted with the staff at the Zambrana Centre, providing a detailed and precise understanding of the needs and challenges faced by institutionalised minors.

The proposed intervention methodology is based on Network Social Work, ensuring a holistic and effective intervention, focused on the specific needs of institutionalised minors.

Keywords: Mental health, Institutionalized minors, Dysfunctional behaviors, Social work.

Índice.

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	9
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1. Enfoque psicológico. Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson	10
4.2. Enfoque mixto. Teoría biopsicosocial	11
4.3. Teorías y modelos centrado en la atención a menores institucionalizados	12
5. ESTADO DE LA CUESTIÓN	13
5.1. La adolescencia	13
5.2. Las conductas disruptivas más comunes en los menores de entre 15 a 18 años	15
5.3. Conceptualización de la salud mental	16
5.4. Prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes adolescentes	17
5.4.1. Clasificación de los problemas de salud mental más prevalentes en los menores	18
5.5. Los factores de riesgo y protección asociados al desarrollo de problemas de salud mental en menores de edad	19
6. BREVE INVESTIGACIÓN APLICADA: ENTREVISTAS A PERSONAL DEL CENTRO DE MENORES	21
6.1. Principales hallazgos y discusión de resultados	23
7. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	26
7.1. Objetivo general y específicos del proyecto de intervención	28
7.2. Población destinataria	29
7.3. Líneas estratégicas del proyecto	30
7.4. Política social de referencia	31
7.5. Proceso de ejecución	31
7.5.1. Actividades	31
7.6. Organización	42
7.6.1. Equipo humano	42
7.6.2. Estructura organizativa	43
7.6.3. Estructura logística	44
7.7. Recursos disponibles	45
7.7.1. Recursos materiales	45

7.7.2. Recursos financieros.....	46
7.7.3. Recursos humanos.....	47
8. EVALUACIÓN.....	47
8.1. Objeto y objetivos.....	47
8.4. Metodología de la evaluación	48
8.5. Criterios de la evaluación	49
8.6. Indicadores a evaluar.....	50
8.2. Fases de la evaluación	51
8.3. Responsables	52
9. CONCLUSIONES.....	53
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS	59
7.1. Anexo 1	59
7.2. Anexo 2	60

1. INTRODUCCIÓN

Históricamente, la salud mental ha sido un tema infravalorado en la sociedad, especialmente en relación con los/las menores de edad. A pesar de los avances en la visibilidad y el reconocimiento de la salud mental como un elemento fundamental del bienestar general, aún existen estigmas y/o obstáculos que dificultan una atención efectiva. Estas barreras se intensifican en el caso de los/las menores institucionalizados en centros, debido a factores que intervienen como la separación de la familia, el entorno institucional o social y la escasez de recursos especializados.

El objetivo general del trabajo es diseñar un proyecto de intervención que aborde de manera integral los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores que se encuentran en instituciones dedicadas al cumplimiento de medidas judiciales o educativas, a partir de ahora menores institucionalizados, teniendo en cuenta la prevención, detección e intervención. Para ello, se propone realizar un diagnóstico social desde la perspectiva del “Trabajo Social en Red” que proporcione una visión completa de estos problemas. El papel del Trabajo Social en este proyecto es crucial, ya que se centra en identificar y movilizar los recursos disponibles en la comunidad para brindar una atención multidimensional a los/las menores institucionalizados. La primera parte del trabajo se fundamenta en explicar desde una perspectiva holística las teorías que intervienen en el desarrollo de problemas de salud mental y conductas disfuncionales, considerando los factores biológicos, psicológicos y sociales como aspectos claves en el desarrollo de la vida.

Además, se diseñará un programa de actividades socio-educativas que promuevan el bienestar emocional y la integración social de los/las menores, ofreciendo alternativas positivas para su tiempo libre y su vida social en los centros.

El Centro de menores Zambrana de Valladolid se ha seleccionado como modelo para este estudio debido a su proximidad geográfica, el conocimiento detallado de su funcionamiento y su reconocimiento como centro de referencia en Castilla y León. A lo sumo, se han realizado entrevistas estructuradas que han permitido conocer, desde un conocimiento experto, el funcionamiento e intervención directa con menores institucionalizados en este tipo de centros.

2. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que se ha avanzado mucho en el reconocimiento y la normalización de la "Salud Mental", los problemas de salud mental siguen siendo un tema tabú en la sociedad actual. Esta falta de visibilidad se duplica en los problemas de salud mental que sufren los menores de edad (Páramo, 2011) y, en consecuencia, careciendo de investigaciones centradas en el objeto de estudio que aquí se propone, específicamente, los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores institucionalizados en centros en Castilla y León.

Desde el punto de vista ético y moral, resulta imperativo el abordaje de las necesidades de los/las menores de edad con problemas de salud mental, involucrando para ello a gran parte de los sectores sociales e instituciones actuantes. El derecho a recibir atención, protección y apoyo adecuado condicionará el potencial máximo que podrán alcanzar en un futuro estos/as jóvenes. De acuerdo con la Declaración de Derechos del Niño (2003), en su artículo 3:

Los Estados Parte deben asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley, y tomar todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas para ese fin.

También desde la perspectiva holística y el desarrollo integral de los/las niñas se contempla en el artículo 6 de la Declaración de Derechos del Niño (2003):

(...) los Estados interpreten el término "desarrollo" en su sentido más amplio, como concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño. Las medidas de aplicación deben estar dirigidas a conseguir el desarrollo óptimo de todos los niños.

Otro de los soportes en los que nos podemos basar para la justificación de nuestro objeto de estudio y relacionado con lo comentado anteriormente, son los Objetivos del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (2015), pues el objetivo artículo 3 "Salud y bienestar", tiene como principal meta garantizar una vida saludable

y promover el bienestar en todas las edades, incluyendo la salud y el bienestar mental. (Naciones Unidas, 2015).

El apoyo institucional es esencial para garantizar un abordaje seguro y efectivo de los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores institucionalizados, ya que estos pueden impactar negativamente en la cohesión social y la seguridad de la comunidad. Al intervenir en estos problemas, se puede contribuir a la creación de comunidades más inclusivas y seguras para todas las personas, dado que se trata de un desafío que involucra a todos los sectores de la sociedad.

3. OBJETIVOS

A continuación, se presentan los objetivos, tanto generales como específicos de la intervención, que guiarán el desarrollo del trabajo:

Objetivo general:

- Mejorar y promocionar la salud mental y las conductas disfuncionales de las personas menores de entre 15 a 18 años institucionalizadas en centros de menores desde la perspectiva del Trabajo Social: el objetivo es la detección precoz e intervención desde el punto de vista del Trabajo Social, para prevenir y paliar las consecuencias negativas en personas menores de entre 15 a 18 años institucionalizadas en centros de menores.

Objetivos específicos:

1. Identificar propuestas de intervención desde el Trabajo Social dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas menores institucionalizadas en centros de menores de entre 15 a 18 años y conductas disfuncionales, centrando estas intervenciones en la prevención y detección temprana.
2. Creación de un proyecto de intervención basado en los hallazgos de la intervención enfocado en la prevención y detección de los problemas de salud mental y conductas disfunciones de menores entre 15 a 18 años institucionalizados en centros de menores: abordar de manera efectiva las

necesidades identificadas con el propósito de mejorar el bienestar emocional y social.

3. Realizar un acercamiento al enfoque profesional del personal que trabaja en el centro de menores Zambrana Valladolid: a través de entrevistas estructuradas se pretende comprender la formación especializada, el desempeño de funciones y la colaboración con familias y otros profesionales.

4. MARCO TEÓRICO

En el ámbito de la salud mental en menores de edad, comprender los problemas de conductas disfuncionales prevalentes en esta población es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces. Diversas teorías han intentado explicar las causas y mecanismos subyacentes de estas conductas disfuncionales, proporcionando un marco conceptual para la evaluación y el posterior tratamiento. Este marco teórico se enfocará en dos teorías relevantes: la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson y la teoría biopsicosocial. Estas teorías ofrecen perspectivas complementarias que integran aspectos biológicos, psicológicos y sociales, permitiendo una comprensión más holística de los problemas de conducta en menores.

4.1. Enfoque psicológico. Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson plantea una serie de etapas que están asociadas con procesos de aprendizaje, fundamentales para la formación de la identidad en los/las adolescentes. En relación con el sentido de identidad, es importante considerar dos aspectos principales: la conciencia y aceptación de uno mismo, incluyendo el cuerpo y la autoestima; y las expectativas individuales dentro del grupo de referencia (Pedreira Massa y Martín Álvarez, 2000). En relación con el objeto de estudio, la pérdida del sentimiento de confianza y seguridad en los/las menores de edad imposibilita el desarrollo de una identidad cohesionada y forjada en valores, teniendo consecuencias posteriormente en la personalidad adulta.

Desde la perspectiva psicológica, se pueden explicar diversos modos de expresión de la conducta conflictiva en la adolescencia, pues a menudo la inseguridad en la identidad social hace que las formas de expresión sean a través de la

exteriorización de la violencia u otros comportamientos antisociales. Otra de las formas de respuestas a esta incomprensión puede ser a través de cuerpo, pues el menor lo puede utilizar para comunicar su angustia y malestar, conllevando problemas en la salud mental. También, la inhibición o el aislamiento de los/las menores en las interacciones sociales puede afectar negativamente al desarrollo cognitivo y relacional en la etapa de la adolescencia (Pedreira Massa y Martín Álvarez, 2000).

4.2. Enfoque mixto. Teoría biopsicosocial

El modelo biopsicosocial es un modelo que se nutre de diferentes disciplinas como son la psicología, la biología o la sociología, en la que influyen factores como el desarrollo o el bienestar de una persona en el contexto de una patología o problema social. Estos factores que se pueden hacer mención son: los biológicos (genética), psicológicos (conductas, sentimientos, pensamientos) y sociales (pobreza, contexto familiar, educación) (Ruiz Mitjana, 2020).

El origen de este concepto se puede atribuir a George L. Engel en 1970, quien propuso un modelo más relacionado con factores que influyen en la salud como enfermedad, y más alejado con el modelo biomédico tradicionalista que se había mantenido hasta entonces (Ruiz Mitjana, 2020). Este modelo tiene como objetivo dirigir la intervención involucrando a diversos actores que rodean a la persona, como las familias o la comunidad, con el fin de lograr un cambio que aproveche el potencial de la persona en cuestión. Además, considera la influencia de factores psicológicos, como el estrés o la respuesta emocional, que contribuyen al desarrollo o manifestación de problemas de salud (Ruiz Mitjana, 2020).

En el caso de los/las menores de edad con problemas de salud mental y conductas disfuncionales, el modelo biopsicosocial sugiere comprender la situación desde diversos puntos de vista, en primer lugar, los aspectos biológicos (predisposición genética), en segundo lugar, los factores psicológicos (desarrollo emocional y cognitivo que han desarrollado los/las menores) y por último, los factores sociales que intervienen en el contexto (circunstancias familiares, educación, influencia del grupo de pares, entre otros). Desde esta perspectiva holística, se reconoce la importancia de abordar la

intervención con menores de manera integral, combinando los diversos enfoques mencionados anteriormente.

La importancia de este modelo en el Trabajo Social resulta de especial relevancia para realizar un diagnóstico y evaluación de las áreas que están siendo influenciadas en el comportamiento de esta población, nos permitirá el desarrollo de intervenciones más individualizadas, adaptándose a las necesidades y situaciones específicas de cada menor, así como la coordinación con diferentes disciplinas y/o profesionales involucrados en la salud y protección de los/las menores.

Para finalizar con la exposición de las teorías explicativas del objeto de estudio propuesto considero que, desde el ámbito del trabajo social, la teoría biopsicosocial es fundamental y adquiere una gran importancia a la hora de comprender y abordar los problemas de salud mental y las conductas disfuncionales desde diferentes perspectivas. Esto implica tener que adoptar un enfoque holístico e integral donde se tenga en consideración los aspectos biológicos, los psicológicos y los sociales.

4.3. Teorías y modelos centrado en la atención a menores institucionalizados

Los servicios sociales de Castilla y León dentro del sistema de protección definen los Centros de Menores, como aquellos *“destinados a facilitar la integración de los niños y en sus grupos naturales de convivencia, con unas condiciones mínimas suficientes que posibiliten su desarrollo personal y su integración social”* (Servicios Sociales de Castilla y León, s. f.).

Dentro de los centros educativos existen diferentes fórmulas para la educación y protección de los/las menores, para ello se cuentan con una serie de proyectos socioeducativos destinados en la atención residencial, con medidas orientadas a la formación y desarrollo futuro de las competencias individuales y sociales.

Para la intervención educativa se cuentan con una serie de modelos teóricos que van a guiar las acciones del personal responsable. Dentro de estos modelos socioeducativos se potencian las siguientes competencias: atención integral a los menores en su proyecto de vida, pedagogía de la vida cotidiana, apego a la figura adulta

tanto de familiares como educativos, apoyo emocional a través de fomentar la autoestima y el autoconcepto de sí mismos, por último, la diversidad metodológica dónde se tenga como orientación principal la individualización de la intervención de cada menor (Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades, 2012).

Los centros de internamiento de menores son instituciones que se encargan de la ejecución de medidas adoptadas por los organismos judiciales sobre la legislación penal de los menores, en este caso la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, donde se priorizará siempre el interés superior del menor y todas sus medidas tendrán un carácter educativo (Escuela Internacional de Mediación, 2023).

La estructura interna de cada centro variará dependiendo del ámbito regional en el que actúe, pero, por lo general, cumplen las siguientes características pues su división se integra por áreas y unidades: Área de intervención de Reforma, que a su vez dispone de una Unidad de Reforma y Unidad de Intervención Terapéutica, y el Área de Intervención para la Socialización, con una Unidad de Educación Especial y una Unidad de Atención en Régimen Especial (Junta de Castilla y León, 2004).

Los centros se plantean los siguientes objetivos generales: la custodia de los/las menores internados cautelarmente, así como la ejecución de las sanciones impuestas por los Jueces de Menores. Esto se logra a través del cumplimiento y seguimiento de programas de intervención y atención educativa especializada en el tratamiento específico de menores y jóvenes con medidas de internamiento terapéutico (Junta de Castilla y León, 2004).

5. ESTADO DE LA CUESTIÓN

5.1. La adolescencia

A lo largo de nuestro desarrollo vital sufrimos un proceso de evolución caracterizado por una sucesión de etapas que van a condicionar nuestra personalidad en función de nuestras experiencias vitales, expectativas, modelos o ejemplos de referencia, entre otros aspectos. Las personas menores de edad son aquellas que tienen

menos de 18 años de edad. Durante este período, se experimenta una etapa crucial conocida como adolescencia.

En esta etapa se producen grandes cambios a nivel biológico, desarrollo de la identidad, formación de la personalidad, capacidad de relacionarse con personas de otros grupos de edad, así como la capacidad para el razonamiento abstracto (Barrena Arana, 2018). Uno de los pilares fundamentales de este grupo de edad es la capacidad de influencia que tienen los grupos de iguales y que van a jugar un rol fundamental. La adolescencia coincide también con la socialización primaria (Valls Monzó, 2022), que es el primer período en el que los individuos en sus primeros años de vida se relacionan con sus agentes primarios como son la escuela y la familia, por otro lado, la socialización secundaria comprende desde los 10 a los 25 años, coincidiendo con el periodo final de la adolescencia en el cual el grupo de pares o iguales adquiere una mayor relevancia para el desarrollo individual en detrimento de la familia.

Durante la adolescencia, se presentan tanto elementos protectores como de riesgo que influyen en el desarrollo emocional y psicológico de los/las menores. El período de la adolescencia puede considerarse un factor protector que ayuda a contrarrestar y disminuir las conductas negativas, al mismo tiempo que potencia las conductas positivas. Estas conductas positivas pueden incluir el fortalecimiento de la autoestima, el fomento de la autonomía, el desarrollo del pensamiento crítico, el cultivo del autocontrol, la promoción de valores positivos y la construcción de la solidaridad, entre otros (Sánchez Ortega, 2023). De este modo, es fundamental contar con un entorno seguro y favorable en el cual la familia, la escuela y los grupos de "pares" desempeñen un papel esencial.

Del mismo modo que existen aspectos protectores en la etapa de la adolescencia, están presentes elementos de riesgo o necesidades no satisfechas que pueden acarrear problemas de salud mental y conductas disfuncionales. Desde el punto de vista físico, el sedentarismo, la falta de sueño, alimentación poco saludable e incluso el consumo precoz de alcohol u otras sustancias suponen riesgos importantes para los/las adolescentes. Desde la perspectiva psicológica o mental, el fracaso escolar, falta

de apego a familiares o carencias sentimentales o afectivas presentan graves consecuencias negativas para los/las menores. (López Sánchez, 2015).

En la adolescencia se consolida el sentido de la identidad personal y sexual, por ello, la no aceptación o incompreensión de la orientación e identidades sexuales por parte de nuestro entorno supone la aparición de sufrimiento, soledad, frustración, inseguridad emocional, desapego social, entre otros sentimientos negativos para los/las adolescentes (López Sánchez, 2015).

5.2. Las conductas disruptivas más comunes en los menores de entre 15 a 18 años

Las conductas disruptivas resultan un término relativamente ambiguo de definir. Podemos definir las como comportamientos de tipo antisocial o anómicos que rompen con unas normas o pautas establecidas por la sociedad, bien sean comportamentales o relacionados con los valores socialmente aceptados (Martínez, 2020).

La anomia es un concepto que describe una situación en la que las normas sociales se debilitan o desaparecen, dejando a los individuos sin una guía clara sobre cómo comportarse o actuar. Introducido por Émile Durkheim, la anomia se asocia con la pérdida de cohesión social y el aumento de comportamientos desviados o antisociales. Puede surgir en tiempos de rápido cambio social, económico o cultural, cuando las viejas normas ya no se aplican y las nuevas aún no se han establecido. No obstante, los comportamientos anómicos también pueden producirse en entornos sociales más concretos y delimitados, donde existan falta de referentes éticos claros, fragmentación de las redes de apoyo e inestabilidad en las principales estructuras familiares y comunitarias (*Estructura social defectuosa y conducta antisocial en adolescentes II*, s. f.).

Las conductas antisociales o disruptivas son aquellas que no respetan las normas establecidas en la sociedad y buscan modificar o interrumpir el orden social existente. En el contexto de los /las menores de edad, este desequilibrio entre los objetivos culturales y los medios disponibles para alcanzarlos podría llevar a adoptar comportamientos disfuncionales e incluso delictivos. Esta teoría sugiere que la presencia de estas conductas está directamente relacionada con el grado de

funcionalidad familiar, es decir, cuando hay unas carencias en la generación de vínculos próximos como, en el desarrollo del apego o el compromiso y la unión familiar. Los/las adolescentes pueden recurrir a comportamientos disruptivos como forma de respuesta a esa falta de apoyo u orientación social (Rodríguez et al., 2013).

Como se puede apreciar, las conductas disruptivas es un término que puede llegar a presentar dudas para su concreción, puesto que hace referencia a un conjunto amplio de conductas sin delimitar y que suponen consecuencias muy problemáticas para los niños y niñas adolescentes, pero sintetizando, se pueden agrupar a grandes rasgos por todas aquellas conductas agresivas repetitivas, vandalismo, comisión de diferentes hechos delictivos, y sobre todo una ruptura con las normas del hogar, la familia y de la escuela. (Rojas Zegarra, 2013).

5.3. Conceptualización de la salud mental

La OMS define salud mental como: *“un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”* (OMS, 2021).

El concepto de salud mental es más que una simple ausencia de enfermedades mentales, está relacionado con un proceso de compleja explicación que experimenta una persona en diferentes grados y resultados en la sociedad. A lo largo de todo nuestro proceso vital nos influyen diversos factores, bien sean individuales e intrínsecos en cada persona, es decir, los más relacionados con la biología o la herencia genética, o los sociales y estructurales. (OMS, 2022). Por lo tanto, la salud mental es una consecuencia de la interrelación de factores biológicos, sociales y familiares.

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social, influyendo en cómo pensamos, sentimos y actuamos. Un buen estado de salud mental facilita la toma de decisiones y mejora nuestras relaciones con los demás. Cuidar de nuestra salud mental es fundamental en la vida de cualquier persona y es un derecho fundamental que merece una atención especial.

Centrando el análisis en la población que nos atañe, menores de edad entre 15 a 18 años, hablamos de un grupo etario muy complejo en cuanto a los cambios en todas las esferas que les rodean, bien sea el desarrollo mental, el aprendizaje, la socialización, entre otros.

Algunos trastornos de salud mental relacionados con la conducta pueden manifestarse en comportamientos antisociales que van en contra de las normas sociales establecidas, estos comportamientos pueden provocar un deterioro en las relaciones interpersonales originando un efecto en cadena sobre la salud mental de los/las menores y sus entornos.

5.4. Prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes adolescentes

La adolescencia es una etapa crucial para la vida de las personas, en la cual el desarrollo personal y social está en plena ebullición. Según las (OMS, 2021) la adolescencia es una fase que abarca de los 10 a los 19 años, donde se experimenta con gran rapidez un crecimiento físico, cognitivo y social. En algunos casos, la juventud se percibe como una etapa de conflicto, en la que se convive con incertidumbres, angustias e incomprendimientos de lo que nos rodea, de esta manera, los/las adolescentes se encuentran en un contexto muy complejo de gestionar en el que puede ser frecuente la aparición de problemas de salud mental, incluyendo problemas familiares, problemas académicos, problemas de salud física, entre otros (Sánchez Ortega, 2023).

A nivel mundial, los datos que se arrojan resultan realmente preocupantes, uno de cada siete jóvenes de entre 10 a 19 años padece algún problema de salud mental. La depresión, la ansiedad y los trastornos de comportamiento son las principales manifestaciones (OMS, 2021).

En términos de género, el 75% de los casos en los que se realiza un diagnóstico relacionado con el trastorno de conducta corresponde a varones (Rodríguez Hernández et al., 2014). Además, los factores genéticos están estrechamente ligados al desarrollo de algunos problemas de salud mental, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Del mismo modo, las dificultades socioeconómicas familiares y

los problemas legales de los/las menores también están especialmente vinculados a esta problemática, según expone (Rodríguez Hernández et al. 2014).

Es difícil determinar cuáles son los factores que determinan los problemas de salud mental en jóvenes, pero en su mayoría están influenciados por la combinación de marcadores biológicos, sociales y familiares. Esta problemática no se debe a una única causa, y el peso de estos factores puede variar de un caso a otro. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), entre algunos de estos factores se encuentran la presión social, la exploración de la propia identidad, la influencia de los medios de comunicación y de las redes sociales, así como la imposición de normas de género. Otros de los factores a los que se pueden hacer referencia es a la calidad educativa tanto formal como informal.

5.4.1. Clasificación de los problemas de salud mental más prevalentes en los menores

Desde el punto de vista médico o psicológico, existen diversos tipos de problemas de salud mental en menores de edad. A continuación, se muestran los siguientes datos para el caso español, según (Ministerio de Sanidad, 2020).

- La depresión, afecta al 2,8% de los/as niños y niñas de 5 a 14 años y al 5,6% de los adolescentes de entre 15 a 19 años.
- La ansiedad, afecta al 4,4% de los/as niños y niñas/as de 5 a 14 años y al 9,1% de los/las adolescentes de 15 a 19 años.
- Los trastornos del comportamiento afectan al 5,7% de los/las niños y niñas de 5 a 14 años y al 2,1% de los adolescentes de 15 a 19 años.
- Los trastornos del desarrollo afectan al 5,3% de los/las niños y niñas de 5 a 14 años y al 2,9% de los/las adolescentes de 15 a 19 años.

Concretando más sobre los problemas de salud mental que se desarrollan en los/las adolescentes, podemos mencionar los siguientes: trastornos de conductas (inicio a los 10 años), se experimentan en conductas agresivas o la desobediencia constante;

trastornos depresivos (inicio a los 12 años), se puede manifestar en estado de ánimo irritable, insomnio, sentimiento de apatía constante; trastorno bipolar (inicio entre los 10 a 19 años); trastornos de ansiedad generalizada (inicio de los 10 a los 19 años), presentan altos niveles de nerviosismo, preocupación, malestar generalizado. Por último, mencionamos también los trastornos de la conducta alimentaria (entre los 15 a 19 años); trastornos de esquizofrenia (de entre los 13 a 17 años) y los trastornos asociados a sustancias y adicciones (entre los 14 a 16 años) (Sánchez Ortega, 2023).

5.5. Los factores de riesgo y protección asociados al desarrollo de problemas de salud mental en menores de edad

Es de especial relevancia comentar las diferentes características que tiene el contexto en el que los/las menores se desarrollan, pues estas van a hacer que aumente o disminuya la probabilidad de presentar comportamientos antisociales y padecer problemas de salud mental, de este modo señalamos dos tipos de factores.

Podemos observar hasta ahora que los problemas de salud mental no afectan por igual a todos los niños y las niñas, ni a las mismas edades, por ello expongo los principales factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en jóvenes, según un estudio realizado por (Páramo, 2011), dónde analiza los factores protectores y de riesgo en la adolescencia.

Los trastornos mentales son más comunes en niños y niñas a partir de los 12 años de edad, aunque otros trastornos más vinculados al comportamiento pueden surgir incluso en edades más tempranas. Un aspecto que se marca como diferencia es el sexo, según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del Ministerio de Sanidad, la prevalencia de los trastornos de salud mental infantil es mayor en niños, de acuerdo con el estudio realizado, la principal diferencia se enmarcó que los trastornos de la conducta eran más frecuentes en niños, un 2,8% en comparación con niñas siendo un 0,7%. (Ministerio de Sanidad, 2017).

Se observó un componente de riesgo relacionado con el nivel económico de las rentas, pues se ha detectado que la probabilidad es cuatro veces mayor (el 13% frente a un 3%) de desarrollar problemas relacionados con la salud mental en hogares con

bajos ingresos. También se ha demostrado que la incidencia de estos problemas es tres veces mayor, es decir del 10%, entre familias con todos sus miembros en paro. De la misma manera, el Informe ENSE (2017), exponía que las clases sociales más desfavorecidas presentaban puntuaciones más altas en problemas de salud mental relacionados con síntomas emocionales tanto en niñas como en niños.

La exposición a la violencia puede considerarse un importante factor de riesgo en los/las menores de edad que puede darse por la relación de diversos patrones. El factor relacional es uno de los patrones que hace manifestar la violencia en conflictos interpersonales entre amigos o familiares, pues según diversos estudios relacionados con la violencia adolescente, se ha encontrado que aproximadamente el 25% de los menores ha presentado conductas violentas dentro del contexto relacional (Rodríguez Hernández, 2022). A lo sumo, factores relacionados con el entorno o la educación familiar basada en patrones violentos puede favorecer la aparición de estas conductas. La identidad sexual o las diferencias entre sexos en menores de edad contribuyen en el desarrollo de conductas violentas, así como la exposición a la violencia desde la infancia de acuerdo los roles sociales adquiridos. Una de las principales diferencias que se ha observado es que las niñas tienden a mostrar niveles más altos de agresión indirecta en comparación con los niños, con una mayor tendencia a la agresión física¹ (Archer, J. 2012). Bien es cierto que los roles de género también incluyen en el desarrollo de conductas violentas y que se refuerzan o disminuyen a lo largo del ciclo vital, los roles tradicionalmente asignados a los hombres, la energía o la fuerza y aquellos relacionados con las mujeres como la sensibilidad, suavidad o calidez, forman parte de unas normas preestablecidas que hacen que los niños sean más agresivos que las niñas.

Por último, otra variable que se destaca es la procedencia de los padres y madres de los/las menores de edad, ya que los datos muestran que los niños, niñas y adolescentes de origen migrante suelen enfrentar más dificultades para acceder en las mismas condiciones a todas las áreas de la sociedad, y como consecuencia sufren una

¹ Agresión directa e indirecta: La agresión directa implica actos violentos entre la víctima y el agresor, ya sea físicos o verbales. La agresión indirecta se enfoca en dañar las posesiones, el estatus o las relaciones de la víctima, mediante acciones más calculadas como manipulación emocional o aislamiento social (Gómez Ortega, 2024).

mayor exclusión social y vulnerabilidad a sufrir de problemas de salud mental. Del mismo modo, el acoso escolar, el consumo de alcohol u otras sustancias junto con comportamientos violentos, son factores de riesgo muy relevantes que afectan negativamente en la salud mental.

De igual modo existen factores protectores relacionados con la salud mental y conductas de los/las menores que resultan especialmente relevantes para la disminución de la prevalencia tanto de conductas disruptivas como los problemas de salud mental.

En primer lugar, la familia y las redes sociales primarias se perciben como la principal fuente de apoyo y vínculos afectivos positivos, por ello, son vitales para prevenir la aparición de problemas relacionados con la salud mental. De acuerdo con un estudio realizado por (Palomino et al., 2011), utilizando como muestra a más de 10.000 niños y niñas adolescentes con vínculos familiares y relaciones, presentaban un riesgo menor de desarrollar problemas como la depresión, la ansiedad o el abuso de sustancias, respecto a aquellos jóvenes que carecía de esos apoyos.

Por otro lado, la educación y sensibilización en relación con la promoción de la salud mental resultan fundamentales, pues aquellos menores que participaron en programas de educación y promoción de la salud mental tenían un menor riesgo de padecer estos problemas, así como saber cómo gestionar y afrontar los mismos.

Otra variable protectora es la realización de hábitos de vida saludable por parte de los/las menores, al igual que la alimentación saludable o la realización de actividades deportivas beneficiosas para promover el bienestar físico y mental.

6. BREVE INVESTIGACIÓN APLICADA: ENTREVISTAS A PERSONAL DEL CENTRO DE MENORES

Durante el transcurso del trabajo, se han realizado entrevistas estructuradas al personal del Centro Zambrana para obtener una visión detallada y precisa de las necesidades y desafíos enfrentados por menores institucionalizados. El perfil de los entrevistados incluyó a dos educadoras sociales (E1 y E2) y un trabajador social del

centro (E3), quienes, desde su posición de expertos/as, aportaron valiosa información sobre el objeto de estudio. Estas entrevistas permitieron acercarse desde una perspectiva profesional y especializada, lo que enriqueció significativamente el análisis y la propuesta de intervención del proyecto.

Las entrevistas estructuradas tuvieron una duración aproximada de 30 minutos cada una y se llevaron a cabo a través de medios telemáticos, bajo un estricto protocolo ético que incluyó el consentimiento informado de los/las participantes. Este consentimiento garantizó que los/las entrevistados/as comprendieran los objetivos del estudio y su participación voluntaria. Los datos recopilados fueron tratados con la máxima confidencialidad y anonimización para proteger la identidad y privacidad del personal profesional. Este enfoque metodológico aseguró que la información obtenida fuera precisa y confiable, proporcionando una base sólida para el desarrollo de la propuesta de intervención.

Las entrevistas estructuradas que se han realizado (véase Anexo 2) han tenido como objetivo profundizar en la comprensión de las necesidades y problemáticas específicas de los/las menores institucionalizados/as con problemas de salud mental y conductas disfuncionales. Estas entrevistas estructuradas (véase Anexo 1) nos han permitido obtener información detallada y contextualizada directamente de los/las profesionales que trabajan diariamente con estos menores, lo que es fundamental para una intervención eficaz. El propósito de realizar estas entrevistas es identificar propuestas de intervención desde la perspectiva del Trabajo Social, enfocadas en mejorar la calidad de vida de los/las menores y en la detección temprana de problemas de salud mental y conductas disfuncionales, lo que permitirá llevar a cabo intervenciones más efectivas y ajustadas a sus necesidades reales.

La relevancia de estos datos cualitativos radica en que proporcionan una visión experta y detallada sobre las dinámicas y desafíos cotidianos en los centros, lo cual es crucial para desarrollar un proyecto de intervención realista y efectivo. Los datos obtenidos están directamente relacionados con los objetivos del proyecto, ya que abordan las esferas de prevención, detección y mejora de la calidad de vida, permitiendo

así diseñar intervenciones que no solo palién las consecuencias negativas, sino que también promuevan el bienestar emocional y social de los/las menores.

A continuación, se muestra una discusión de los principales resultados hallados a partir de las entrevistas realizadas, y analizadas a partir de las siguientes categorías.

6.1. Principales hallazgos y discusión de resultados

1. Problemas de Salud Mental

Los problemas de salud mental más comunes entre las personas menores de edad en los centros incluyen depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, así como casos más graves como bipolaridad y esquizofrenia. Hay diferencias en cómo estos problemas se manifiestan entre chicos y chicas; los chicos tienden a mostrar conductas agresivas mientras que las chicas tienen más problemas relacionados con el estado de ánimo. Los primeros signos de problemas de salud mental suelen ser cambios de comportamiento, aislamiento social y alteraciones en el rendimiento académico.

Esta diferencia en la manifestación de problemas de salud mental según el género puede resultar de especial relevancia en la manera que los/las profesionales abordan sus intervenciones, por ejemplo, como expone E2: *"los chicos tienen más problemas con los profesionales del centro, mientras que las chicas tienen más problemas entre iguales"*, lo que sugiere la necesidad de adaptar las intervenciones profesionales a las dinámicas específicas. Sin embargo, este enfoque diferenciado puede tener aspectos negativos si se convierte en una generalización rígida, sin considerar las particularidades individuales de cada menor.

2. Impacto de las conductas problemáticas

Las conductas problemáticas de los/las menores tienen consecuencias significativas a corto, medio y largo plazo. A corto plazo, estas conductas afectan su rendimiento académico y su integración social. A medio y largo plazo, pueden llevar a dificultades para encontrar empleo, mayor riesgo de exclusión social y perpetuación de ciclos de violencia. El contexto familiar y la existencia de referentes positivos son

cruciales para el desarrollo de estos menores y el proceso vital en el que se van a desarrollar.

E2 destaca que "*el contexto familiar es fundamental para el desarrollo a largo plazo*", lo que pone en evidencia la importancia de un entorno familiar estable y positivo. No obstante, E3 añade una perspectiva crítica al señalar que las consecuencias de las conductas problemáticas incluyen "*problemas para terminar estudios, dificultad para encontrar empleo y riesgo de conductas delictivas*". Estas consecuencias pueden ser exacerbadas por un entorno familiar disfuncional, lo que aumenta el estrés y la tensión, deteriorando aún más las relaciones familiares y perpetuando el ciclo de exclusión social y violencia.

3. Coordinación y protocolo de actuación

La coordinación entre profesionales dentro de los centros es fundamental para una intervención efectiva. Aunque existen protocolos de actuación, la personalización de las intervenciones según cada caso es común y cada profesional aplica su criterio. La comunicación constante y la cooperación entre psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y educadores/as mejoran la calidad de la atención y las intervenciones. Las reuniones periódicas y la coordinación con entidades externas, como centros educativos y servicios sociales, son vitales.

E1 subraya que "*existe un protocolo de actuación para situaciones excepcionales, aunque cada profesional personaliza su intervención*". Esta personalización puede ser positiva porque permite adaptarse a las necesidades específicas de cada menor, mejorando la eficacia de las intervenciones. Sin embargo, esta flexibilidad también puede llevar a inconsistencias en la aplicación de los protocolos, lo que podría afectar la uniformidad y la calidad de la atención proporcionada.

4. Barreras culturales y lingüísticas

Las barreras culturales y lingüísticas no representan un obstáculo significativo para la evaluación y tratamiento de los problemas de salud mental en menores. Los procesos de integración e inclusión dentro de los centros ayudan a superar estas

barreras. Las diferencias culturales en la expresión emocional (más abiertas en culturas latinoamericanas y más reservadas en culturas árabes) se manejan mediante charlas de inclusión y sensibilización en los centros, si bien es cierto que los grupos de iguales son muy homogéneos en lo que a culturas se refiere.

E2 comenta que "*algunas culturas son más abiertas (latinoamericana) y otras más cerradas (árabe), pero no impiden una intervención eficaz*". Esta observación es positiva en el sentido de que reconoce y respeta las diferencias culturales, adaptando las intervenciones según sea necesario. No obstante, la homogeneidad de los grupos de iguales, como se menciona, puede limitar la exposición de los/las menores a diversas perspectivas culturales, lo que podría restringir el aprendizaje intercultural. Es importante fomentar entornos inclusivos que promuevan la interacción entre diferentes culturas y perspectivas, ya que esto amplía la comprensión y promueve una mayor inteligencia cultural.

5. Formación y sensibilización de profesionales

La formación continua y específica en salud mental es esencial para que los/las profesionales puedan manejar adecuadamente los problemas complejos que enfrentan en los centros. A pesar de la disponibilidad de formación especializada, las contrataciones temporales pueden dificultar el acceso a estas formaciones. La sensibilización sobre problemas de salud mental y conductas autolíticas es parte integral del desarrollo profesional en estos entornos.

E3 resalta la importancia de la formación continua, afirmando que "*la formación es necesaria para manejar problemas complejos de salud mental, incentivada en los últimos años*". Este incentivo es una ventaja importante, ya que muestra un compromiso creciente hacia la mejora de las competencias del personal en los centros de menores. No obstante, esta necesidad de formación continua también refleja una complejidad y un gran desafío constante que representan los problemas de salud mental en estos contextos, puesto que, sin un apoyo institucional y organizativo, las buenas intenciones pueden no traducirse en mejoras reales y sostenibles.

6. Programas de intervención psicosocial

Los programas de intervención psicosocial incluyen charlas sobre proyectos de vida, orientación laboral, talleres de habilidades sociales y manejo emocional. Estos programas buscan mejorar la integración social y el bienestar emocional en menores. La intervención psicosocial es gestionada y coordinada por trabajadores/as sociales y otros profesionales, asegurando un enfoque holístico y centrado en el menor.

E3 menciona "*se llevan a cabo proyectos de vida, orientación laboral, talleres de habilidades sociales y manejo emocional*", lo cual muestra una amplia gama de actividades destinadas a empoderar a los/las menores para construir un futuro positivo. Sin embargo, la ausencia de seguimiento a largo plazo y evaluación de la efectividad de estos programas puede restringir su verdadero impacto en la vida de los/las menores, dado que su implementación sin una evaluación adecuada puede conducir al desperdicio de recursos y oportunidades.

7. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Una vez establecido el marco teórico y el estado de la cuestión sobre el objeto de estudio, y conocida la incidencia e importancia en la sociedad actual de la salud de los/las menores de edad, se va a diseñar una propuesta de intervención orientada a mejorar y promocionar la salud mental y las conductas disfuncionales de los/las menores de edad institucionalizados en centros desde la perspectiva del Trabajo Social. La metodología de intervención desde la que partirá mi propuesta es, el "Trabajo Social en Red", es un enfoque que enfatiza la perspectiva relacional y contextual, en nuestro caso de los/as menores de edad, para llevar a cabo las acciones de intervención pertinentes.

El trabajo social en red es un enfoque que pretende superar los modelos tradicionalistas de intervención basados en el asistencialismo; por el contrario, este enfoque, implica la construcción de un contexto favorecedor a los/las menores de edad, a partir del trabajo común de todas las personas, profesionales y figuras implicadas. De este modo, se contempla la intervención social tanto desde el nivel micro (menores de los centros y sus familias) como desde el nivel macro (centros de menores, actores sociales, entre otros) (Martínez Virto y Azcona Martínez, 2020).

La relación entre las redes es una cuestión compleja dado el tamaño que puede alcanzar, pero el objetivo principal de esta metodología es centrar la intervención en el capital humano y en la interacción social de los distintos actores que trabajan en la protección de la salud mental de los/las menores institucionalizados, así como en la prevención, en nuestro caso, de las conductas disfuncionales. Este trabajo coordinado permitiría construir de manera más eficaz las claves para afrontar cualquier nueva situación.

Así pues, la intervención que se plantea en el proyecto se basará en el trabajo de prevención de cualquier situación antisocial de menores de edad institucionalizados, así como la detección temprana de problemas de salud mental. Para ello, es necesario el apoyo entre profesionales para proporcionar el máximo bienestar a los/las menores y sus familias. Implicar desde el Trabajo Social en Red a instituciones formales e informales de la comunidad posicionará a la infancia y a las familias en el centro de la intervención (Martínez Virto y Azcona Martínez, 2020).

El papel del trabajo social en el proyecto de intervención tendrá las siguientes máximas (Cabiati y Folgheraiter, 2014):

- Identificar y fortalecer la red de apoyo de los/las menores de edad, buscando potenciar sus recursos y fortalezas.
- Fomentar la creación de nuevas conexiones con otros actores relevantes para los/las menores institucionalizados en los centros.
- Apoyar a la red ya existente e identificar cuáles son las carencias, fortalezas y oportunidades que están presentes.
- Acompañar en la definición de nuevas metas y objetivos a futuro.

En el caso de los/las menores de edad con problemas de salud mental y conductas disfuncionales institucionalizados en centros de menores, el trabajo social en red adquiere particularidades específicas. Se enfoca en identificar y movilizar los recursos disponibles en la comunidad, como servicios de salud mental, educativos, deportivos, culturales y familiares, para brindar una atención integral y

multidimensional a estos menores. A lo sumo, se busca una participación activa en la toma de sus decisiones y el diseño de un plan de intervención personalizado.

Como introducción a los objetivos del proyecto de intervención, es fundamental destacar su relación con el trabajo social como disciplina. Este proyecto tiene como objetivos la prevención, detección e intervención con menores que han desarrollado o tienen una mayor predisposición a desarrollar problemas de salud mental, así como de exhibir conductas disfuncionales dentro del contexto de un centro reeducativo de menores. La relevancia de este proyecto radica en su carácter innovador, dado que existen pocas publicaciones y diseños de proyectos de intervención similares.

El diseño y la propuesta de ejecución que se plantean se realizarán teniendo como institución de referencia el centro de menores Zambrana, ubicado en la ciudad de Valladolid, C/ Miguel Ruiz de Temiño, 1. La elección de este centro como modelo para el proyecto de intervención se debe a su proximidad residencial, al conocimiento detallado de su funcionamiento y a su reconocimiento como referente en la comunidad de Castilla y León.

7.1 Objetivo general y específicos del proyecto de intervención

A continuación, se exponen los objetivos generales y específicos de la intervención donde se diseñará e implementará un proyecto integral que aborde los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores institucionalizados, promoviendo su bienestar emocional y su integración social.

Objetivo general:

- Diseñar un proyecto de intervención orientado a prevenir, detectar e intervenir los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores entre 15 a 18 años institucionalizados en centros de menores.

Objetivos específicos:

- Realización de un diagnóstico social desde el “Trabajo Social en Red” que proporcione una visión integral de los problemas de salud mental y conductas disfuncionales de los/las menores institucionalizados en los centros.

- Diseñar un programa de actividades educativas y formativas que promuevan el bienestar emocional y la integración social de los menores institucionalizados, ofreciendo alternativas positivas para el tiempo libre y vida social.
- Promocionar la capacitación profesional para la detección temprana de problemas de salud mental y conductas disfuncionales en los/las menores.
- Favorecer la participación de los/las menores en actividades de ocio saludable que promuevan su desarrollo integral.
- Implementación de un sistema de evaluación con el fin de mejorar la calidad y la atención de los servicios, así como adaptarlos a las necesidades de los/las menores institucionalizados.
- Sensibilización y entendimiento del problema de salud mental en menores institucionalizados.

7.2. Población destinataria

La población objetivo de la intervención directa del proyecto son los/las menores de edad institucionalizados en centros de menores, específicamente aquellos entre 15 y 18 años. Estos jóvenes se encuentran en una etapa crucial de su desarrollo y enfrentan desafíos únicos que requieren atención y apoyos especializados. Los educadores y educadoras de los centros de menores también son beneficiarios directos de la intervención, ya que desempeñan un papel fundamental en el bienestar y desarrollo de los/las jóvenes. Al participar en estas intervenciones, los/las educadores/as pueden ganar seguridad en sus habilidades y conocimientos, además de recibir formación y capacitación adicional para mejorar su desempeño. Esto les permite fortalecer su labor educativa y establecer relaciones más sólidas y efectivas con los/las jóvenes, lo que contribuye a generar un entorno propicio para su crecimiento y desarrollo integral.

Los beneficiarios indirectos de la intervención incluyen a las familias de los/las menores, ya que su participación y apoyo son fundamentales para la recuperación y reintegración en la sociedad. La intervención también busca mejorar las relaciones sociales, disminuir el conflicto intrafamiliar y crear un clima familiar positivo. La participación activa de las familias en el proceso de intervención contribuye al bienestar y desarrollo integral de las personas menores edad, promoviendo su éxito a largo plazo.

Esto promueve un ambiente de armonía y apoyo mutuo, contribuyendo al crecimiento y bienestar de todos los miembros de la familia. Además, la comunidad en general es un destinatario indirecto de la intervención, puesto que el bienestar de los/las menores de edad es una cuestión que nos concierne a todos/as, además, contribuiría a prevenir y reducir problemas sociales más graves como la delincuencia, la violencia, entre otros problemas sociales. El fortalecimiento de los lazos comunitarios promovería la solidaridad y la colaboración, y generaría un sentido de pertenencia y responsabilidad compartida hacia el bienestar de los/las menores. También la optimización de recursos, pues el proyecto de intervención buscaría una eficiencia y correcta utilización de los recursos disponibles en la comunidad.

7.3. Líneas estratégicas del proyecto

Desafortunadamente, la investigación y la literatura especializada sobre conductas disfuncionales, salud mental y menores de edad, tiene escaso recorrido y limitaciones, especialmente en los países de habla no inglesa. Esta falta de información y conocimientos adecuados ha dificultado la implementación de programas y políticas eficientes y apropiadas para abordar las necesidades específicas de estos menores.

Una de las bases sobre las que se apoyará el proyecto de intervención será el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 impulsado por la Dirección de Salud Pública dentro del Ministerio de Sanidad, donde se plantean seis líneas estrategias acerca de la salud mental y que posteriormente deberán ser consensuadas y ejecutadas por las Comunidades Autónomas: 1. refuerzo de los recursos humanos en la salud mental; 2. optimización de la atención integral a la salud mental en todos los ámbitos del SNS; 3. sensibilización y lucha contra la estigmatización; 4. prevención, detección y atención precoz de la conducta suicida; 5. abordaje de la salud mental en contexto de mayor vulnerabilidad; 6. prevención de las conducta adictivas y sin sustancias (Dirección General de Salud Pública, 2022) .

Otra de las líneas estratégicas del proyecto que se plantean es la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 2 de diciembre de 2021, que tiene como objetivo primordial mejorar la salud mental de la población, la detección

precoz y atender de forma efectiva a las personas con problemas de salud mental, respetando sus decisiones y apoyando a sus familias, promoviendo un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la inclusión social.

En un primer momento, se pretende que la financiación principal del proyecto provenga de la Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, con la posibilidad de adaptarse a otras subvenciones de distinta naturaleza a lo largo del proceso.

7.4. Política social de referencia

Anteriormente se ha mencionado el Plan Nacional de Acción de Salud mental 2022-2024 del Ministerio de Sanidad que desarrolla a su vez la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 en todos los ámbitos de la salud, teniendo como principal objetivo la mejora de la salud mental en toda la población, cuya línea estratégica a la que se adscribe este proyecto es el *“Abordaje de problemas de salud mental en contextos de mayor vulnerabilidad”* y es su punto primero, *“(…)prevención y detección precoz de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.”* (Dirección General de Salud Pública, 2022).

7.5. Proceso de ejecución

7.5.1. Actividades

A continuación, se desarrollan las diferentes actividades que se ejecutarán a lo largo de todo el proyecto con la misión de mejorar la calidad de vida de los/las menores institucionalizados en centros, promover el aprendizaje y adquisición de conocimientos e incentivar la participación activa y el compromiso con la comunidad.

Las actividades se describirán considerando su objetivo principal, la duración prevista, los participantes involucrados, las personas responsables de su ejecución, así como el proceso y la dinámica necesarios para ponerlas en marcha y desarrollarlas.

A. Entrevistas individuales y grupales con las familias de los/las menores:

Una de las actividades principales y que se realizará de forma transversal en el proyecto serán las entrevistas con las familias de los/las menores utilizando

herramientas de evaluación estandarizadas y adaptadas a su situación contextual y circunstancias específicas. Las entrevistas serán diferentes según el objetivo y el momento de la intervención donde nos encontremos, pues existirán entrevistas de valoración inicial, entrevistas de seguimiento y entrevistas finales.

Las entrevistas de valoración inicial tendrán como objetivo recopilar información detallada sobre los/las menores y sus familias al comienzo de la intervención. Estas entrevistas buscarán evaluar la situación actual, identificar necesidades y establecer metas y objetivos para guiar la intervención. Las entrevistas de seguimiento se realizarán durante el proceso de intervención para monitorear el progreso y ajustar las estrategias según sea necesario. Por último, las entrevistas finales se llevarán a cabo al finalizar la intervención con el propósito de evaluar los resultados y el impacto de las acciones realizadas, así como proporcionar recomendaciones para el futuro. Cada tipo de entrevista cumplirá una función específica en el proceso de intervención y contribuirá a lograr los objetivos planteados.

Objetivo de la actividad	Establecer un sistema de diagnóstico social eficaz que permita identificar y evaluar las necesidades de los menores en cuanto a salud mental y conductas disfuncionales.
Duración	Entrevistas iniciales, 2 meses (enero y febrero), entrevistas de seguimiento, 2 meses (junio y julio) y entrevistas finales, 2 meses (noviembre y diciembre).
Participantes	Familias de los/las menores del centro.
Personas encargadas	Trabajadores/as Social encargados/as del proyecto.
Dinámica de la actividad	Cada tipo de entrevista según el momento que se lleve a cabo tendrá una finalidad concreta; las entrevistas de valoración inicial: en ellas se realizará un diagnóstico de la situación familiar y necesidades de los/las menores considerando el entorno sociofamiliar; entrevistas de

	<p>seguimiento; tienen el objetivo de la observar e identificar los avances, metas y obstáculos existentes durante el desarrollo del proyecto de intervención. Por último, realizaremos entrevistas finales cuya pretensión es identificar y concretar los objetivos conseguidos, y aquellos pendientes o sin alcanzar, así como detectar o valorar la satisfacción de los/las menores y sus familias en el desarrollo del proyecto.</p> <p>Implica establecer canales de comunicación efectivos para recopilar el feedback de las diferentes partes interesadas. Una vez recopilada la información, se debe analizar de manera cuidadosa y objetiva para identificar patrones, tendencias y áreas específicas que requieran mejoras y adoptar medidas correctivas en caso de ser necesarias.</p>
--	---

B. Implementación de talleres de habilidades sociales y emocionales:

Esta actividad incluirá juegos de rol, dinámicas de grupo, actividades de reflexión individual y resolución pacífica de conflictos. Es una actividad clave en el proyecto de intervención con menores en centros de internamiento. Esta actividad pretende proporcionar herramientas prácticas para mejorar la comunicación, empatía y desarrollar habilidades necesarias en la resolución de conflictos, así como promover el bienestar emocional y social, individual y colectivo.

Objetivo de la actividad	Proporcionar a los/las participantes las herramientas y habilidades necesarias para interactuar con su entorno de manera efectiva y satisfactoria.
Duración	6 meses (mayo – julio, septiembre – noviembre). 2,5 horas a la semana por cada actividad.

Participantes	Grupos de 10 personas formado por menores del centro.
Personas encargadas	Educadores/as Sociales.
Dinámica de la actividad	<p>Las actividades mencionadas se llevarán a cabo fuera del horario lectivo y serán opcionales para los/las participantes. Estas actividades se ejecutarán según el periodo de tiempo propuesto anteriormente.</p> <p>Juegos de roles: Los/las participantes asumen diferentes roles y escenarios para practicar habilidades sociales en situaciones específicas. Esto les permite experimentar y aprender cómo responder de manera efectiva en diferentes contextos sociales y relacionales.</p> <p>Juegos cooperativos: Se utilizarán juegos, y se propondrán proyectos y actividades de grupo que fomenten la colaboración, la comunicación efectiva y la toma de decisiones conjuntas. Estos juegos pueden requerir que los/las participantes trabajen juntos para resolver problemas o alcanzar un objetivo común, lo que promueva habilidades sociales y emocionales, como el trabajo en equipo y la empatía.</p> <p>Discusiones grupales: Se organizarán discusiones grupales dirigidas por un facilitador, donde los/las participantes tienen la oportunidad de compartir sus experiencias, reflexionar sobre situaciones sociales y aprender de los demás. Estas discusiones pueden abordar temas como la empatía, la resolución de conflictos o el manejo de las emociones, y permiten a los participantes expresar sus ideas y opiniones.</p>

	<p>Desarrollo de empatía: Se realizarán actividades que fomenten la comprensión y la empatía hacia los demás. Esto puede incluir ejercicios de ponerse en el lugar del otro, practicar la escucha empática y reflexionar sobre las perspectivas y experiencias que se compartan por otros/as compañeros/as. Se formarán grupos pequeños donde cada persona compartirá una experiencia personal y los demás miembros del grupo practicarán la escucha activa y tratarán de comprender y empatizar con lo que el otro esté expresando. Al final cada participante tendrá que hacer una valoración acerca de la experiencia comentada.</p> <p>Actividades de autoexploración: Se incluirán actividades que ayuden a los/las menores a explorar y comprender sus propias emociones, creencias y valores, incluirá ejercicios de reflexión individual, escritura creativa, dibujo o técnicas de relajación.</p>
--	--

C. Organización de actividades deportivas, artísticas y culturales:

Estas actividades brindan a los/las menores la oportunidad de desarrollar habilidades sociales, explorar su creatividad y expresarse de manera personal, promoviendo su bienestar, autoestima y su desarrollo integral.

- Torneos deportivos.
- Obras de teatro.
- Exposiciones de trabajos grupales.
- “Myselft” cuida tu cuerpo.

Se busca promover la colaboración, la comunicación efectiva y el respeto mutuo a través del trabajo conjunto en equipos, además, permiten a los/las menores explorar

su creatividad, inquietudes y expresarse de manera personal a través del arte, el teatro y otras formas culturales y deportivas.

Objetivo de la actividad	Mejorar el desarrollo personal, la colaboración y el bienestar físico y emocional de los/las menores del centro.
Duración	7 meses (abril – octubre). Al menos una vez al mes por cada actividad propuesta, dónde cada sesión tendría una duración de 1,5 horas aproximadamente.
Participantes	Grupos de entre 10-15 menores del centro.
Personas encargadas	Educadores/as Sociales y técnicos en integración social del centro.
Dinámica de la actividad	<p>Torneos deportivos: Se organizarán torneos de fútbol sala y de balonmano de 6 jugadores/as cada equipo en el que varios equipos compiten en partidos de eliminación directa. Cada equipo se preparará con entrenamientos regulares y estrategias de juego. Durante el torneo, los equipos se enfrentan en partidos y el equipo ganador se determina al final del torneo. Se realizará al menos un torneo al mes.</p> <p>Obras de teatro: Se constituirá una obra de teatro basada en una famosa obra literaria elegida por consenso por los/las menores. Los/las participantes ensayarán durante varias semanas, trabajando en la interpretación de los personajes, la memorización de los diálogos y la coordinación de los movimientos escénicos. Finalmente, se presenta la obra en público en el centro y se otorgarán premios al 1º y 2º ganador con el objetivo de potenciar la participación .</p>

	<p>Exposiciones de trabajos grupales: Se organizará una exposición de trabajos grupales sobre el medio ambiente. Los participantes se dividirán en grupos y cada grupo elige un aspecto del medio ambiente para investigar y presentar. Los grupos trabajarán juntos para recopilar información, crear presentaciones visuales y preparar maquetas que representen sus hallazgos.</p> <p>"Myself" cuida tu cuerpo: se organizará una serie de talleres en los que los/las menores aprendan sobre la importancia de una alimentación saludable. Se realizarán charlas sobre nutrición equilibrada, se enseñarán recetas saludables y se realizarán actividades prácticas de preparación de comidas. Además, se incluirán ejercicios físicos y técnicas de relajación para promover el bienestar general de los/las participantes. Se prevé realizar 3 grupos para el taller de entre 5 a 10 personas.</p>
--	--

D. Organizar salidas y excursiones a parques naturales, museos, centros culturales y deportivos:

Consiste en organizar salidas y excursiones a parques naturales, museos, centros culturales y deportivos, con el objetivo de fomentar el contacto con la naturaleza, el aprendizaje y el ejercicio físico. Estas salidas y excursiones ofrecen a los menores la oportunidad de explorar y disfrutar de entornos naturales, aprender sobre la historia y la cultura en museos y centros culturales, y participar en actividades deportivas para promover el ejercicio físico y fortalecer su bienestar emocional. A lo sumo, estas actividades poco habituales permitirán despertar inquietudes, conocer nuevos espacios, descubrir gustos y crecer en su desarrollo social en el futuro.

Objetivo de la actividad	Promover el conocimiento, la apreciación y el disfrute de la naturaleza, la historia, el arte y las actividades deportivas.
Duración	5 meses (mayo - agosto). Al menos una excursión o salida al mes.
Participantes	Menores autorizados para salir del centro.
Personas encargadas	Educadores/as Sociales y Técnicos en integración social del centro.
Dinámica de la actividad	<p>Se organizarán excursiones a parques naturales para los menores del centro, se realizarán actividades como caminatas guiadas por senderos naturales de la provincia de Valladolid, y se impartirán charlas educativas sobre la importancia de conservar el medio ambiente.</p> <p>Se realizarán salidas a museos y centros culturales por grupos de entre 5-10 personas, donde los/las menores podrán explorar exposiciones y aprender sobre la historia, el arte y la cultura de la provincia.</p>

E. Realización de jornadas de reciclaje y seminarios a profesionales del centro:

Una actividad importante dentro de este proyecto de intervención es la realización de jornadas de reciclaje y seminarios dirigidos a los profesionales del centro. Estas jornadas y seminarios tienen como objetivo brindar actualización y capacitación sobre los problemas de salud mental más prevalentes en menores de edad y sus manifestaciones más frecuentes en entornos institucionalizados. Esto permitirá a los/las profesionales estar mejor preparados para abordar e identificar las necesidades emocionales y psicológicas de los/las menores y sus familias, así como proporcionarles una intervención adecuada y de calidad.

Objetivo de la actividad	Brindar actualización y capacitación sobre los problemas de salud mental más prevalentes en menores de edad y sus manifestaciones más frecuentes con el fin de mejorar las habilidades profesionales.
Duración	6 meses (febrero, marzo, abril y mayo). Al menos una jornada de reciclaje cada 2 meses, teniendo una duración aproximada de 1 hora cada sesión.
Participantes	Trabajadores/as de centro.
Personas encargadas	Trabajadores/as Sociales coordinadores/as del proyecto del proyecto con conocimiento en la promoción de salud mental en menores de edad.
Dinámica de la actividad	Se llevarán a cabo charlas y talleres impartidos por el/la coordinadora del proyecto, donde se abordarán temas como la ansiedad, la depresión, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el acoso escolar, entre otros. Estas/os profesionales recibirán información actualizada sobre las manifestaciones más frecuentes de estos problemas de salud mental en los menores y se facilitarán estrategias de intervención y apoyo adecuadas. Se impartirán a los profesionales que realizan intervención directa con los/las menores en grupos de 15 profesionales por jornada. Al finalizar las jornadas, se proporcionará a los/las participantes materiales y recursos prácticos que les permitirán implementar las estrategias aprendidas en su trabajo diario con los/las menores y sus familias. Estas jornadas se coordinarán con la dirección del centro para computar como trabajo efectivo y poder reestructurar

	horarios de trabajo sin perjudicar el normal funcionamiento del centro.
--	---

F. Promoción de actividades de voluntariado y servicio comunitario:

El propósito principal de esta actividad es brindar a los/las menores la oportunidad de involucrarse activamente en su entorno, sentirse útiles y comprender la importancia de involucrarse en un proyecto conjunto, ayudando a los demás. Al participar en actividades de voluntariado y servicio comunitario, los/las menores pueden desarrollar habilidades sociales, fortalecer su empatía, desarrollar un sentido de responsabilidad social y generar un impacto positivo en su comunidad.

Objetivo de la actividad	Generar un impacto significativo en la sociedad y fomentar la empatía hacia los demás, facilitando la integración social, el desarrollo personal y el sentido de responsabilidad social de los/las menores.
Duración	6 meses (marzo - mayo, agosto - noviembre). Al menos se realicen 2 actividades al mes.
Participantes	Menores autorizados para salir del centro.
Personas encargadas	Educadores/as Sociales, técnicos en integración social del centro y entidades sociales colaboradoras.
Dinámica de la actividad	Se organizará una campaña de voluntariado y servicio comunitario coordinado con otras entidades de voluntariado que quieran participar. Durante la campaña, se invitará a los/las menores a participar en diversas actividades, como la limpieza de parques y espacios públicos, la recolección de alimentos y otros enseres básicos, así como otras posibilidades de voluntariado como trabajo con protectoras de animales de la ciudad o el

	voluntariado con personas mayores. Los criterios para la selección de lo/las participantes se harán en función de la normativa del centro y situación respecto a los permisos de los/las menores.
--	---

G. Charlas y conferencias sobre la importancia del cuidado de la Salud Mental:

El propósito principal de esta actividad es proporcionar información actualizada y relevante sobre los problemas de salud mental que afectan a los/las menores institucionalizados. A través de las charlas y conferencias, se busca aumentar la conciencia y el conocimiento de los profesionales y los propios menores sobre estas problemáticas, así como promover la empatía y el entendimiento hacia aquellos que las experimentan.

Objetivo de la actividad	Aumentar la sensibilización y el entendimiento del problema de salud mental en menores institucionalizados entre profesionales y la sociedad en general.
Duración	6 meses (al menos una charla cada dos meses). Cada sesión tendrá una duración de 1 hora aproximada.
Participantes	Menores y profesionales del centro.
Personas encargadas	Educadores/as Sociales y técnicos en integración social del centro.
Dinámica de la actividad	Se organizarán charlas sobre habilidades de comunicación para los/las profesionales y los/las menores del centro. Durante las charlas, se abordarán temas como la escucha activa, la empatía, la asertividad, la resolución de conflictos, la prevención del acoso escolar o la promoción de la salud mental. Una vez finalizada cada charla los/las encargados/as de las mismas facilitarán un espacio de

	debate abierto para compartir experiencias y aprender de los demás.
--	---

7.6. Organización

7.6.1. Equipo humano

Existirá dos personas coordinadoras del proyecto (Trabajadores/as Sociales), quiénes tendrán la responsabilidad de supervisar todas las actividades del proyecto, establecer un plan de trabajo y hacer un seguimiento del mismo. Esta figura se encargará de seleccionar a los demás profesionales que ocuparán los puestos disponibles, basándose en una propuesta de empleo previa. Para tomar esta decisión, los /las coordinadores/as realizarán entrevistas y evaluarán la experiencia y competencias de las personas candidatas interesadas para trabajar en el proyecto. Además, tendrán como misión establecer canales fluidos de comunicación con la dirección del centro y con el personal encargado del centro de menores, así como de otros profesionales que participen o sean de interés para la intervención y las familias de los/las menores. Ofrecerán atención individualizada a través de entrevistas con las familias en el desarrollo de la intervención, así como aquellas que se desarrollen a lo largo de la ejecución del proyecto.

Por otro lado, se contará con dos Educadores/as Sociales, serán las personas encargadas de ejecución y puesta en marcha de las diversas actividades que se propongan desde el proyecto, evaluarán las necesidades que se detecten una vez puesto en marcha el proyecto, facilitarán la creación de vínculos con los/las menores, los profesionales del centro y las familias.

Por último, se contempla la posibilidad de contratar a un/a psicólogo/a especializado/a en la atención a menores con problemas de conducta. Este profesional se encargará de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de menores con conductas disruptivas, colaborando con el personal encargado del proyecto para diseñar e implementar planes de intervención individualizados.

7.6.2 Estructura organizativa

Se creará una estructura orgánica clara que permita una comunicación efectiva entre los diferentes miembros del equipo y garantice una ejecución eficiente del proyecto. El proyecto se llevará a cabo en un Centro de Menores, dónde se ejecutará con integridad. Se establecerán reuniones periódicas, una vez cada dos semanas entre todo el equipo interviniente, para evaluar el avance del proyecto y tomar decisiones conjuntas y consensuadas. El proyecto será coordinado por dos Trabajadores/as Sociales los cual contarán con un equipo de dos Educadores/as Sociales y un/a Psicólogo/a. No obstante, el proyecto está abierto a la contratación de más profesiones si las circunstancias y necesidades del centro lo requieren. Además, se espera contar con la colaboración puntual del propio personal del centro de menores en la ejecución de diferentes actividades del proyecto.

Dentro del proceso de ejecución del proyecto es conveniente plasmar un cronograma donde se explicita de manera clara y ordenada la distribución temporal de las actividades propuestas. Cada actividad tiene una distribución justificada y diseñada según la misma, en la cual los primeros meses se dedicarán a las actividades relacionadas con el diagnóstico social-familiar, entrevistas iniciales, cursos de formación para los/las profesionales, pues el objetivo es conocer el contexto dónde se va a llevar a cabo el proyecto. Los meses intermedios estarán dedicados a actividades prácticas y a la intervención directa con los/las menores del centro. Esto incluye talleres de habilidades sociales, actividades culturales, deportivas y excursiones fuera del centro. En esta etapa del proyecto, ya se habrá establecido una relación de confianza con los/las participantes.

Los últimos meses se destinarán a la evaluación y recopilación de los datos generales obtenidos a lo largo de las intervenciones, con el objetivo de analizar y medir los resultados de las intervenciones realizadas, esta fase es crucial para comprender el impacto de las actividades, ajustar las estrategias y mejorar futuras intervenciones.

CRONOGRAMA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	N	E	A	B	A	J	J	A	S	O	N	D
	E	R	R	R	Y	U	U	G	E	C	O	I
	R	B	Z	I	O	I	I	S	P	T	V	C
	O	R	O	L		O	O	T	I	B	E	I
		R						O	E	E	M	E
		E						M	B	R	B	R
		R						B	R	E	E	E
		O						E				
Entrevistas individuales y grupales con las familias de los/las menores.												
Implementación de talleres de habilidades sociales y emocionales.												
Organización de actividades deportivas, artísticas y culturales.												
Realización de jornadas de reciclaje y seminarios a profesionales del centro.												
Organizar salidas y excursiones a parques naturales, museos, centros culturales y deportivos.												
Promoción de actividades de voluntariado y servicio comunitario.												
Charlas y conferencias sobre la importancia del cuidado de la Salud Mental.												

Fuente: Elaboración propia.

7.6.3. Estructura logística

Dentro del desempeño y desarrollo del proyecto será necesario contar con las aplicaciones informáticas del centro, así como adaptar el proyecto a las características de las mismas con el objetivo de facilitar la coordinación y comunicación multidisciplinar para las futuras intervenciones con los/las menores.

7.7. Recursos disponibles

7.7.1 Recursos materiales

Para el desarrollo de un proyecto social en un centro de menores, se requieren diversos recursos materiales que contribuyan al correcto desarrollo de las actividades. Además de los recursos propios del centro, como las aulas y espacios necesarios, es importante considerar otros recursos específicos.

El proyecto se desarrollará en un centro de internamiento de menores Zambrana Valladolid, dónde se tendrá disponibilidad de los recursos del centro, así como las aulas y espacios necesarios para el correcto desarrollo del proyecto.

A continuación, se detallan algunos de los recursos materiales que podrían ser necesarios:

- **Medios informáticos:** En la actualidad, los medios informáticos son herramientas fundamentales en diversos ámbitos de trabajo. En un proyecto social, los ordenadores pueden ser útiles para llevar a cabo tareas como la gestión de información, la elaboración de informes, la comunicación con otros profesionales, entre otros aspectos.
- **Impresoras:** Las impresoras pueden ser necesarias para imprimir documentos, informes, materiales educativos u otros recursos que sean relevantes para el proyecto.
- **Espacios de reunión:** Además de los espacios destinados a la realización de actividades, es importante contar con espacios adecuados para llevar a cabo reuniones, tanto internas como con otros profesionales o colaboradores externos. Estos espacios pueden facilitar la planificación, coordinación y evaluación del proyecto, se estima otros como aulas de audiovisuales, aulas polivalentes o instalaciones deportivas asimiladas a un polideportivo.

Es importante tener en cuenta que los recursos materiales necesarios pueden variar dependiendo de las características específicas del proyecto social y las

necesidades de los/las menores en el centro. Por lo tanto, es recomendable realizar un análisis detallado de los requerimientos y adaptar los recursos en función de ello.

7.7.2. Recursos financieros

GASTOS	Cuantía solicitada	Otras subvenciones			Financiación propia del centro.
		F. S. E	ESTADO	JCYL	
Recursos humanos:					
<ul style="list-style-type: none"> Personal (nóminas, seguros y cotizaciones) ANUAL 	100.000	60.000	30.000	40.000	15.000
<ul style="list-style-type: none"> Formación de profesionales 	5.000				5.000
Recursos materiales:					
<ul style="list-style-type: none"> Material 	500				500
Ayudas económicas:					
<ul style="list-style-type: none"> Ayudas de emergencia 	10.000	6.000	3.000		3.000
Imprevistos y varios:					
<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento y actividades 	5.000	5.000		2.000	3.000

• Dietas u otros gastos derivados	4.000	2.000			2.000
• Contingencias	10.000	8.000	6.000	4.000	
GASTOS ANUALES TOTALES:	134.500	166.000			28.500

Fuente: Elaboración propia

7.7.3. Recursos humanos

Dentro de estos recursos se encuentran los sueldos de los profesionales, así como los seguros que se estimen, además se tendrán en cuenta los planes de formación y reciclaje de los/las profesionales que intervengan en el proyecto. En un primer momento del proyecto se contará con dos trabajadores/as sociales, serán las personas coordinadoras del proyecto, dos educadores/as sociales que se encargarán de la ejecución de las diferentes actividades del proyecto y un psicólogo/a experto/a en la atención a menores .

8. EVALUACIÓN

La evaluación de un proyecto de intervención social con menores institucionalizados en centros de menores es crucial para garantizar la efectividad y eficiencia del programa. La evaluación permitirá medir el impacto en el desarrollo y bienestar de los/las menores, asegurando que se cumplen los objetivos establecidos, además, identificará áreas de mejora y optimizará la asignación de recursos. La evaluación proporcionará evidencia para justificar la continuidad o modificación de las intervenciones y fomentará la transparencia ante financiadores y stakeholders relacionados con el proyecto de intervención.

8.1. Objeto y objetivos

8.1.1 Objeto

Medir el impacto del proyecto de prevención, detección e intervención de problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores institucionalizados en centros.

8.1.2. Objetivos

- Obtener datos concretos sobre el impacto del proyecto en la salud mental y el comportamiento de los menores institucionalizados.
- Identificar áreas en las que se puedan introducir mejoras para optimizar los resultados del proyecto.
- Demostrar transparencia y visibilidad en los resultados obtenidos en la evaluación, lo que contribuirá a generar confianza en los/las implicados/as en el proyecto y en la comunidad en general.
- Evaluar el grado de satisfacción de todos los agentes involucrados en el desarrollo del proyecto; menores de edad, personal del centro y familias, en relación con los servicios ofrecidos, lo que permitirá ajustar y mejorar la atención brindada en un futuro.
- Evaluar la sostenibilidad del proyecto, así como la capacidad de seguir ofreciendo los servicios y apoyo a largo plazo, garantizando así su continuidad y beneficio a largo plazo.

8.4. Metodología de la evaluación

Para la metodología de la evaluación se realizará a partir de dos modelos principales; el modelo pragmático y el modelo interpretativo de acuerdo con (De La Rosa Gimeno, 2023):

En primer lugar, se ha seleccionado el modelo pragmático debido a su relación con el proceso en la toma de decisiones y su enfoque en obtener conocimiento sobre el progreso del proyecto de intervención. Este modelo se basa en hacer preguntas clave, como, por ejemplo: ¿Qué partes del programa están funcionando bien?, ¿Qué partes

están funcionando mal?, ¿Qué se puede mejorar? Estas preguntas nos permiten evaluar de manera efectiva el desempeño del proyecto y buscar oportunidades de mejora.

Por otro lado, el modelo interpretativo ha sido seleccionado debido a su adecuación a proyectos de carácter social en los que es fundamental considerar los pensamientos, sentimientos y experiencias de las personas involucradas. En este sentido, es importante tener en cuenta las opiniones de todos los/las implicados/as, desde los responsables y profesionales hasta los/las menores del proyecto. El modelo interpretativo nos permite comprender y valorar las perspectivas y vivencias de las personas con relación al programa. Es esencial reconocer que trabajamos con seres humanos y, por lo tanto, debemos considerar sus percepciones y experiencias para lograr un enfoque más completo y efectivo. Este modelo se hace las siguientes preguntas para realizar la evaluación: ¿De qué forma el programa contribuye a hacer una sociedad más justa? ¿El programa contribuye a hacer a los beneficiarios más libres? ¿El programa contribuye a reducir las desigualdades? ¿El programa ayuda al empoderamiento de las personas destinatarias?

8.5. Criterios de la evaluación

Se realizará la evaluación del proyecto teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- **Progreso:** implica medir el avance y los logros alcanzados en relación con los objetivos establecidos. Esto podría incluir indicadores como el nivel de participación de los menores, la mejora en su bienestar emocional y social, el aumento de sus habilidades y competencias, y la disminución de comportamientos problemáticos. Para evaluar el progreso, se pueden utilizar métodos cualitativos y cuantitativos, como entrevistas, observación directa y análisis de datos.
- **Impacto:** busca determinar los efectos y cambios a largo plazo del proyecto en los/las menores y en su entorno. Esto implica examinar cómo el proyecto ha contribuido a mejorar la vida de los/las menores, como su desarrollo personal, su integración social, su rendimiento académico y su perspectiva de futuro.

Además, se deben considerar los efectos indirectos en la comunidad y en otros actores involucrados, como familiares y personal del centro.

- Viabilidad futura: se centra en determinar si el proyecto es sostenible y tiene la capacidad de continuar proporcionando beneficios a largo plazo, así como analizar la infraestructura, los recursos que han sido necesarios y la capacidad de gestionar proyectos similares en otros centros en un futuro.

8.6. Indicadores a evaluar

Los indicadores a nivel general para la evaluación son una referencia o una medida que nos proporciona evidencia sobre la dimensión o el grado de algo. Son herramientas que nos ayudan a observar aspectos concretos de la realidad social o a evaluar un programa (De La Rosa Gimeno, 2023). Para el proyecto de intervención se utilizarán los siguientes indicadores:

- Aceptación de las actividades del proyecto por parte de los beneficiarios: Mide el grado de aceptación y participación de los/las menores en las actividades propuestas por el proyecto, lo cual refleja su compromiso e interés en el programa. Un indicador concreto podría ser: “número de actividades sugeridas por los/las menores que son incorporadas al programa”, por ejemplo; si los/las menores sugirieron alguna actividad deportiva, se medirá la aceptación y participación de dicha actividad, consiguiendo alinear las actividades del proyecto con sus intereses.
- Satisfacción en las relaciones interpersonales: Evalúa la satisfacción de los/las menores en las relaciones que establecen con el personal del centro y con otros compañeros/as, lo cual es fundamental para su bienestar emocional y social. Un indicador concreto sería: “número de conflictos interpersonales registrados y resueltos satisfactoriamente”, por ejemplo; realizar un registro y análisis de la cantidad de conflictos reportados y la percepción de los/las menores sobre la resolución de dichos conflictos, reflejando la calidad de las relaciones interpersonales.
- Participación de los beneficiarios: Mide el nivel de participación activa de los/las menores en la toma de decisiones relacionadas con el proyecto, lo cual promueve su empoderamiento y autonomía. Un indicador concreto que se

podría aplicar sería: “porcentaje de participación en las actividades implementadas”, por ejemplo; si se lleva un registro en hojas de asistencia sobre la participación, se podrá identificar qué actividades resultan más atractivas y cuáles menos para los/las beneficiarios/as.

Como herramientas para la elaboración y complementación de los indicadores de las evaluaciones se realizarán encuestas a las personas beneficiarias, el personal del centro y otros actores involucrados para recopilar información sobre su percepción, satisfacción y participación. Además, la realización de entrevistas individuales o colectivas permitirá obtener una comprensión más profunda de las experiencias y puntos de vista de los/las participantes. También es útil realizar observaciones directas de las actividades y comportamientos de los menores durante el proyecto. Finalmente, el análisis de documentos relacionados con el proyecto, como informes y registros, podrán brindar información adicional a la evaluación del proyecto.

8.2. Fases de la evaluación

La evaluación del proyecto que se llevará a cabo será ex-ante, durante y ex-post, es decir, una evaluación continua. La evaluación inicial se realizará antes de llevar a cabo la ejecución de las actividades, se revisarán las mismas con el propósito de observar si cumplen con las necesidades, características y motivaciones de los/las menores del centro. Se llevarán a cabo entrevistas diagnósticas con los/las menores y el personal del centro antes de la ejecución de las actividades. Estas entrevistas se centrarán en recopilar información sobre las necesidades, características y motivaciones de las personas implicadas. Los datos obtenidos se utilizarán para ajustar y personalizar las actividades del proyecto, asegurando que se alineen con las expectativas y requerimientos específicos de las personas beneficiarias.

Una vez puesto en marcha el proyecto en el centro de menores se realizará una evaluación del momento, para detectar posibles desviaciones o desajustes y corregirlos con la participación de los/las destinatarios. Será posible a través de entrevistas de seguimiento periódicas a las personas participantes en ese momento del proyecto, se llevarán a cabo a intervalos regulares para monitorear el progreso del proyecto, identificar posibles desviaciones o desajustes y realizar las correcciones necesarias en

tiempo real. La retroalimentación continua permitirá adaptar las intervenciones según sea necesario para mantener su eficacia y relevancia.

Por último, la evaluación ex-post permitirá determinar si las intervenciones realizadas cumplen o no con los objetivos y metas planteados y si el cambio experimentado en el bienestar de los beneficiarios es atribuible a las acciones del proyecto de intervención. Se llevarán a cabo entrevistas finales con los/las menores y el personal del centro, estas entrevistas se centrarán en evaluar si las intervenciones realizadas han cumplido con los objetivos y metas planteados. Se analizará el impacto del proyecto en el bienestar de los beneficiarios y se determinará si los cambios positivos observados son atribuibles a las acciones implementadas. Los resultados de estas entrevistas se utilizarán para medir el éxito del proyecto y para obtener lecciones aprendidas que puedan aplicarse en futuras intervenciones.

8.3. Responsables

El equipo de coordinación será responsable del desarrollo y ejecución del proceso de evaluación del proyecto de intervención. Su objetivo será garantizar que la evaluación sea eficaz, fiable y de calidad. Para lograr esto, se llevará a cabo una evaluación mixta en la que participarán los/las beneficiarios/as del proyecto tanto directos como indirectos. De esta manera, se obtendrán resultados más objetivos y se evitará caer en una autoevaluación donde a veces no se identifican los aspectos a mejorar. Además, se utilizarán indicadores que reflejen el cumplimiento de los objetivos de la evaluación.

Las personas responsables de la evaluación utilizarán diferentes técnicas de información, como entrevistas, fichas técnicas y análisis documental. Las fichas técnicas son herramientas que permiten recopilar información detallada sobre todas las acciones y tareas realizadas, lo cual facilita su posterior evaluación. Además, será necesario realizar algunas entrevistas a los/las beneficiarios/as del programa, ya que en ellas se identificarán informantes clave y se abordarán aspectos críticos del programa, con el objetivo de obtener una evaluación en profundidad. Por último, se llevará a cabo un análisis documental en el que se recopilarán diversos documentos, como fichas,

informes y memorias realizados a lo largo de la ejecución del proyecto, que posteriormente serán analizados para realizar la evaluación correspondiente.

9. CONCLUSIONES

El desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado ha permitido adentrarse en la comprensión de los problemas de salud mental y las conductas disfuncionales que afectan a los/las menores institucionalizados en los centros, con un enfoque particular en el Centro Zambrana de Valladolid. A lo largo del estudio, se ha evidenciado la complejidad de las problemáticas que enfrentan estos menores y la necesidad de intervenciones multidisciplinarias y personalizadas para abordar eficazmente sus necesidades desde el Trabajo Social.

El diseño del proyecto de intervención ha tenido como objetivo abordar de manera integral los problemas de salud mental y conductas disfuncionales en menores institucionalizados, con un énfasis en la prevención, detección e intervención temprana. La implementación de un programa de actividades educativas y formativas es crucial para promover el bienestar emocional y la integración social de estos menores. Estas actividades no solo proporcionan alternativas positivas para su tiempo libre, sino que también contribuyen a la construcción de una vida social saludable y desarrollo integral a largo plazo.

Entre las dificultades más importantes que he tenido para realizar el trabajo han sido poder realizar entrevistas a profesionales, así como encontrar información referente al objeto del trabajo. Además, en un primer momento de la realización del trabajo planteaba la posibilidad de acceder al Centro de menores Zambrana, aspecto que tuve que descartar debido a la dificultad de entrar en el centro y las normativas internas de funcionamiento.

Entre trabajo ha contribuido al Trabajo Social, ya que ha proporcionado un enfoque integral y personalizado para abordar los problemas de salud mental en menores institucionalizados, destacando la importancia de la coordinación

intersectorial y la intervención temprana para mejorar su bienestar y progreso social en general.

El valor añadido de una propuesta de intervención como la desarrollada en este trabajo radica en su enfoque holístico y adaptable, diseñado para responder a las particularidades de cada menor. La intervención no solo se centra en tratar problemas existentes, sino también en prevenir la aparición de nuevas dificultades mediante la creación de un entorno de apoyos y recursos continuos. Este enfoque asegura una atención más efectiva y sostenible, promoviendo el desarrollo integral y la reintegración social de los/las menores institucionalizados.

En última instancia, la propuesta desarrollada tiene el potencial de servir como modelo para futuras intervenciones, contribuyendo al avance de las prácticas en Trabajo Social y a la mejora de la calidad de vida de las personas menores de edad en situación de vulnerabilidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archer, J. (2012). Las diferencias entre los géneros en el desarrollo de la agresividad desde la primera infancia hacia la adultez. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. University of Central Lancashire, Reino Unido.*
- Barrena Arana, J. (2018). *Propuesta de intervención en prevención de consumo de drogas entre menores institucionalizados.*
- Cabiati, E., y Folgheraiter, F. (2014). La metodología relacional de la red. Perspectiva y principios básicos. *Perspectivas sociales, 16(1).*
- Comité de Derechos del Niño. (2003). Comité de los derechos del niño 34º período de sesiones. Observación general n.º 5. Medidas generales de aplicación de la convención sobre los derechos del niño. *ACNUR.*
- Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades. (2012). Modelo marco de plan general de los centros específicos destinados a la atención residencial de menores con medidas o actuaciones de protección de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León.*
- De La Rosa Gimeno, P. (2023). Diseño, gestión y evaluación de programas sociales. *Evaluación de programas sociales. Universidad de Valladolid.*
- Dirección General de Salud Pública. (2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. *Estrategia Salud Mental del SNS. Ministerio de Sanidad.*
- Escuela Internacional de Mediación. (2023). *¿Cómo es un centro de acogida? ¿Es lo mismo que un centro?* <https://eimediacion.edu.es/noticias-eim-menores/centro-de-acogida-y-centro-de-menores/>
- Estructura social defectuosa y conducta antisocial en adolescentes II.* (s. f.). CEDE. Recuperado 9 de marzo de 2024, de <https://pir.es/blog/novedades-por-areas/psicologia-clinica/psicologia-clinica-iv/estructura-social-defectuosa-y-conducta-antisocial-en-adolescentes-ii/>
- Gómez Ortega, S. (2024). *Los distintos tipos de agresión en el ser humano.* <https://psicologiaplascencia.es/blog/tipos-de-agresion-en-el-ser-humano/>
- Junta de Castilla y León. (2004). Decreto 203/2000, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el estatuto del centro regional Zambrana para la atención a

- menores con expediente de protección que presenten graves alteraciones de conducta y a menores y jóvenes infractores. *Boletín Oficial de Castilla y León*.
- López Sánchez, F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *Adolescere*, 3.
- Martínez, S. (2020, agosto 28). *¿Qué son las conductas disruptivas y cómo manejarlas en el aula?* Educación 2.0. Tu revista de Educación. <https://educacion2.com/conductas-disruptivas/>
- Martínez Virto, L., y Azcona Martínez, A. (2020). Trabajo en red como metodología de intervención con la infancia y adolescencia: claves para su consolidación. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 18. <https://doi.org/10.4995/reinad.2020.12936>
- Ministerio de Sanidad. (2017). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. *Serie informes monográficos. SG Información Sanitaria*. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP*.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- OMS. (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Palomino, C., Marín, E., y Fernández, L. Á. (2011). The fimbrial usher FimD follows the surA-BamB pathway for its assembly in the outer membrane of *Escherichia coli*. *Journal of Bacteriology*, 193(19). <https://doi.org/10.1128/JB.05585-11>

- Páramo, M. de los Ángeles. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica, 29*.
- Pedreira Massa, J. L., y Martín Álvarez, L. (2000). Sumario Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación Social, 120*.
- Rodríguez, H., Espinosa, A., y Pardo, C. (2013). Función familiar y conductas antisociales y delictivas de adolescentes de instituciones públicas educativas de la ciudad de Ibagué. Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*.
- Rodríguez Hernández, P. J. (2022). El adolescente violento. *Pediatría Integral, 4*(229–235).
- Rodríguez Hernández, P. J., Álvarez Polo, M., y Hernández Sicilia, M. (2014). La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada, 12*(2). [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70176-3](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70176-3)
- Rojas Zegarra, M. E. (2013). *Distorsiones cognitivas y conducta agresiva en jóvenes y adolescentes : análisis en muestras comunitarias y de delincuentes*. Universidad Complutense de Madrid.
<http://hdl.handle.net/20.500.14352/37910>
- Ruiz Mitjana, L. (2020, febrero 7). *Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental*. ¿Qué es el modelo biopsicosocial y cómo define el objetivo de la psicología? <https://psicologiymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>
- Sánchez Ortega, L. (2023). Propuesta de prevención sobre la salud mental en el alumnado de educación secundaria obligatoria. *Trabajo de Fin de Grado*. Universidad de Valladolid.
- Servicios Sociales de Castilla y León. (s. f.). *El sistema de protección | Servicios Sociales | Junta de Castilla y León*. Protección a la infancia y adopción. Recuperado 19 de febrero de 2024, de <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/sistema-proteccion.html>

Valls Monzó, A. (2022). *La importancia de los grupos de iguales en la etapa adolescente*. Red Cenit. Centro de Desarrollo Cognitivo.
<https://www.redcenit.com/la-importancia-de-los-grupos-de-iguales-en-la-etapa-adolescente/>

ANEXOS

7.1. Anexo 1

Guion de las entrevistas.

1. ¿Cuáles son las manifestaciones más frecuentes de los problemas de salud mental en los menores institucionalizados en centros? ¿Existen diferencias en la manifestación de estos problemas entre chicos y chicas? ¿Cuáles son los primeros signos a los que debemos prestar atención sobre los problemas de salud mental en los centros?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de las conductas problemáticas de los menores de edad en la vida de un adolescente de entre 15 a 18 años y en su entorno familiar y social a medio o largo plazo?
3. ¿Qué papel juega el estigma de haber sido menores institucionalizados en los adolescentes y en sus familias? ¿Cómo afecta este estigma en la salud mental?
4. Como profesionales, ¿a qué desafíos específicos se enfrenta el personal de los centros de menores al trabajar en la salud mental dentro de estas instituciones?
5. ¿Qué estrategias de intervención y tratamiento han demostrado ser efectivas en el manejo de problemas de salud mental en adolescentes internados en centros de menores? Si se detecta una situación de algún problema de salud mental en el centro, ¿cómo se actúa?
6. ¿Cómo se abordan las barreras culturales y lingüísticas en la evaluación y el tratamiento de la salud mental en los menores de edad de diferentes etnias dentro del centro de menores?
7. ¿Qué tipo de programas de intervención psicosocial se implementan para promover la salud mental y el bienestar emocional de los menores de edad en el centro?

8. ¿Cómo podemos trabajar conjuntamente para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el apoyo a adolescentes de entre 15 a 18 años con problemas de salud mental y a sus familias?

7.2. Anexo 2

1º ENTREVISTA. E1. Educador social en el centro de menores Zambrana de Valladolid.

1. Los problemas de salud mental que más he podido reconocer en mi centro de trabajo son depresiones, ansiedad, problemas a la hora de conciliar el sueño, enfermedades relacionadas con la alimentación, anemias... Yo no he podido reconocer diferencias entre chicos y chicas porque los monitores estamos siempre con chicos o con chicas; en mi caso, solo estuve con chicos. En cuanto a los signos para poder detectar los problemas de salud mental, los monitores, como conocemos a los menores diariamente, pues podemos reconocer fácilmente cuando se alejan de su grupo de amigos, cuando están anímicamente mal, y esos son los primeros signos a los que se puede prestar atención por un futuro problema de salud mental.

2. Yo, que soy un profesional que me implico en mi trabajo, he sido para muchos de ellos como un hermano mayor. Por ello, si estos chicos tienen un referente o una persona que les guíe, van a tener futuro; de lo contrario, no.

3. En muchas ocasiones, la burocracia mantiene una barrera afectiva entre los menores y los profesionales, lo cual puede ocasionar una falta de efectividad en la intervención.

4. Existe un protocolo de actuación que nos guía, sobre todo a los profesionales que entramos nuevos, a saber, cómo actuar ante circunstancias excepcionales, cómo tratar a un TDH, uno que tiene depresión, bipolaridad. Sí que es cierto que la forma de actuar de cada profesional es más personalizada y no existe un único modelo sobre cómo tratar a los menores en los centros; es decir, cada profesional interpone un criterio siempre guiado por los protocolos de actuación que se rigen por la normativa del centro.

5. En mi centro, existe una buena conexión entre profesionales psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales. Entre ellos y nosotros, nos coordinamos para realizar una intervención adecuada con los menores, pues entre todos llevamos a cabo pautas correctas que sirven para mejorar la calidad de vida de los menores.

6. Desde mi punto de vista, pienso que las barreras culturales no son un inconveniente ni un obstáculo para la evaluación de los problemas de salud mental en menores, debido a ese proceso de integración e inclusión que se realiza dentro de los centros. Si bien es cierto que hay casos en los que es necesaria una intervención más focalizada en ese abordaje de la integración, pues muchos de ellos oponen resistencia a ese cambio en las formas culturales que ellos viven. Más inri a personas ucranianas que vinieron en una situación tan compleja de su país. Muchos de los educadores pretendemos que, cuando acuden a los centros educativos, no se junten en grupos de la misma etnia; intentamos que haya un multiculturalismo en los grupos sociales que se desarrollan.

7. En mi centro, una vez al mes acudía el personal experto en psicología que se encargaba de realizar una evaluación, un acompañamiento y, sobre todo, una sensibilización sobre los problemas que pueden acaecer en relación con la salud mental de los menores.

8. Nosotros, los profesionales, tenemos formaciones específicas y especializadas sobre la salud mental y cómo abordar, sobre todo, problemas de conductas autolesivas y cómo actuar ante protocolos de actuación en situaciones excepcionales en las que sean necesarias unas medidas específicas, como retirar ciertos objetos o una vigilancia más exhaustiva a esas personas concretas.

2º ENTREVISTA . E2. Educadora Social en el centro de menores Zambrana de Valladolid.

1. En mi caso, que estoy en el módulo de mujeres, los problemas de salud más prevalentes que he podido reconocer son la ansiedad en mayor medida, así como los cambios de humor frecuentes. Respecto a los hombres, sí es cierto que la unidad terapéutica, que es aquella destinada a los problemas de salud mental diagnosticados, está compuesta en mayor medida por hombres, y las diferencias entre sexos quizás sean que los hombres tienen más problemas en el control de la conducta, mientras que las mujeres suelen ser más vulnerables a problemas relacionados con el estado de ánimo.

Desde el punto de vista de mi experiencia, creo que las mujeres gestionan y amplían el conflicto más que los varones. Por lo que yo he podido ver, son las chicas las que tienen más enfrentamientos con los profesionales, mientras que los chicos tienen más problemas con sus grupos de iguales. De los 70 internos del centro Zambrana, solo 8 son mujeres.

2. Uno de los factores que podrían influir para el correcto desarrollo de su vida a largo, corto y medio plazo es el contexto familiar donde se desarrollen, pues este es fundamental en las influencias y la educación que se ejerce. Considero que es necesario para un buen futuro de los menores una estructuración de la unidad familiar en la que se desarrollan.

3. Desde mi punto de vista y experiencia, creo que muchos de ellos no tienen o no adquieren una perspectiva a futuro y van por la vida con esa etiqueta de menor en centro de menores, lo que les impide un correcto desenvolvimiento en su vida que les haga salir de la situación que los ha llevado a estar internados en los centros. Casi ninguno de ellos ni de ellas piensa en un futuro laboral, familiar o social.

4. Considero que en el centro existe una buena coordinación entre profesionales y estamos muy preparados para el abordaje de los problemas que puedan surgir en relación con la salud mental de los menores internados en el centro. Esta coordinación, ya sea con la psicóloga, la psiquiatra o la trabajadora social, hace que el abordaje de estos problemas, ya sean conductuales o más relacionados con la salud mental, sea más sencillo y más amplio para una intervención social correcta.

5. Existen protocolos de actuación, sobre todo relacionados con aquellas situaciones autolíticas o intentos de suicidio dentro de los centros. En estas situaciones, se realiza un análisis del caso, una retirada de objetos y una vigilancia constante por parte de un educador, así como una asistencia psicológica de urgencia al menor por la situación en la que pueda estar pasando. Nosotros, como profesionales, lo que realizamos como educadores es una retirada de aquellos objetos que puedan causarles daños o puedan ser peligrosos para su salud en estas circunstancias, y, aparte, se ejecuta y se empieza la intervención con psicólogos.

6. No creo que existan barreras lingüísticas o culturales que impidan una intervención eficaz en el abordaje de los problemas de salud mental y, sobre todo, en las conductas disfuncionales que puedan presentar. Si bien es cierto que hay culturas

como la latinoamericana, que suelen ser más abiertas y suelen ser personas que muestran mejor sus sentimientos, hay otras culturas, como la árabe, que no lo hacen tanto.

7. Existen formaciones específicas y especializadas sobre los problemas de salud mental y cómo abordarlos en el centro, pero la temporalización de cada una puede llevar tiempo, y a las personas que nos contratan por ciertos meses, en ocasiones, no las podemos recibir.

8. Por mi experiencia laboral en Zambrana, creo que existe muy buena coordinación entre diferentes profesionales, ya sean del propio centro, como puedan ser educadores, monitores de tiempo libre, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, así como otros profesionales externos al centro, como puedan estar relacionados con los servicios sociales de los CEAS o profesionales sanitarios de las unidades de salud mental en menores del hospital clínico.

3º ENTREVISTA: E3. Educador Social en el centro de menores Zambrana Valladolid.

1. Por la experiencia que tengo acumulada hasta el momento, las manifestaciones más frecuentes pueden incluir problemas de depresión, ansiedad, algunos trastornos de conducta e incluso casos de bipolaridad, llegando a aquellos extremos de esquizofrenias en los que se requiera un tratamiento médico más preciso, el cual se proporciona en los centros médicos. Dado que en los centros de menores se realiza un seguimiento de salud, en caso de problemas más graves se acude a centros hospitalarios normalizados. Creo que las manifestaciones entre chicos y chicas son similares; en chicos pueden incluir conductas tendentes a la agresión física, mientras que en las chicas podrían ser más relacionadas con el estado de ánimo. Creo que los primeros signos a los que nosotros, los educadores, prestamos atención pueden ser los cambios abruptos de comportamiento, el aislamiento social, problemas relacionados con la alimentación o aquellas comunicaciones sobre la disminución del rendimiento académico en los centros educativos.

2. Creo que las consecuencias de conductas problemáticas en adolescentes podrían diferenciarse entre los aspectos mencionados. En la adolescencia, pueden tener problemas para terminar los estudios, para tener motivación en relación a encontrar un empleo, o una tendencia futura a conductas delictivas. Respecto al entorno familiar, se

observan consecuencias debidas al estrés y la tensión de la relación familiar, como el deterioro de los vínculos afectivos familiares, que puede llevar a posteriores rupturas. A medio o largo plazo, estas consecuencias aumentan el riesgo de exclusión social, dificultan la integración en la sociedad y potencian la reproducción de ciclos de violencia en otros contextos y momentos de su vida.

3. Creo que el estigma de haber sido menores institucionalizados puede causar sentimientos de vergüenza o aprendizaje en algunos casos cuando ha habido un cambio en la conducta y una concienciación sobre la misma. Este estigma suele llevar a un aislamiento social, en el cual los menores se agrupan con otros menores que han tenido antecedentes similares. El impacto en la salud mental puede incluir el desarrollo de problemas como ansiedad, depresión u otros trastornos mentales.

4. Nosotros, como profesionales, estamos expuestos a una alta carga emocional y estrés debido a la exposición continua a situaciones traumáticas. En muchas ocasiones, debemos actuar de manera independiente según cada menor y cada situación. Considero que la formación continuada es fundamental para manejar adecuadamente los problemas complejos que se plantean en términos de salud mental. En los últimos años, desde mi experiencia, se ha incentivado la formación y la concienciación de los profesionales sobre los aspectos más sensibles de la salud mental en los centros de menores.

5. Es evidente que las estrategias de intervención y tratamiento en los centros educativos han evolucionado significativamente. Al inicio de mi carrera laboral, existía un modelo más paternalista de profesor-alumno, pero en los últimos años este abordaje ha cambiado. Se intenta potenciar al menor desde su perspectiva, sus gustos y su iniciativa para crear un futuro en relación con su proyecto de vida. La detección de problemas de salud mental está más en manos de cada profesional, que identifica las modificaciones de comportamiento mencionadas anteriormente. Existe una coordinación evidente entre profesionales para comunicar cualquier signo y proceder a su posterior tratamiento si es necesario.

6. Considero que actualmente no hay barreras significativas que marquen una diferencia entre culturas que hagan más prevalentes los problemas de salud mental. Si bien es cierto que se observa que muchas personas solo se relacionan con grupos más afines a ellos o más culturalmente semejantes, se dan charlas sobre la inclusión, el

respeto y la comprensión intercultural. Por experiencia, creo que es el tiempo el que está realizando este importante trabajo de concienciación.

7. Considero que los programas de intervención más relacionados con los que yo realizo son, sobre todo, charlas sobre los proyectos de vida y el futuro profesional, la orientación laboral de los menores y los talleres de habilidades sociales, en los cuales potenciamos y desarrollamos la comunicación y la resolución de conflictos de manera pacífica, la importancia del manejo de las emociones, la inteligencia emocional, etcétera. Si bien es cierto que existen protocolos de intervención psicosocial gestionados por los trabajadores sociales del centro.

8. Hoy en día, la coordinación interdisciplinar entre profesionales ha aumentado. Se han establecido equipos y reuniones periódicas en las que nos reunimos los profesionales para abordar ciertos casos específicos sobre situaciones en el centro que puedan requerir una atención o intervención específica. La coordinación con psiquiatras, psicólogos y otros centros de salud es fundamental. De la misma manera, la comunicación con los centros educativos a los que asisten los menores es esencial para la evaluación de su nivel académico. La comunicación con las familias también ofrece una importante fuente de información y otro foco de intervención necesario.