

Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente

Fernando Lezcano Barbero

Universidad de Burgos. España
flezcana@ubu.es



Recibido: 20/06/2012

Aceptado: 12/03/2013

Resumen

La histórica permanencia en espacios sanitarios de las personas con enfermedad mental ha supuesto un importante retraso en el desarrollo de recursos educativos especializados de acuerdo con sus características. A raíz del proceso de «desinstitucionalización» (cierre de los psiquiátricos), se inició la incorporación del colectivo a la sociedad.

En los últimos años, las comunidades autónomas han comenzado, tímidamente, a dar una respuesta educativa a este colectivo, pero aún quedan términos por definir, alumnos y alumnas por evaluar, itinerarios por concretar, recursos por diseñar, profesorado y gestores por sensibilizar...

Palabras clave: estudiantes con enfermedad mental; escuela; recursos educativos; inclusión educativa.

Resum. *Alumnat amb malaltia mental. L'assignatura pendent*

La històrica permanència en recursos sanitaris de les persones amb malaltia mental ha suposat un important retard en el desenvolupament de recursos educatius especialitzats d'acord amb les seves característiques. Arran del procés de «desinstitucionalització» (tancament dels psiquiàtrics), es va iniciar la incorporació del col·lectiu a la societat.

En els últims anys, les comunitats autònomes han començat, tímidament, a donar una resposta educativa a aquest col·lectiu, però encara queden termes per definir, alumnes per avaluar, itineraris per concretar, recursos per dissenyar, professorat i gestors per sensibilitzar...

Paraules clau: estudiants amb malaltia mental; escola; recursos educatius; inclusió educativa.

Abstract. *Mental illness in students: the failed subject*

The historic stay in health care resources for people with mental disorders has been a significant delay in the development of specialized educational resources according to their properties. The recruitment of these persons into the society became as a result of the «deinstitutionalization» (closure of psychiatrics).

In recent years, the regions have begun, tentatively, to provide an educational response to this group, but there are still undefined terms such as students waiting for being evaluated, routes for being defined, resources for being designed and teachers and managers for being aware.

Keywords: mental illness in students; school; educational resources; inclusion in education.

Sumario

- | | |
|---|--|
| 1. Introducción | 5. Recursos educativos para el colectivo |
| 2. Delimitando la población | 6. Para finalizar |
| 3. ¿De cuántos estudiantes estamos hablando? | Referencias bibliográficas |
| 4. El estigma, siempre presente, también está en la educación | |

1. Introducción

La Constitución Española (1978), en el artículo 27.1, reconoce el derecho a la educación de todos los españoles y, en el artículo 27.4, señala que la enseñanza básica es obligatoria y gratuita. La Ley Orgánica de educación (2006) expone, por su parte, que:

El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los niños con necesidades educativas especiales temporales o permanentes puedan alcanzar los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos.

En otra área de trabajo, encontramos que la Ley de sanidad (1986) dedica el capítulo tercero a la salud mental. En él, se defiende la atención comunitaria como metodología de intervención. Expresamente indica: «Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil». Esta ley promueve el modelo de rehabilitación psicosocial e inicia el proceso definido como «desintitucionalización», que se basa, entre otros aspectos, en la participación social, y a través de los recursos comunitarios, de las personas con enfermedad mental.

El interés por la inclusión en el medio educativo, a pesar de lo indicado, ha comenzado a ser una realidad desde hace pocos años.

La histórica atención psiquiátrica al colectivo en recintos hospitalarios y la demora en la respuesta comunitaria ha hecho que la incorporación a los recursos sociales también haya llegado con retraso. En las revisiones y evaluaciones que se realizaron sobre la LISMI en 1993 (Lezcano, 2004), no se encontraba referencia alguna al colectivo, a pesar de que varias instituciones internacionales (ONU, UNESCO, Unión Europea) venían señalando la necesidad de hacerlo. Esta demora asistencial en el ámbito social ha tenido su reflejo en el educativo. Aunque, como veremos más adelante, las aulas hospitalarias tienen sus inicios en la década de 1950, las primeras referencias sobre la atención educativa especializada a niños o jóvenes con trastornos psiquiátricos, en la Comunidad de Madrid, se remontan a 2001 en diferentes recintos hospitalarios.

Parece extrapolable al contexto educativo la afirmación que el Ararteko (2000) formuló en relación con los servicios sociales, exponiendo que encontraba cierta parcialización de la atención, según la cual cada uno de los colectivos ha sido acogido específicamente por unos servicios determinados (pará-

lisis cerebral por Servicios Sociales, trastornos del espectro autista por Educación, etc.). El paso de la atención sanitaria a la respuesta comunitaria ha dejado una importante laguna, con lo cual este colectivo ha quedado en «tierra de nadie». En el ámbito educativo, la situación es un ejemplo más.

Es posible que muchos técnicos, gestores y docentes (de educación infantil, primaria y secundaria obligatoria) piensen que no deben hacerse cargo de esta realidad. Este tipo de prejuicios está haciendo que las personas con enfermedad mental y sus familias se encuentren viviendo una situación que no se corresponde con el momento histórico en el que nos encontramos.

A pesar de lo complicada que pueda parecer la realidad educativa presentada en este artículo, debemos recordar que lo aquí expuesto responde a un país que se encuentra enmarcado en la realidad económica, social, educativa, etc. del «primer mundo». Una revisión en otros espacios políticos y geográficos nos acercaría a realidades de una crueldad que, a nuestro moderno sistema de pensamiento, le costaría asimilar; pues en los países en desarrollo y con conflictos bélicos es donde se encuentran mayores y más graves índices de enfermedad mental en la población.

2. Delimitando la población

La primera dificultad con la que nos encontramos es la diversidad terminológica. En una somera revisión, encontramos algunas denominaciones habituales, como son: «enfermos crónicos» (Lieberman, 1993), «enfermos mentales» (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000; Arbach y Pueyo, 2007), «personas con trastorno mental grave» (López y Laviana, 2007), «personas con enfermedad mental grave y prolongada» (Orihuela Villameriel y Gómez Conejo, 2003), etc., todas ellas recogidas de los ámbitos sanitario y social.

Si nos referimos al contexto educativo, encontramos otras como: «alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a trastornos graves de conducta» (Junta de Castilla y León, 2007), «trastornos graves de personalidad o conducta» (González Picazo y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2011), «alumnado con necesidades educativas derivadas de patologías psiquiátricas» (Navarro Barba y Región de Murcia, 2011).

Esta diversidad terminológica pone de manifiesto una escasa consistencia en los criterios diagnósticos del colectivo de referencia. Así, por ejemplo, si exclusivamente hacemos alusión al concepto de «trastornos graves de conducta», término que acoge a otros colectivos, pero dentro del cual se encontraría nuestra «población diana», podemos encontrar diferentes realidades incluidas:

- Vinculación prioritariamente a los TDAH (Junta de Andalucía, 2008).
- La exclusión de los TDAH (Gobierno de Canarias, 2011).
- TDAH, discapacidad intelectual, trastorno disocial (Muñoz Gómez y Rodríguez Pérez, 2007).
- Trastorno disocial y trastorno negativista desafiante (Gobierno de Aragón, 2010).

Estas anotaciones pretenden poner de manifiesto el escaso consenso que hay en la actualidad.

Para intentar aclarar esta situación, al menos en relación con el «alumnado con enfermedad mental», a continuación, proponemos algunos aspectos relevantes.

La descripción de las personas con enfermedad mental hace referencia a aquellas que tradicionalmente han sido consideradas «locas». Según la RAE (2009), este término significa: «Que ha perdido la razón».

Proponiendo criterios más científicos y específicos, encontramos el siguiente (Goldman et al., 1981, citado por Liberman, 1993):

[...] un grupo en el que se encuentran las personas que sufren trastornos mentales severos y persistentes en el tiempo, que interfieren sus capacidades funcionales en la vida diaria (higiene personal, autocuidado, las relaciones interpersonales y la actividad laboral o formativa) y que dificultan su integración social de forma normalizada y autónoma.

En cualquier caso, deberán cumplir los siguientes criterios:

1. **Diagnóstico.** Dentro de la Clasificación CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), se incluyen trastornos psiquiátricos graves:
 - F-09: Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.
 - F-20: Esquizofrenia.
 - F-21: Trastorno esquizotípico.
 - F-22: Trastornos de ideas delirantes persistentes.
 - F-24: Trastornos de ideas delirantes inducidas.
 - F-25: Trastornos esquizoafectivos.
 - F-28: Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
 - F-29: Psicosis no orgánica sin especificación.
 - F-30: Episodio maníaco.
 - F-31: Trastorno bipolar.
 - F-32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
 - F-33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
2. **Duración.** Dos años de duración del tratamiento (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002), dado que la duración (real) de la enfermedad puede presentar dificultades para su valoración ante el enmascaramiento de los síntomas premórbidos no identificados o justificados por la edad.
3. **Presencia de discapacidad.** Lo que, en términos actuales, supone:
 - *Limitaciones en la actividad:* dificultades en el desempeño y la realización de actividades.
 - *Restricciones en la participación:* problemas al involucrarse en situaciones vitales de las personas afectadas.

Actividades y participación referidas a áreas como aprendizaje y aplicación del conocimiento; tareas y demandas generales; comunicación; movilidad; autocuidado; vida doméstica; interacciones y relaciones interpersonales; áreas principales de la vida; vida comunitaria, social y cívica; etc., con el concurso de *factores contextuales* (entorno, apoyos y relaciones, actitudes, etc.).

En este colectivo, la discapacidad se manifiesta mediante un número muy amplio de factores, como son: pobreza afectiva, alogía, abulia o apatía, anhedonia o insociabilidad y dificultades para la concentración o el mantenimiento de la atención (Blanco y Pastor, 1997).

Con todo ello, debemos indicar que los criterios no son estables en todos los países. Si tomamos como referencia el *School Questionnaire, School Mental Health Services in the United States, 2002-2003*, encontramos referencias relacionadas con las siguientes dificultades, algunas de las cuales no se incluyen en España (Teich et al., 2007):

- Problemas sociales, interpersonales o familiares.
- Ansiedad, estrés o fobia a la escuela.
- Depresión o comportamientos relacionados.
- Agresiones o conductas disruptivas.
- Delincuencia o conductas relacionadas con pandillas.
- Comportamientos o pensamientos suicidas u homicidas.
- Uso y/o abuso de sustancias.
- Desórdenes alimentarios.
- Las preocupaciones sobre el género y la sexualidad.
- Abuso físico o sexual.
- Agresiones sexuales.
- Trastornos mentales mayores o trastornos del desarrollo.

3. ¿De cuántos estudiantes estamos hablando?

La diversidad terminológica y la diferencia en los criterios que hemos recogido en el punto anterior conlleva una importante dificultad en la cuantificación de la población a la que nos referimos. No obstante, entendemos que es pertinente realizar una estimación.

Los primeros datos que debemos valorar es la tasa de prevalencia de enfermedades mentales en niños y jóvenes, que, según la OMS, se encuentra entre el 15% y el 20%, aunque, lamentablemente, según indica Alvarez (2007), entre el 75 y el 80% no recibe el apoyo adaptado a sus necesidades.

Con el ánimo de no ser alarmistas y acotar correctamente la población, nos basaremos en los mismos parámetros utilizados para la planificación de los recursos de atención sociosanitaria. En este caso, se entiende que, del conjunto de personas incluidas, entre el 0,6 y el 0,9% tendrá una patología que se define como «grave y prolongada», en cambio, el resto serán patologías que remitirán con cierto grado de apoyo y en un periodo inferior a dos años. Es decir, este último intervalo (0,6-0,9%) requerirá de apoyo educativo en algún momento.

Seguindo estos parámetros y partiendo de los datos más actuales de población escolarizada (MEC, 2010), los resultados serían los siguientes:

Población total escolarizada	Población con enfermedad mental		Población grave y prolongada en educación obligatoria	
11.005.653	15%	1.650.848	0,6%	9.905
			0,9%	14.858
	20%	2.201.131	0,6%	13.207
			0,9%	19.810

En la tabla 2, recogemos una estimación de la distribución en cada una de las comunidades.

Provincia	% de estudiantes	Total de estudiantes		
		Tasa	Desde	Hasta
Andalucía	20,2	0,6%	2.001	
		0,9%		4.002
Aragón	2,7	0,6%	267	
		0,9%		535
Asturias (Principado de)	1,7	0,6%	168	
		0,9%		337
Balears (Islas)	2,2	0,6%	218	
		0,9%		436
Canarias	4,5	0,6%	446	
		0,9%		891
Cantabria	1,1	0,6%	109	
		0,9%		218
Castilla y León	4,6	0,6%	456	
		0,9%		911
Castilla-La Mancha	4,8	0,6%	475	
		0,9%		951
Cataluña	16,2	0,6%	1.605	
		0,9%		3.209
Comunitat Valenciana	10,5	0,6%	1.040	
		0,9%		2.080
Extremadura	2,4	0,6%	238	
		0,9%		475
Galicia	4,9	0,6%	485	
		0,9%		971

Madrid (Comunidad de)	14,4	0,6%	1.426
		0,9%	2.853
Murcia (Región de)	3,6	0,6%	357
		0,9%	713
Navarra (Comunidad Foral de)	1,4	0,6%	139
		0,9%	277
País Vasco	4,4	0,6%	436
		0,9%	872
Rioja (La)	0,6	0,6%	59
		0,9%	119
Ceuta	0,2	0,6%	20
		0,9%	40
Melilla	0,2	0,6%	20
		0,9%	40

Teniendo en cuenta esta estimación y revisando la escasez de recursos educativos existente en las diferentes comunidades autónomas, no es extraño el elevado interés por la salud mental en la escuela. Este hecho se puede resumir en que, en las últimas revisiones sobre publicaciones de promoción de la salud en las escuelas (Lister-Sharp et al., 1999), encontramos un elevado interés sobre las iniciativas que promueven la salud mental.

4. El estigma, siempre presente, también está en la educación

El estigma es un elemento directamente relacionado con las patologías psiquiátricas y se configura como parte fundamental de la situación en la que se encuentran las personas afectadas y sus familias.

La RAE (2009) define por *estigma*, entre otras acepciones: 1) Marca o señal en el cuerpo; 2) Desdoro, afrenta, mala fama. Goffman (2001), refiriéndose exclusivamente a las personas con enfermedad mental, indica que la visión de la sociedad está influida por mitos, estereotipos y creencias erróneas que se transmiten desde hace siglos y configuran la imagen social de este colectivo, tomando como referencia algunas características concretas y negativas que se generalizan a todas las personas que lo forman.

Las personas que tienen una enfermedad mental se enfrentan a muchas formas de discriminación, desprecio y rechazo social. Rechazo que genera un gran sufrimiento, en ocasiones mayor que el derivado de los propios síntomas de la enfermedad (Goffman, 2001).

El entorno educativo no se encuentra lejano a esta imagen distorsionada y prejuiciosa, por ello es importante que repasemos algunas afirmaciones que lo definen, así como los argumentos que se utilizan. Esta revisión nos permitirá ser conscientes de la influencia negativa que se ejerce sobre la participación normalizada en el contexto educativo.

Estereotipo	Causas
Nunca se recuperan.	<p>Durante muchos años, estas personas se definieron como «crónicas», término en desuso, dado que hace referencia a una «incapacidad continuada» (Lieberman, 1993: 18), lo cual detrae escasas expectativas de recuperación o rehabilitación.</p> <p>La cronicidad se ha asociado, en gran medida, a la permanencia en los hospitales psiquiátricos. Esta situación supone un elemento estigmatizador en sí mismo (García González, 1998a: 68).</p>
Son personas violentas.	<p>En la cultura popular, parece que se encuentra una vinculación permanente de la enfermedad mental con la violencia (Appelbaum, 2006), de modo que constituye una parte fundamental del estigma que afecta al colectivo (Goffman, 2001). Sin embargo, diferentes estudios indican que es más frecuente la violencia contra ellos que siendo autores de la misma (Arbach y Pueyo, 2007; Stuart, 2003). Así mismo, las tasas de violencia son mayores en personas que no padecen ningún tipo de enfermedad que entre quienes cuentan con un diagnóstico de este tipo de patologías.</p> <p>Arbach y Pueyo (2007), por su parte, exponen que, en la actualidad, se relaciona con algunos tipos de violencia peor vistos, como son las agresiones sexuales, la violencia en el hogar, de pareja o de género.</p>
La mayoría son genios.	<p>Las patologías psiquiátricas no tienen una distribución por niveles de inteligencia. Se dan tanto entre personas con sobredotación intelectual como entre aquellas con discapacidad mental, aunque, en este último caso, puedan permanecer enmascaradas por otras conductas.</p>
Son impredecibles.	<p>La sensación de impredecibilidad se encuentra relacionada con las situaciones de manifestaciones positivas (creaciones producidas por la enfermedad: alucinaciones, audiciones, etc.). En situaciones de estabilidad y seguimiento médico, el comportamiento es tan predecible, o impredecible, como el resto de las personas.</p>
Deben estar hospitalizados.	<p>La histórica permanencia en recintos cerrados (hospitales psiquiátricos) ha hecho que se siga pensando que la respuesta es estrictamente sanitaria. Esta percepción errónea les ha venido excluyendo de otros apoyos, como son los sociales y los educativos (Lezcano, 2003).</p>
Son vagos, no les gusta trabajar.	<p>Puede que algunas medicaciones den la sensación de inactividad, de ralentización del pensamiento, pero, en situaciones de estabilidad, las personas con enfermedad mental tienen un alto interés por desempeñar puestos laborales. Diferentes estudios (FAISEM, 2007) ponen de manifiesto que la actividad laboral repercute positivamente en su recuperación psicosocial.</p> <p>Novak y Svab (2009) sugieren que el trabajo es uno de los aspectos por los que más se discrimina a las personas con esquizofrenia. Autonell et al. (2001) exponen que las consecuencias de los prejuicios negativos y la discriminación en la búsqueda de empleo y en las relaciones sociales puede tener como resultado un empeoramiento en la adaptación psicosocial.</p>

El estigma se encuentra notablemente reforzado por la imagen que proyectan los medios de comunicación social. Un estudio realizado a partir de 20.000 diálogos incluidos en 1.371 programas de televisión en Estados Unidos concluyó que la descripción de las personas con enfermedad mental estaba asociada a los siguientes conceptos: temidos, rehuidos, causantes de vergüenza y castigados (Mena et al., 2010).

Los medios de comunicación social son un elemento clave para la mejora de la integración del colectivo, aunque algunos autores (Guimón, 2001; Lezcano, 2004; ONU, 2004) también señalan que la participación en la educación de las personas o del alumnado con enfermedad mental será un elemento fundamental para la reducción del estigma y la mejora en la inclusión social, como ha sucedido con otros colectivos con discapacidad.

5. Recursos educativos para el colectivo

Dada la inexistencia de un modelo común, o consensuado, presentamos, a continuación, los diferentes recursos o experiencias que pueden servir de referencia para la construcción de una propuesta de trabajo efectiva.

Descartamos abordar el total de recursos sanitarios o sociosanitarios para el colectivo, aunque debemos reconocer la importante relación que existe con algunos de los recursos que expondremos a continuación.

Incluimos la figura 1, en la que se presenta el conjunto de recursos relacionados con las personas con enfermedad mental, aunque debemos señalar que la denominación puede variar en las diferentes comunidades autónomas.

Para la descripción de los recursos educativos, partiremos de las propuestas más generales y terminaremos con aquellos centros con mayor grado de especialización.

Sabemos que no todo el alumnado tiene las mismas necesidades, por ello, para realizar una valoración adecuada, se deben tener en cuenta diferentes variables que intervienen según el momento de aparición, así como la duración de la patología (Castilla Elena, 2010):

Derivadas del currículo

- Escaso nivel escolar del alumnado, cuando la convalecencia es mayor.
- Retraso en áreas concretas.
- Dificultades de aprendizaje, de conceptualización, de abstracción, de atención, de observación, de esquematización, etc.
- Desfase en el currículo por actitud sobreprotectora de la familia o excesivamente relajada.
- Ausencias escolares que no tienen relación con la enfermedad.

Derivadas del horario

- Momento del curso en que se produce el apoyo educativo.
- Tiempo semanal dedicado a cada alumno.
- En el horario vespertino, se presenta mayor cansancio del alumno y a veces estrés.
- Después de la comida, apatía intelectual.

Atención Sanitaria

- Atención Primaria de Salud.
- Equipos de Salud Mental.
- Unidades Psiquiátricas de Hospital General.
- Centros de Rehabilitación Psicosocial.^a
- Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica.
- Equipos de Atención Infanto Juvenil.

Atención Comunitaria**Vivienda**

- Familia.
- Mini-residencias.
- Viviendas supervisadas.
- Pensiones concertadas.

Formación Laboral

- Talleres Ocupacionales.
- Centros de Rehabilitación Laboral.
- Talleres de Empleo.
- Casas de Oficios.
- Escuelas-Taller.
- Cursos de Formación Profesional Ocupacional.

Inserción laboral

- Centro Especial de Empleo.
- Enclaves Laborales.
- Empleo Normalizado (a partir del modelo del Empleo con Apoyo.)
- Servicios de Integración Laboral.

Ocio y Tiempo Libre

- Centros de Inserción Social.

Espacio Educativo**Tutela**

- Fundaciones tutelares.

Recursos Especiales

- Sin Techo.
- Inmigrantes.
- Alcoholismo.
- Drogodependientes.
- Discapacidad Intelectual.
- Atención a la mujer.

^a Los *Centros de Rehabilitación Psicosocial* se incluyen en el espacio sanitario dado que en la Comunidad de Castilla y León pertenecen al mismo, no ocurre así en todas las Comunidades

Figura 1. Tipología de centros definidos en la red de atención a las personas con enfermedad mental.

Fuente: Lezcano, 2003.

Derivadas de la coordinación con tutores

- Dificultad para contactar con ellos por la organización del centro.
- Dificultades para encontrar tiempos libres comunes para poder reunirse.
- La información académica escrita tarda en conseguirse.
- Dificultad para establecer criterios comunes en algunos casos.
- Dificultad para llevar a cabo la evaluación del alumno.

A continuación, se presentan, como hemos indicado, los diferentes recursos educativos referidos al colectivo.

5.1. Escuelas promotoras de salud mental

La promoción de la salud y la educación para la salud en las escuelas inició su andadura en la década de 1950 (Organización Mundial de la Salud, 1951). En la actualidad, encontramos un gran desarrollo de dicha iniciativa, aunque se pueden visualizar diferentes modelos. Entre ellos, destacamos: de una parte, la Red de Escuelas para la Salud en Europa (Ministerio de Educación, 2007), que promueve una perspectiva global de la salud y, de otra, principalmente en Estados Unidos, un movimiento más especializado: las escuelas promotoras de salud mental¹ (Wells et al., 2003).

El planteamiento que se realiza desde este segundo modelo es proporcionar la salud mental a través de programas y servicios en los centros docentes, incluidos diferentes contextos de mejora: formación y promoción social y emocional; aprendizaje y desarrollo de habilidades para la vida; la prevención emocional y dificultades de conducta; la identificación e intervención en la problemática de la salud mental desde el inicio y proporción de la intervención en las problemáticas establecidas (Weist y Murray, 2007).

Estos mismos autores (Weist y Murray, 2007: 3) seleccionan los siguientes temas clave que se deben abordar desde las escuelas promotoras de salud mental:

- Desarrollar un enfoque inclusivo y llegar a ayudar a todos los jóvenes interesados y sus familias, con el objetivo de superar las barreras de la promoción y la intervención.
- Construir programas que respondan a las necesidades del estudiante, la escuela y la comunidad, basándose en las fortalezas de las personas.
- Centrar su planificación en reducir las barreras del aprendizaje de los estudiantes a través de programas que tomen como referencia al alumnado, su familia y sus amigos y se basen en la evidencia de las acciones y los resultados obtenidos.
- Promocionar activamente la participación de los interesados en todos los aspectos del desarrollo del programa, la mejora y el crecimiento.
- Enfatizar y apoyar la evaluación sistemática de la calidad y la mejora continua del estudiante: evaluación individualizada.

1. School Mental Health (SMH).

- Garantizar la plena promoción y la intervención continua.
- Contratar al personal adecuado, asegurar la formación óptima, el entrenamiento y el apoyo continuos para facilitar una mayor calidad en la promoción y la intervención.
- Asegurar que todos los esfuerzos sean sensibles a las diferencias culturales y étnicas, así como a las características individuales.
- Facilitar la construcción de relaciones interdisciplinarias en las escuelas, así como la promoción de los equipos y los mecanismos de coordinación.
- Construcción de vínculos fuertes entre los programas y los recursos dentro de la escuela con el apoyo de contextos comunitarios.

La propuesta realizada desde las *school mental health* se basa en que la acción desarrollada desde el contexto educativo puede suponer una alternativa, en algunos casos, a los tratamientos especializados. Diferentes estudios realizados sobre las dificultades psicosociales o de salud mental en estudiantes (Teich et al., 2007; Wells et al., 2003) ponen de manifiesto que las escuelas promotoras de salud mental presentan mejores resultados que el resto de los centros educativos, o, en palabras de Lister-Sharp et al. (1999), son escuelas eficaces.

Stewart-Brown (2006: 16) informa sobre los esfuerzos realizados en las escuelas para la promoción de la salud mental:

Las escuelas que desarrollan programas basados en la promoción de la salud mental son eficaces, sobre todo si se implementan enfoques comunes al de escuelas promotoras de salud: la participación de toda la escuela, los cambios en la escuela para incorporar el entorno psicosocial, el desarrollo de habilidades personales, la participación de los padres/madres y la comunidad en general, y la aplicación de los programas durante un largo período de tiempo.

No obstante, debemos recordar que los resultados obtenidos presentan diferencias. De una parte, son claramente positivos los resultados en relación con la resolución de conflictos y la reducción de la violencia y la agresión. De otra, los resultados no son tan positivos en los programas de prevención del suicidio y los de desarrollo de la autoestima, al menos si no se combinan con otros programas, como la prevención del consumo de sustancias².

La propuesta de las escuelas promotoras de salud mental se encuentra en relación con el desarrollo de un nuevo paradigma, cuya base no solo está en tratar la «psicopatología» de las personas evaluadas (Rowling y Weist, 2004), sino también en abrir la posibilidad de que las diferentes disciplinas implicadas colaboren. Así, la burocracia debería facilitar la coordinación de las políticas de educación, salud mental, servicios sociales (menores, familia, jóvenes en riesgo de exclusión, etc.), a fin de reducir, en lo posible, la necesidad de llegar a una atención excluyente.

2. Aunque los programas para la prevención del consumo de sustancias tienen peores resultados, es cierto que han demostrado importantes beneficios en el retraso al acceso y la disminución en la cantidad consumida.

En nuestro país, esta misma propuesta se recoge en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013), que formula el objetivo general 6: «Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental», y se concreta en la recomendación 3:

Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento.

5.2. Atención educativa domiciliaria

De las alternativas para la atención educativa a población con enfermedades de larga duración, entre las que se encuentran las personas con enfermedades mentales, señalamos la «atención educativa domiciliaria». Conscientes de que esta situación puede provocar retrasos en la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades, baja autoestima y el consiguiente fracaso escolar, se plantean los siguientes objetivos para este programa (Junta de Castilla y León, 2009):

- a) Garantizar una atención educativa individualizada al alumno enfermo durante el período de convalecencia domiciliaria, con el objetivo de asegurar la continuidad de su proceso de enseñanza y aprendizaje y evitar el posible desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.
- b) Asegurar la comunicación y la coordinación entre el centro docente, las familias y, en su caso, con otras administraciones, para facilitar la adaptación a la nueva situación y la pronta y adecuada reincorporación al centro docente.
- c) Proporcionar, al alumnado que precisa atención educativa domiciliaria, los medios y los instrumentos necesarios para alcanzar una mejor calidad de vida y prevenir la ruptura del proceso escolar.
- d) Prevenir el aislamiento que se pudiera producir del alumno, creando para ello un clima de participación e interacción con la comunidad educativa.
- e) Facilitar la reincorporación del alumnado a su centro, una vez concluido el periodo de convalecencia, a fin de favorecer su integración socioafectiva y escolar.
- f) Prestar asesoramiento a las familias para mantener la comunicación del alumno con su entorno escolar, social y familiar, así como para fomentar el uso formativo del tiempo libre.

Este programa lo encontramos en todas las comunidades autónomas. Con carácter habitual, los servicios deben ser solicitados por los progenitores o responsables del centro en el que se encuentre matriculado el estudiante enfermo. La solicitud debe ir acompañada de certificados médicos y permisos diversos que, en la actualidad, se encuentran perfectamente detallados.

Relacionado con este programa, encontramos algunos proyectos novedosos, como es el *aul@encasa.es* (para la atención socioeducativa del alumnado convaleciente y hospitalizado, Junta de Castilla la Mancha). El objetivo marco es mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno comunicándolo con sus profesores y compañeros.

Las actividades más relevantes son:

- La videoconferencia con profesores y alumnos de su centro, con el aula hospitalaria, con los profesores de los equipos de atención educativa hospitalaria y domiciliaria, así como con amigos desde domicilios particulares.
- La tutoría a través de Internet.
- El intercambio de actividades curriculares para el alumnado.
- La realización de exámenes a través de la red.
- La utilización de Internet en tiempo de ocio.
- La preparación de contenidos para el web del servidor.

5.3. Aulas hospitalarias

En la década de 1950, se inician en España las aulas hospitalarias, vinculadas a los hospitales de la orden de San Juan de Dios.

La LISMI, en su artículo 29, expone que todos los hospitales con servicios pediátricos deberán incorporar «una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados».

El Parlamento europeo (1986), por su parte, publica la *Carta europea de los niños hospitalizados*, que recoge los derechos de este colectivo, entre los que destacamos:

- a) Derecho a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.
- b) Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y no obstaculice los tratamientos que se sigan.

Con carácter general, las aulas hospitalarias darán cobertura a niños, niñas y adolescentes ingresados en el hospital durante más de treinta días, aunque, como indica la Comunidad de Madrid (2010) al definir los destinatarios de este recurso:

- Los alumnos que manifiesten trastornos graves de personalidad o de conducta derivados por los Servicios de Salud Mental, recibirán la atención

educativa en las Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría o en los Centros Educativo Terapéuticos-Hospitales de Día.

A pesar de la *buena fe* que se presupone en este tipo de propuestas, los resultados de algunos estudios (Ullán et al., 2010) ponen de manifiesto que la atención educativa se pone claramente en riesgo cuando el ingreso no se realiza específicamente en unidades de pediatría.

El sistema de funcionamiento de este tipo de aulas es el de desarrollar las actividades vinculadas con el «centro de referencia» (centro en el que se encuentra matriculado el alumno o la alumna); así, las funciones que deben cumplir los docentes siempre deben realizarse de forma coordinada con el profesorado del citado centro.

La Comunidad de Murcia (Región de Murcia y Navarro Barba, 2011) propone las siguientes funciones de estos docentes:

1. Planificar actuaciones tendentes a la normalización educativa del alumnado hospitalizado, coordinando su actuación con el centro en el que el alumno o la alumna esté matriculado.
2. Realizar su labor docente mediante la atención directa al alumnado hospitalizado.
3. Elaborar y desarrollar, en los casos de alumnado de larga estancia hospitalaria, la programación individual adaptada teniendo como referente la del curso en que esté escolarizado el alumno o la alumna hospitalizado, que será proporcionada por el centro docente correspondiente.
4. Favorecer la integración socioafectiva de los alumnos y las alumnas hospitalizados.
5. Planificar estrategias de coordinación con el centro docente, con el personal sanitario, con la familia del alumno o la alumna y con otros servicios y profesionales que beneficien al alumnado para organizar su proceso educativo en el aula hospitalaria.
6. Finalizado el periodo de hospitalización, realizar tareas de acompañamiento al alumnado enfermo o convaleciente en aquellas circunstancias que determine la Administración educativa.
7. Facilitar al alumnado recursos para la utilización de su tiempo libre, potenciando y dinamizando actividades lúdicas.
8. Preparar la reincorporación del alumno o la alumna al centro en el que esté matriculado, informando al centro de su situación.
9. Elaborar un informe que registre el proceso educativo del alumno o la alumna en el aula hospitalaria, de forma que el equipo docente del centro en que esté matriculado disponga de los elementos necesarios para garantizar su evaluación.
10. Participar en la elaboración del Plan anual de actuación del EAEHD.
11. Otras funciones que se determinen para el mejor funcionamiento de la atención educativa.

La realidad de las personas con enfermedad mental requiere de un profesorado con conocimientos específicos; por ello, nos deberemos remontar al curso 2001-2002 para que el alumnado con patología psiquiátrica comience a recibir atención educativa especializada en la Comunidad de Madrid, con la puesta en marcha de las unidades educativas de psiquiatría de los hospitales Niño Jesús y Gregorio Marañón.

La especialización de este tipo de recursos presenta diferentes líneas de implantación en relación con el colectivo. Por una parte, en algunos hospitales de Madrid (Niño Jesús, Gregorio Marañón, etc.), la modalidad de aulas hospitalarias se ha desarrollado especializándose como «aulas psiquiátricas». Por otra parte, en Cataluña (Hospital Clinic) se relacionan este tipo de aulas con el hospital general y con el hospital de día. En este segundo caso, se permite continuar el proceso de escolarización a aquellos alumnos que, requiriendo la atención terapéutica en el hospital durante el día (media jornada), es importante que continúen reforzando los contenidos que los compañeros del aula de referencia trabajan a ritmo habitual.

5.4. Centro educativo terapéutico

El centro educativo terapéutico³ (CET) se constituye como un centro educativo y sanitario para la atención de niños y adolescentes entre los 6 y los 18 años que requieren algún tipo de tratamiento psiquiátrico con carácter continuado y deben seguir con la atención educativa a la que, por ley, tienen derecho. La primera institución de estas características es el centro Pradera de San Isidro (Madrid), que inicia su actividad académica el día 4 de febrero de 2002. A partir de este momento, en la Comunidad de Madrid, se han abierto tres centros más de estas características. Así mismo, diferentes comunidades autónomas (Castilla la Mancha y Murcia, por ejemplo) han seguido esta línea de actuación.

El desarrollo de las actividades se define, administrativamente, en dos niveles:

1. Como centro educativo, es la Consejería de Educación la responsable de la gestión y planificación de las actividades educativas.
2. Como centro sanitario, se configura como un hospital de día psiquiátrico, dependiente de la Consejería de Sanidad.

La diferencia fundamental del centro educativo terapéutico con las aulas hospitalarias vinculadas al hospital de día, recurso con el que presenta grandes similitudes, es que toda la atención del CET se realiza en un entorno normalizado y no en un entorno sanitario y hospitalario.

3. Debemos señalar que otras comunidades utilizan esta misma terminología para definir a centros que no cumplen las mismas funciones ni están orientados a los mismos destinatarios. Así mismo, en otros países (Argentina), es la denominación de un tipo de centros específicos para alumnado con trastornos del espectro del autismo.

Características del centro:

- Está dirigido específicamente a alumnado que manifiesta trastornos de salud mental, lo que permite un seguimiento acorde con las características educativas individuales, de una parte, y un seguimiento especializado de la patología, de otra. La figura 1 recoge con mayor detalle los criterios de inclusión y exclusión.
- La derivación de los alumnos se realizará a través de los servicios de salud mental. Esta propuesta permite un alto grado de especialización en el diagnóstico, lo cual evita que el recurso sea utilizado para «sacar del aula» al alumnado que, sin cumplir los criterios diagnósticos, es de atención compleja en el aula ordinaria.
- La matrícula no se realiza en el CET, sino que se mantiene en sus centros escolares respectivos de referencia, al que deberán regresar una vez finalizado el tratamiento. Esta medida permite mantener al alumno vinculado al grupo en el que realmente está ubicado y al que volverá cuando haya conseguido una situación de estabilidad.

1. Trastornos generalizados del desarrollo	
se incluyen	se excluyen
Síndrome de Asperger. Autismo infantil. Trastornos desintegrativos.	Retraso mental inf CI 50. Autismo atípico. Síndrome de Rett. Trastornos hiperkinéticos con retraso mental y movimientos estereotipados.
2. Trastornos de conducta	
se incluyen	se excluyen
Trastorno disocial cuya conducta no haya producido una inadaptación severa en medios normalizados.	Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución. Consumo de tóxicos como primer diagnóstico o consumo que no pueda abandonarse a lo largo del tratamiento.
3. Trastornos del estado de ánimo	
se incluyen	se excluyen
Trastornos depresivos y/o maníacos que no respondan a tratamientos ambulatorios.	Determinadas conductas suicidas que no pueden controlarse en los períodos que el paciente permanece fuera del centro.

4. Trastornos de la conducta alimentaria	
se incluyen	se excluyen
Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Obesidades con ingestas buliformes. Algunos casos de delgadez acusada por motivos psicológicos, que no llegan a cumplir los criterios para que sean considerados anorexia nerviosa.	Pacientes que presentan un riesgo somático importante por no cumplir los mínimos de índice de masa corporal.
5. Trastornos hipercinéticos	
se incluyen	se excluyen
Trastornos de la actividad y de la atención (aquellos casos graves donde el grado de inquietud extremo produce cuadros inadaptables).	Aquellos cuadros secundarios a trastornos orgánicos. Que el trastorno esté asociado a retraso mental.
6. Otros trastornos	
se incluyen	se excluyen
Esquizofrenias de distinto tipo, especialmente en sus fases de inicio y siempre que no hayan desembocado en cuadros residuales con déficits cognitivos definidos. Trastorno de personalidad grave de subgrupos distintos. Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia.	Pacientes con diagnóstico difícil, en donde es relevante llegar a éste y es necesario un período de observación.

Figura 2. Criterios de inclusión y exclusión del centro educativo terapéutico.

Fuente: Orihuela Villameriel, 2007.

Objetivos del CET:

- Proporcionar atención educativa a fin de asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, así como evitar el retraso escolar que pudiera derivarse de su situación.
- Asegurar la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje mediante una coordinación adecuada entre los distintos profesionales que trabajan con el alumnado enfermo.
- Facilitar la incorporación posterior del alumno a su centro educativo.
- Favorecer el proceso de comunicación mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

Para el equipo educativo, se plantean los objetivos siguientes:

- Mejorar el proceso de adaptación del alumnado al contexto escolar, para facilitar su integración posterior en el centro ordinario de referencia.
- Minimizar el impacto de las posibles secuelas del proceso patológico sobre el nivel de competencia curricular del alumnado.
- Colaborar con el equipo terapéutico en el desarrollo de los programas terapéuticos.
- Fomentar una actitud positiva de los centros de referencia para desarrollar programas psicopedagógicos y procesos de acogida que favorezcan la incorporación del alumno a su grupo de referencia.
- Promover la colaboración de la familia en el proceso educativo de su hijo prestandoles el apoyo y las orientaciones necesarios.
- Impulsar la coordinación y la relación con otros recursos psicopedagógicos y servicios de salud mental existentes.

6. Para finalizar

Para concluir sintéticamente, debe reconocerse que algunos de estos recursos pueden ser valorado como excluyente, desde la perspectiva inclusiva. Pero mientras no exista conciencia, formación, recursos materiales, coordinación interinstitucional... será difícil que las escuelas, los institutos... respondan adecuadamente a las características de este tipo de alumnado. Si se mantienen estos estereotipos seguirán siendo muchos profesionales de la educación, los que sigan pensando que: «deben ser atendidos SOLO por los psiquiatras».

Referencias bibliográficas

- ALVAREZ, H. K. (2007). «Teachers' Thinking about Classroom Management: The Explanatory Role of Self-Reported Psychosocial Characteristics». *Advances in School Mental Health Promotion*. The Clifford Beers Foundation y University of Maryland.
- APPELBAUM, P. S. (2006). «Violence and mental disorders: data and public policy». *American Journal of Psychiatry*, 163 (8), 1319-1321.
- ARBACH, K. y PUEYO, A. Á. (2007). «Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20». *Papeles del Psicólogo*, 28 (3) (septiembre-diciembre), 174-186.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2000). *Rehabilitación psicossocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Autor.
- Atención comunitaria de la enfermedad mental: Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV* [en línea]. Navarra: Ararteko, 2000. <www.ararteko.net> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- AUTONELL, J.; BALLÚS-CREUS, C. y BUSQUETS, E. (2001). «Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención». *Aula Médica de Psiquiatría*, 1, 53-58.
- «Carta europea de los niños hospitalizados». *Diario Oficial de las Comunidades Europeas* [en línea], 13 de mayo 1986. <<http://www.pediatriasocial.com/carta europea.pdf>> [Consulta: 30 septiembre 2011].

- CASTILLA ELENA, C. (2010). «Servicio de apoyo educativo domiciliario en la Comunidad de Madrid». *Educación Primaria*, 1, 18-23.
- Datos y cifras. Curso escolar 2010-2011* [en línea]. Ministerio de Educación y Ciencia, 2010. <<http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/prensa/documentos/2010/septiembre/datos-y-cifras-2010-2011.indd.pdf?documentId=0901e72b803eceed>> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- Expert Committee on School Health Services: report on the first session* [en línea]. Ginebra: OMS (Organización Mundial de la Salud), 7-12 de agosto de 1950. World Health Organization (Technical Report Series, 30. <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_30.pdf> [Consulta: 1 septiembre 2011].
- GARCÍA GONZÁLEZ, J. (1998). «Aspectos conceptuales». En: ESPINO, A.; GARCÍA, J. y LARA, L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 63-77.
- GOFFMAN, E. (2001). *Estigma: La identidad deteriorada*. Bilbao: Amorrortu.
- GONZÁLEZ PICAZO, J. L. y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (2011). «La respuesta educativa al alumnado hospitalizado y/o convaleciente en Castilla-La Mancha». XI Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria. El papel de las nuevas tecnologías en la atención educativa al alumnado enfermo. Cartagena (5, 6 y 7 de mayo de 2011). <<http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/aahh2011/docs/agonzalez.pdf>>.
- Guía para la detección temprana de discapacidades, trastornos, dificultades de aprendizaje y altas capacidades intelectuales* [en línea]. Gobierno de Canarias, 2011. <<http://www.gobcan.es/educacion/webdgoie/scripts/default.asp?IdSitio=12&Cont=44&Mod=10&P=627>> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- GUIMÓN, J. (2001). *Intervenciones en psiquiatría comunitaria*. Madrid: Core Academic.
- Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid. Dirección General de Educación Infantil y Primaria. Consejería de Educación, 2010.
- La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación de los enfermos mentales* [en línea]. Madrid: AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría), 2000. Cuadernos Técnicos, 3. <http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&Itemid=51> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- LEZCANO BARBERO, F. (2003). *Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en Castilla y León*. Burgos: Universidad de Burgos.
- (2004). «Centros para la atención a las personas con enfermedad mental: Entre el ámbito sanitario y el social, ¿dónde la educación?». *II Congreso Internacional Educación y Diversidad*. Universidad de León.
- LIBERMAN, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ediciones Martínez-Roca.
- LISTER-SHARP, D. et al. (1999). «Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews». *Health Technology Assessment*, 3 (22), 1-207.
- LÓPEZ, M. y LAVIANA, M. (2007). «Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII (99), 187-223.
- Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves: Una revisión actualizada de los modelos de intervención* [en línea]. Marbella: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), 2007. <<http://www.faisem.es/pagina.asp?id=105>> [Consulta: 6 septiembre 2011].

- Manual de atención al Alumnado con Necesidades Específicas de apoyo educativo derivadas de Trastornos Graves de Conducta* [en línea]. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008. <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278660362219_04.pdf> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- MENA, A. L.; BONO, A.; LÓPEZ, A. y DÍAZ, D. (2010). «Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (108), 597-611.
- MUÑOZ GÓMEZ, J. A. y RODRÍGUEZ PÉREZ, P. (2007). *La respuesta educativa al alumnado con Alteraciones Graves de la Conducta en Educación Secundaria Obligatoria* [en línea]. Madrid: Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/dat_sur/upel/orientacion/Conductas_graves_en_ESO.pdf> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- NOVAK, L. y SVAB, V. (2009). «Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results». *Psychiatr Danub*, 21 (1), 99-102.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1992). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Traducción de LÓPEZ IBOR, J. J. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- «Orden Edu/1169/2009, de 22 de mayo, por la que se regula la atención educativa domiciliaria en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y educación básica obligatoria en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León». *Boletín Oficial de Castilla y León*, 100 (2009).
- ORIHUELA VILLAMERIEL, T. (2007). «La formación en las personas con enfermedad mental grave y prolongada». En: LEZCANO, F. y MARTÍNEZ, M. A. (coord.). *Conocer y aceptar: El reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave*. Burgos: Foro Solidario Caja de Burgos.
- ORIHUELA VILLAMERIEL, T. y GÓMEZ CONEJO, P. (2003). *Población con enfermedad mental grave y prolongada* [en línea]. Madrid: IMSERSO. <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6441/POBLACION_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica* [en línea]. Ginebra: ONU (Organización de Naciones Unidas), 2004. <http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- Real Academia de la Lengua (2009). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa.
- REGIÓN DE MURCIA y NAVARRO BARBA, J. (2011). «La atención educativa al alumnado enfermo en la Región de Murcia». *XI Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria*. Cartagena, 5, 6 y 7 de mayo de 2011.
- «Resolución, de 28 de marzo de 2007, de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa, por la que se acuerda la publicación del Plan de Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales». *Red de Escuelas para la Salud en Europa, Red SHE* [en línea]. Madrid: Ministerio de Educación, 2007. <<http://www.educacion.gob.es/dctm/ifiie/investigacion-innovacion/educacion-salud/programas-proyectos/she.pdf?documentId=0901e72b80d61cef>> [Consulta: 6 septiembre 2011]. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 70 (11 de abril de 2007).

- «Resolución, de 26 de octubre de 2010, de la Dir. Gral. de Política Educativa por la que se concretan aspectos relativos a la atención educativa y a la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta en las etapas de Educación infantil, primaria y secundaria obligatoria de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón». *Boletín Oficial de Aragón* [en línea], 2010. <<http://orientacion.educa.aragon.es/ini.php?iditem=20&iz=20&sub=15>> [Consulta: 6 septiembre 2011].
- ROWLING, L. y WEIST, M. D. (2004). «Promoting the growth, improvement and sustainability of school mental health programs worldwide». *International Journal of Mental Health Promotion*, 6 (2), 3-11.
- STEWART-BROWN, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* [en línea]. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (Health Evidence Network Report). <www.euro.who.int/document/e88185.pdf> [Consulta: 20 septiembre 2011].
- STUART, H. (2003). «Violencia y enfermedad mental: una consideración general». *World Psychiatry*, 2, 121-124.
- TEICH, J. L.; ROBINSON, G. y WEIST, D. M. (2007). «What Kinds of Mental Health Services do Public Schools in the United States Provide?». *Advances in School Mental Health. Promotion. Training and Practice Research and Policy*, octubre, 11-22.
- ULLÁN, A. M. et al. (2010). «El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles». *Revista de Calidad Asistencial* [en línea]. doi:10.1016/j.cali.2009.12.00. <http://www.adolescenciasema.org/ficheros/pacientes_invisibles.pdf> [Consulta: 30 septiembre 2011].
- WEIST, M. D. y MURRAY, M. (2007). «Advancing School Mental Health Promotion Globally». *Advances in School Mental Health. Promotion. Training and Practice Research and Policy*, octubre, 3-11.
- WELLS, J.; BARLOW, J. y STEWART-BROWN, S. (2003). «Una revisión sistemática de los enfoques universales para la promoción de la salud mental en las escuelas». *Educación para la Salud*, 103 (4), 197-220.