

# LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE ADOLESCENTES DEL CEE- HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN: ACCIÓN DOCENTE

V. Victoria Muñoz Garrido

Unidad de hospitalización de adolescentes del CEE. Gregorio Marañón

## RESUMEN

El alumnado que, por razones de salud, debe permanecer temporalmente hospitalizado, se encuentra en situación de desventaja dentro del sistema educativo. La asistencia irregular a su centro de referencia y las posibles alteraciones emocionales que suelen aparecer durante la permanencia de este alumnado en las Instituciones Hospitalarias, pueden ser el origen de retrasos escolares, por lo que estos alumnos necesitan una respuesta educativa adecuada a las necesidades que en cada uno de ellos pueden manifestarse. Esta respuesta educativa, debe estar orientada a garantizar la continuidad del proceso educativo del alumno y contemplar tanto las necesidades educativas específicas relacionadas con aspectos curriculares como aquellas otras necesidades de tipo afectivo-personal.

La Comunidad de Madrid es pionera tanto en cantidad como en calidad en la atención educativa a los alumnos hospitalizados o convalecientes, todos los hospitales de la región, dotados de camas pediátricas, cuentan con un Aula Hospitalaria, además de dos unidades específicas de atención a alumnos con problemas de salud mental en fase aguda. Una de estas actuaciones dirigidas a la atención del alumnado con necesidades de compensación educativa por problemas de salud mental, es la Unidad de Hospitalización breve para adolescentes del Centro de Educación Especial- Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas educativos están obligados a dar respuesta a las demandas sociales y necesidades de los ciudadanos a los que sirven, para que todos puedan recibir una educación y una formación de calidad. El alumnado que, por razones de salud, debe permanecer temporalmente hospitalizado, se encuentra en situación de desventaja dentro del sistema educativo, su asistencia irregular al centro educativo y las posibles alteraciones emocionales que suelen aparecer durante la permanencia de este alumnado en las instituciones hospitalarias, pueden ser el origen de retrasos escolares, por lo que estos alumnos necesitan una respuesta educativa adecuada a las necesidades que en cada uno de ellos pueden manifestarse. Esta respuesta educativa, debe estar orientada a garantizar la continuidad del proceso educativo del alumno y contemplar tanto las

necesidades educativas específicas relacionadas con aspectos curriculares como aquellas otras necesidades de tipo afectivo-personal, emocional y de relación.

Los inicios de la atención educativa al alumnado enfermo en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se remontan a mediados del siglo XX. Madrid fue una de las provincias españolas, ahora Comunidad Autónoma, en la que primero se implantó una red de Aulas Hospitalarias. A lo largo de los más de cincuenta años de funcionamiento de las mismas, se ha procedido a la apertura y ampliación de Aulas Hospitalarias en función de las necesidades de cada momento y para dar respuesta a los derechos de los alumnos a recibir las atenciones educativas recogidas en las diferentes disposiciones normativas.

Comenzaremos revisando brevemente la normativa estatal y autonómica que ampara y justifica estas acciones educativas. Nos aproximaremos también a la actividad docente propiamente dicha de la Unidad de hospitalización breve para adolescentes, donde se trabajan con los alumnos ingresados, aspectos curriculares de manera individualizada, exigiéndoles y proponiéndoles, según sus posibilidades diarias, el trabajo escolar correspondiente a su nivel de competencia curricular y otras actividades que fomentan la creatividad, partiendo siempre de las potencialidades de cada alumno y presentando alternativas pedagógicas que permitan la expresión y la liberación de conflictos psicológicos. Todas las actividades están insertadas en el currículum y adaptadas a los diferentes niveles educativos que se encuentran en el aula.

## 1. REGULACIÓN NORMATIVA

La escolarización universal es un principio básico del sistema educativo y la atención sanitaria a la infancia un derecho irrenunciable. Esto no ha sido siempre así, al igual que el acceso a la educación ha evolucionado, pasando de la educación restringida a algunos, a la generalización a toda la población, también ha evolucionado la atención sanitaria. Por otra parte, la esperanza de vida ha aumentado y el éxito en los tratamientos médicos, posibilita la supervivencia de gran número de niños con enfermedades que hasta hace poco tiempo eran consideradas irreversibles para aquellos que las sufrían. A pesar de los avances médicos y sociales, es necesario poner al servicio de los alumnos que se encuentran en situación de enfermedad, diferentes recursos sanitarios, sociales y educativos que ayuden y faciliten su pleno desarrollo, en el marco del principio de igualdad de oportunidades. La dura realidad por la que, en general, padecen estos alumnos y sus familias, exige que el sistema educativo multiplique sus esfuerzos para colaborar, a la pronta recuperación de los alumnos y a su plena incorporación al ámbito escolar.

La atención educativa al niño enfermo, hace tiempo que dejó de tener un carácter extraordinario y de voluntariedad, y de ser asumida por las familias o instituciones benéficas. Afortunadamente, en la actualidad en España, existe una amplia regulación normativa estatal y a nivel de Comunidades Autónomas, a este respecto y diferentes recursos para llevarla a cabo. En este primer apartado comenzaremos con la normativa estatal con la Constitución Española, que aunque podríamos remontarnos a épocas anteriores acerca de este recurso, no lo consideramos de interés en el marco en el que se presenta este trabajo.

La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, en su artículo 27 contempla el derecho a la educación de todos los españoles y encomienda a los poderes

públicos que promuevan las condiciones y remuevan los obstáculos para que este derecho sea disfrutado en condiciones de igualdad por todos los ciudadanos. Del mismo modo en su artículo 49 señala que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Este artículo 49 de la Constitución, se plasma en la Ley 13/1982 de Integración Social del Minusválido, una ley social de gran importancia en una sociedad cuya atención y preocupación por los minusválidos no iba más allá de lo meramente asistencial. La Sección 3ª de esta Ley es la que se refiere a la Educación y en su artículo 29 se recoge lo siguiente: “Todos los hospitales, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan Servicios Pediátricos Permanentes, sean de la Administración del Estado, de los Organismos Autónomos de ella dependientes, de la Seguridad Social, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como los hospitales privados, que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas, con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonadas con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales.”

Aunque ya derogada la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, que dedicaba el Título V a la compensación de las desigualdades en educación, establecía en su artículo 63 la necesidad de que se desarrollen acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situación desfavorable, reforzando las acciones del sistema educativo para evitar las desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales o de cualquier otra índole, y en su Capítulo V de la Educación Especial, del Título I, en el artículo 36.1 decía: “El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar dentro del mismo sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos.”

En un análisis más teórico podríamos decir que con esta Ley se inicia el cambio de concepción de una escuela comprensiva con las deficiencias a una escuela integradora.

El Real Decreto 696/1995, de 28 Abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, en cuyo artículo 3.6 se dice que “El Ministerio de Educación y Ciencia promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria internados en ellos”.

El Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero de Ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, BOE de 12 de marzo, dedica el Capítulo III, sección 2ª a las actuaciones de compensación educativa dirigidas a la población hospitalizada, y en su Artículo 19 establece que “El Ministerio de Educación y Ciencia creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos que mantengan regularmente hospitalizado un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria”.

La Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación, BOE del 4, dedica el Capítulo II del Título II a la compensación de las desigualdades en educación y establece en su artículo 80. 1 que “con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las Administraciones públicas desarrollarán acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos y los apoyos precisos para ello”. Igualmente, en el apartado 2: “las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole”.

En cuanto a la normativa que la Comunidad de Madrid establece en relación con la atención educativa al niño enfermo, aunque podríamos remontarnos a épocas anteriores igualmente que para la normativa estatal, no lo consideramos de interés en el marco en el que se presenta este trabajo, pero citamos la más significativa.

La Orden 2316/1999, de 15 de octubre, del Consejero de Educación, por la que se regula el funcionamiento de las actuaciones de compensación educativa, BOCM del 25, garantiza “la continuidad del proceso educativo del alumnado que, por razones de hospitalización y convalecencia prolongada, no puede seguir un proceso normalizado de escolarización en su centro educativo”. Igualmente, establece en su apartado tercero que “los alumnos y alumnas hospitalizados mantendrán su escolarización, a efectos de evaluación y promoción, en sus respectivos centros. Para garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado de larga y media hospitalización, el profesorado de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias deberá establecer contacto con el centro de cada alumno para solicitar información relativa a su nivel de competencia curricular en las distintas áreas y sobre la programación general del aula en que está escolarizado. Esta información orientará el diseño y desarrollo del plan de trabajo individual del alumno en el período de hospitalización. Cuando finalice el periodo de hospitalización, el profesorado de las Unidades Hospitalarias remitirá al centro un informe de evaluación del plan de trabajo individual desarrollado por el alumno”, apartado que, a su vez, recoge la Resolución de 11 de junio de 2001 por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada, BOCM de 9 de julio.

La Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que se establece la colaboración entre ambas Consejerías, para la atención educativa de la población hospitalizada en edad de escolaridad obligatoria, BOCM de 23 de enero de 2003, dispone en su artículo primero “el desarrollo de un programa de atención educativa dirigido a la población hospitalizada en edad escolar obligatoria, que permita la continuidad de su proceso educativo, favorezca su promoción académica y facilite, al tiempo, un marco educativo en los hospitales próximo a las necesidades psicosociales y afectivas de los niños hospitalizados”.

La Orden 1028/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación de la Educación Primaria y los documentos de aplicación, BOCM de 14 de marzo, establece en su disposición adicional primera que “la evaluación de los alumnos hospitalizados o con convalecencia prolongada se regirá con carácter general por lo dispuesto en la presente Orden y por la

normativa aplicable a estos alumnos” igual que la Orden 1029/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación en la Educación Secundaria Obligatoria y los documentos de aplicación, BOCM del 17 de marzo.

Las Instrucciones de 9 de diciembre de 2010 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, reitera la necesidad de orientar la respuesta educativa a garantizar el proceso educativo de aquellos alumnos que por razones salud requieren los alumnos hospitalizados.

## 2. LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE ADOLESCENTES

El Aula Hospitalaria del CEE-Hospital General Universitario Gregorio Marañón, cuenta con la Unidad Breve de Hospitalización Psiquiátrica de adolescentes que fue inaugurada en el curso 2000-01, siendo en ese momento el único recurso sanitario existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad de Madrid, que fue dotado al mismo tiempo con profesionales de educación secundaria para la atención al alumnado ingresado en ella y cuya actuación puede situarse en el marco de la educación compensatoria y atención a la diversidad, desempeñando una labor docente que pretende asegurar la continuidad del proceso enseñanza-aprendizaje del alumno y facilitarle la reincorporación al centro escolar tras una situación de crisis y ausencia del mismo. La Unidad de adolescentes ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que la integran. La introducción del EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión es sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde su puesta en funcionamiento. La Unidad de adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, está ubicada dentro del Servicio de Psiquiatría del Hospital. Tiene como objetivo el estudio y estabilización de aquellos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización a tiempo total y durante un periodo aproximado de una a tres semanas. Para ello cuenta con 20 camas en habitaciones dobles, además de una cama para casos que precisen máxima vigilancia por motivos diversos y con personal multidisciplinar especializado en la atención a esta población. Además del personal sanitario la Unidad de adolescentes, como ya se ha apuntado, cuenta desde el momento de su creación con dos profesoras de educación secundaria, una de ellas del Ámbito Científico y otra de Ámbito Lingüístico, que pertenecen al equipo de profesores del Aula Hospitalaria del CEE-Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

El alumnado ingresado en la Unidad de adolescentes, lo integran menores entre 12 y 18 años que han sido diagnosticados de algún trastorno psicopatológico, que se encuentran recibiendo tratamiento terapéutico, necesitan un diagnóstico diferencial, o son ingresados por una situación de crisis y cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Como Unidad de hospitalización breve, la actividad principal se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos. Su objetivo fundamental es abordar el "problema central" que ha precipitado la crisis y después dar de alta al paciente en coordinación

con recursos extra-hospitalarios para que pueda continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La Unidad de hospitalización adolescente es una unidad cerrada, ubicada en la primera planta del pabellón de psiquiatría. Se constituye como un recurso de intervención coordinada de profesionales procedentes de diferentes sectores (educativos y sanitarios) para proporcionar una atención integral al alumnado que manifiesta trastornos psíquicos que se inician en la infancia y en la adolescencia (recogida y definida en las clasificaciones nosológicas DMS-IV-TR y CIE 10).

Aunque ya hemos expuesto el objetivo fundamental no podemos dejar de citar otros objetivos que la Unidad también persigue como son: El tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de 12 a 18 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico. La reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual, incluido el sistema educativo. El restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario y el ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.

Los problemas de salud mental se caracterizan porque afectan a la vida emocional del sujeto, a la percepción, a sus funciones cognitivas, a la motivación y a los ritmos biológicos. Podemos distinguir dos grandes grupos, los que afectan a las emociones fundamentalmente y aquellos en los que predominan trastornos en el comportamiento. A estos podemos añadir otro grupo en el que predomina el trastorno del pensamiento, de la actividad sensorial y perceptiva y otro como los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos obsesivo-compulsivos.

Estos problemas suponen importantes alteraciones en la vida personal y escolar el alumno, afectando a su rendimiento académico y a su vida escolar en general, destacando en algunos casos su situación de desarraigo escolar y absentismo, en la mayoría de los casos provocada por la psicopatología que les afecta o por la modalidad de tratamiento a seguir. Así en ocasiones, el alumno ha visto interrumpida temporalmente su rutina escolar y es imprescindible la vuelta al centro educativo y el retomar las actividades curriculares, pues en muchos casos, su incorporación al centro escolar puede ser crucial para su curación. La colaboración de los profesores supone una extraordinaria ayuda para el adolescente que sufre un trastorno o crisis psiquiátrica.

## **2.1. Modelo organizativo de la Unidad de hospitalización breve de adolescentes**

Las diferentes realidades dan cierta particularidad a la intervención educativa en la Unidad de adolescentes, pero a la vez es necesario que esta intervención educativa proporcione cierta “normalidad” a su estancia en el Hospital, y en la Unidad, ya que el tiempo dedicado a la actividad curricular, está muy estructurado y considerado como terapéutico, a la par que obligatorio a cumplir por todos los alumnos, durante su periodo de hospitalización. La Unidad es un entorno cerrado, de máxima vigilancia y donde el

alumnado tiene unas características muy específicas, presentando particularidades muy concretas. Los alumnos proceden de diferentes centros y niveles educativos, también de enseñanzas postobligatorias, con un nivel de competencia curricular muy heterogéneo que en ocasiones no corresponde al curso en el que se encuentran matriculados, y con un nivel de competencia curricular es muy bajo respecto al curso en que se encuentran matriculados. Este desfase curricular puede deberse a causas sociales, causas académicas como el desfase curricular, las dificultades de adaptación al contexto escolar o el absentismo escolar y a causas clínicas como el grado de deterioro de las capacidades cognitivas, el tipo y evolución del trastorno que padece o al periodo de hospitalización y que manifiestan diversas necesidades educativas, con un perfil psiquiátrico también muy diverso, y donde los procesos de aprendizaje están condicionados a la evolución de su patología y a la respuesta al tratamiento. Esta diversidad del alumnado requiere en el aula, una planificación diaria y puesta en práctica de un conjunto de medidas para poder realizar actuaciones concretas y a la vez flexibles que puedan garantizar el derecho a la educación de cada uno de nuestros alumnos.

El trabajo en la Unidad de adolescentes conlleva una serie de objetivos específicos:

- Continuar el proceso educativo.
- Conocer su actitud ante el centro educativo, estudios, compañeros.
- Contribuir al proceso de normalización del alumno.
- Realizar una evaluación inicial de los conocimientos y destrezas del alumno.
- Adaptar la actividad educativa a la situación emocional del alumno.
- Planificar y diseñar actividades curriculares.
- Realizar actividades curriculares para continuar su proceso educativo con el menor costo posible para el alumno el periodo de hospitalización
- Planificar y diseñar actividades lúdicas y creativas que disminuyan el nivel de ansiedad.
- Adoptar una metodología individualizada.
- Utilizar las TIC en el aula, dentro de las restricciones a las que los pacientes están sometidos.
- Integrar el aula en la dinámica general de la Unidad.
- Colaborar en el desarrollo del Proyecto EFQM.
- Orientar a los alumnos en su proceso de aprendizaje
- Posibilitar los procesos de relación y socialización

Al comenzar la actividad diaria de la Unidad, todos los profesionales que trabajan con los pacientes, incluidas las profesoras, asisten a la reunión interdisciplinar diaria que tiene lugar a primera hora de la mañana en la que se evidencia la situación de cada alumno y su evolución, dando pautas para el trabajo sanitario, educativo y terapéutico diario, para el mejor aprovechamiento de los recursos.

El modelo organizativo para la coordinación con los centros de referencia de los alumnos, sigue el protocolo establecido por la Consejería de Educación en la Resolución de 11 de junio de 2001 por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada, BOCM de 9 de julio, y de las instrucciones de 9 de diciembre de 2010 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, reiterando la necesidad de orientar la

respuesta educativa a garantizar el proceso educativo de aquellos alumnos que por razones salud requieren los alumnos hospitalizados.

A su ingreso en la Unidad, el alumno realiza una ficha de recogida de datos personales y de su centro de referencia, donde además se lleva un registro de la asistencia del alumno al aula. Este primer contacto en ocasiones es dificultoso ya que el alumno no puede aportar mucha información académica y curricular, se procede a una evaluación inicial. Si las previsiones apuntan a una estancia corta tras la prueba inicial trabajamos el currículo del alumno, partiendo de su nivel de competencia curricular que nos aporta la prueba inicial y sus apreciaciones. Si las previsiones apuntan a una estancia media o larga, se procede al contacto y coordinación con el centro de referencia, a través de los protocolos oficiales que los centros docentes ya conocen y a los que responden, como se les insta en ellos, a la mayor brevedad posible aportando datos del alumno, su motivación y estilo de aprendizaje, a la vez que actividades curriculares concretas a realizar de los dos ámbitos científico y lingüístico, para llevar a cabo durante su estancia en el hospital. Una vez que el alumno se va de alta médica, se remite un informe al centro de referencia aportando información de las actividades remitidas realizadas durante el periodo de hospitalización en la Unidad, con la valoración de las mismas, la actitud y aspectos a reseñar que puedan ser de interés para la evaluación del alumno.

Hemos de añadir que la actividad de la Unidad de adolescentes, al igual que el resto de actuaciones del Aula Hospitalaria, se rige por diferentes principios metodológicos: normalización, individualización, socialización y participación, adoptando un enfoque positivo en el afrontamiento de la situación que les toca vivir. Los niños que padecen enfermedades, a la vez presentan conductas desajustadas y problemas psicológicos, sin duda el objetivo fundamental es la curación, pero su bienestar psicológico repercute en la mejora de su enfermedad. Desde la acción docente podemos colaborar en su mejora, permitiendo y favoreciendo la continuidad con las rutinas escolares, manteniendo el nivel curricular evitando el desarraigo de la escuela y de su contexto, a la vez que se les ayuda a ver nuevas perspectivas de futuro, proponiendo siempre actividades que partan de los intereses de los alumnos, tratando de potenciar siempre sus puntos fuertes. El aula permite a los adolescentes hospitalizados encontrar espacios de libertad y creatividad, convirtiéndose en lugares favorecedores para intentar conseguir los objetivos educativos, ayudándoles a reconocer y fortalecer vínculos afectivos, la confianza en si mismos y en su familia, centrando las actuaciones en generar seguridad y confianza, reforzando sus capacidades e incrementando su competencia en el aprendizaje. En los centros educativos, el profesor/tutor tiene una función de guía y facilitador de aprendizajes significativos, en las aulas hospitalarias lo tiene el profesor que también hace funciones de tutor, guía y facilitador de aprendizajes significativos. También en el aula hay espacio para otras actividades y prácticas creativas, donde puedan expresarse y desarrollar su creatividad, presentado alternativas pedagógicas que permiten la expresión y liberación de conflictos psicológicos. Todas las actividades se insertan en el currículo y se adaptan a los diferentes niveles educativos que se encuentran en el aula cada día, respetando sus peculiaridades, confiando en sus capacidades y transmitiendo interés hacia la persona y su historia, a la vez que exponiendo con claridad y precisión en las normas básicas de trabajo en común.

En la Unidad de adolescentes, los alumnos no tienen libre acceso a Internet, este recurso les está restringido y sólo es posible su utilización para aquellos alumnos que lo



tengan autorizado por su especialista y bajo supervisión de las profesoras, sin embargo, las TIC ofrecen otras posibilidades diferentes a la Red o redes sociales, disponiendo de materiales informáticos de refuerzo curricular y otros programas que refuerzan y favorecen otros aspectos cognitivos y metacognitivos, también necesarios para la construcción de nuevos aprendizajes.

La actividad docente en la Unidad de adolescentes procura favorecer la autonomía, la autorregulación y el autocontrol, aspectos que en nuestros alumnos favorece la evolución positiva de la enfermedad, y les ayuda a su incorporación de nuevo a la vida escolar y a sentirse incluidos en ella. La autoestima, la eficacia, las habilidades sociales, el humor, la fantasía, el afecto, la aceptación de sí mismo, la ilusión, la alegría, el amor, la generosidad, el optimismo, el gusto por la vida y por el trabajo, la satisfacción de las cosas bien hechas, la afectividad, la tolerancia, la ayuda mutua, el altruismo....son el capital psíquico que cada niño debe incorporar a su memoria para convertirlo en sus guías de desarrollo y tejer su resiliencia y desde esta perspectiva llevamos a cabo nuestra acción docente.

### **3. SALUD MENTAL, EDUCACIÓN Y RESILIENCIA**

El informe de la OMS sobre la salud en Europa pone de manifiesto que para el año 2020, es decir, cuando los niños que están naciendo ahora, sean adolescentes, las primeras causas de mortalidad incluirán en los diez primeros puestos, las de naturaleza neurológica, los trastornos psicológicos, problemas con la conducta alimentaria, y las consecuencias de la violencia.

La infancia y la adolescencia son periodos de la vida de la persona que requieren unos cuidados y unas necesidades específicas en cuanto a salud y educación y demandan respuestas rápidas y eficaces en consonancia con su importancia. Estas respuestas han de considerar la globalidad del sujeto, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social, por lo que tienen que ser planificadas y ejecutadas desde una perspectiva interdisciplinar. Es responsabilidad de los que trabajamos con la infancia y la adolescencia, que aquellos menores que presentan trastornos en su desarrollo o están en riesgo de padecerlos, reciban, toda la asistencia que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y su bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Durante mucho tiempo se ha considerado que los niños no padecían trastornos de salud mental y que si algún caso tenía lugar, estos trastornos remitían espontáneamente a lo largo del desarrollo, sin embargo, la mayoría de los problemas psicopatológicos tienen su origen en la infancia. Un trastorno o enfermedad mental se define como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, en que se ven afectados procesos psicológicos básicos, que dificulta la adaptación al entorno cultural y social en el que vive el sujeto y le crea alguna forma de malestar subjetivo. La salud no esta definida por la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar psicológico y biológico en un contexto familiar y social concreto, lo que hace bien difícil establecer el límite entre enfermedad y salud mental y cuales han de ser los criterios para considerar sana o enferma a una persona. Los términos normal y patológico son los polos opuestos de una línea continua de puntos. El trastorno mental

responde pocas veces a una sola causa, son multicausales y en algunos casos desconocidas, aunque sabemos que factores ambientales y culturales, junto con la predisposición genética y el consumo de sustancias pueden influir en su aparición.

El informe sobre la situación de la salud mental y su atención en España, revela que la cobertura de prestaciones de salud mental de niños y adolescentes esta cubierta en todas las Comunidades Autónomas, siendo el tipo de asistencia fundamentalmente, el tratamiento ambulatorio desde los centros o programas de salud mental infanto-juvenil, las intervenciones en unidades de hospital de día o de hospitalización en unidades de corta estancia para situaciones de crisis. La creación, dotación y mantenimiento de las Aulas Hospitalarias, el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario y los Centros Educativo-Terapéuticos en la Comunidad de Madrid, son una muestra dentro de la variedad de respuestas ofrecidas desde la Administración, a las diferentes condiciones y situaciones individuales del alumnado.

La OMS ha propuesto el significado de salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el funcionamiento efectivo de un sujeto y una comunidad. Los factores personales, sociales y ambientales que determinan la salud mental se pueden agruparse en: el desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables, en la capacidad de cada persona para afrontar el mundo social a través de destrezas de participación, tolerancia a la diversidad y responsabilidad mutua y la capacidad de cada persona para afrontar los sentimientos y pensamientos y el manejo de la propia vida y la resiliencia. La educación desempeña un papel muy importante en el desarrollo socioemocional y salud de los alumnos. Los menores necesitan destrezas sociales y emocionales y un entorno de seguridad para ponerlas en práctica de manera constructiva, proporcionándoles la oportunidad de ayudarles a desarrollar su sentido de identidad, su aprendizaje social y emocional.

La educación inclusiva plantea lograr el reconocimiento del derecho que todas las personas tienen a sentirse miembros de la comunidad a la que pertenecen, cualquiera que sea su medio social, su cultura de origen, su ideología, su sexo, su etnia o sus situaciones personales derivadas de una discapacidad física, intelectual, sensorial, emocional. Avanzar hacia la inclusión es tener en cuenta a todos y no sólo a aquéllos que tienen necesidades “especiales”, es construir una sociedad que responda a la diversidad de necesidades de las personas, lo que supone una reorientación de los servicios y un conocimiento experto de los profesionales y una educación de calidad que favorezca el movimiento continuo del equilibrio riesgo-protección, abriendo a los menores, en general, y a los adolescentes en particular a nuevas experiencias en un contexto de seguridad.

Una educación inclusiva incluye como contenido básico que los alumnos tengan consciencia de su realidad, que aprendan a identificar sus emociones y sentimientos desde el respeto a la diferencia, y a adquirir competencias de pensamiento y acción que faciliten su desenvolvimiento en el mundo con capacidad crítica. Esto requiere repensar valores y replantearse también cambios desde la organización de las instituciones y la propia didáctica, estableciendo tiempos de escucha, reflexión, diálogo, instaurar la participación efectiva como elemento indispensable de la formación, reivindicar la paz, la alegría, el sentido del humor, la esperanza, la ilusión, el entusiasmo, el optimismo, el

placer de conocer, la búsqueda de la felicidad, ... Esto, requiere introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, creatividad, moralidad, autoestima consistente, y supone vivir y trabajar desde el compromiso, la comunicación, la afectividad, desde la satisfacción por resolver un problema, descubrir un hecho o conocer otras realidades. Somos los adultos quienes debemos disponer alrededor de los menores las guías de desarrollo que les permitan fortalecer su resiliencia. (Muñoz, 2004).

La mayoría de los estudios sobre psicopatología infantil y adolescente se han centrado en las vías del desarrollo para los casos de desviación y desadaptación, dejando fuera a los mismos para los casos de competencia y adaptación (Rutter, 1993), sin embargo, una proporción importante de niños con factores de riesgo no desarrolla problemas, así existe un reconocimiento cada vez mayor sobre la necesidad de examinar tanto los factores de riesgo, como las condiciones que protegen de la disfunción a menores vulnerables y que conducen a una adaptación exitosa frente a la adversidad (Cicchetti y Garnezy, 1993)

Construir la resiliencia significa dotar a los niños y adolescentes de habilidades para la vida, para reconocer la participación en el entorno, el sentido de pertenencia y dotar a cada institución en relación con la infancia, de los recursos suficientes y necesarios para la adquisición de conductas resilientes. La adopción de un enfoque positivo es fundamental para la promoción de la resiliencia en la infancia y la adolescencia. La perseverancia, el coraje, la esperanza, el optimismo, y el dominio activo, son elementos esenciales a la hora de enfrentar la enfermedad y recuperarse de ella. (de Pedro y Muñoz, 2009).

La educación es el instrumento transformador y la fuerza de futuro para realizar cambios, pero estos cambios requieren una modificación de nuestro pensamiento, enseñar a aprender a aprender, a ser, a vivir, a compartir, a comprender a los seres humanos del planeta, son también las propuestas de la resiliencia y los elementos básicos para la promoción del bienestar infantil y adolescente y una buena salud mental.

## CONCLUSIONES

La atención educativa que los alumnos reciben en su proceso de enfermedad, no solamente es una necesidad y un derecho al que se le debe dar respuesta, es a su vez parte de su proceso de curación.

En el caso de los adolescentes, la construcción de la resiliencia es el instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo que limitan sus posibilidades de éxito y a la vez darle al mismo adolescente protagonismo consciente en su construcción. Trabajar con los alumnos en el Aula desde la resiliencia significa ofrecerles la oportunidad de adquirir habilidades para la vida, nuevas aptitudes, se trata de desarrollar autoestima y autoeficacia, capacidad para reconocer las propias habilidades para realizar acciones positivas, mediante relaciones interpersonales, las nuevas experiencias y el aprendizaje de cómo hacer frente a los nuevos desafíos. Las aulas son ambientes esenciales para que los sujetos desarrollen la capacidad de sobreponerse a la adversidad, se adapten a las presiones y problemas que enfrentan y adquieran las competencias sociales, académicas y profesionales necesarias para salir adelante en la vida.

La promoción de las propias capacidades, así como el desarrollo de nuevas fortalezas, es la clave para la promoción de la resiliencia, para lo cual el ejercicio de la introspección individual y la interacción con iguales y adultos son fundamentales. La lucha permanente de los seres humanos para conseguir la felicidad, realizarse como personas, implica superar las dificultades y problemas que nos ayudan a superarnos como persona.

## BIBLIOGRAFIA CITADA

- BRONFENBRENNER, U. (1987). **La ecología del desarrollo humano**. Barcelona: Paidós..
- CASANOVA, M.A. (Coord) (2007): **Atención educativa al alumnado enfermo en la Comunidad de Madrid**. Dirección General de Promoción Educativa. Madrid
- CICHETTI, D. y GARMEZY, N. (1993) **Prospects and promises in the study of resilience**. en *Development and adaptation*. New York: Wiley
- DAMASIO, A. (2005): **En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos**. Barcelona: Crítica.
- DE PEDRO, F. y MUÑOZ, V. (2009). **Resiliencia y enfermedad**. En *Formación del ciudadano en un mundo global. Una mirada desde los contextos español y brasileño*. Madrid Universidad de Alcalá de Henares.
- INFORME INNOCENTI 2007 **Un panorama del bienestar infantil en países ricos**. UNICEF España.
- INFORME SIAS-6 (2007) **Aspectos relativos a la salud de la infancia y la adolescencia en España**. *Sociedad de Pediatría Social*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006) **Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO (1985) **Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica**. Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- MUÑOZ, V. (2003). **La escuela ante situaciones de riesgo social y maltrato**. *Pediatría de Atención Primaria*. Vol. V Julio/Septiembre N° 19.pp
- MUÑOZ, V. (2004). **Conocimiento de situaciones de riesgo social y/o maltrato en la escuela infantil**. *Aula de Infantil*. Marzo-Abril 2004 n° 18.pp
- MUÑOZ, V. y DE PEDRO, F. (2005). **Educación para la resiliencia; un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social**. *Revista Complutense de Educación*. Vol 16, n° 1 Madrid.
- MUÑOZ, V. (2007) **La formación del profesorado para atender a la diversidad: proteger a la infancia, prevenir riesgos** en *La formación del profesorado para atender a la diversidad*. CEP Editorial Madrid.
- OMS (2001) **Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Suiza

RUTTER, M. (1993). **Resilience: some conceptual considerations** en *Journal of Adolescent Health*. Vol 14, nº 8 pp 626-631

### Textos Normativos aludidos en la comunicación

Constitución Española

Ley 13/1982 de Integración Social del Minusválido

Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación

Real Decreto 696/1995, de 28 Abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales

Orden 2316/1999, de 15 de octubre, del Consejero de Educación, por la que se regula el funcionamiento de las actuaciones de compensación educativa.

Resolución de 11 de junio de 2001 por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada

Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que se establece la colaboración entre ambas Consejerías

Orden 1028/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación de la Educación Primaria y documentos de aplicación

Orden 1029/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación en la Educación Secundaria Obligatoria y documentos de aplicación

Instrucciones de 9 de diciembre de 2010 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.



**V. Victoria Muñoz Garrido**  
[vmunozga@edu.ucm.es](mailto:vmunozga@edu.ucm.es)

La actividad docente se desarrolla en la Unidad de hospitalización breve de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón. Profesora del ámbito socio-lingüístico