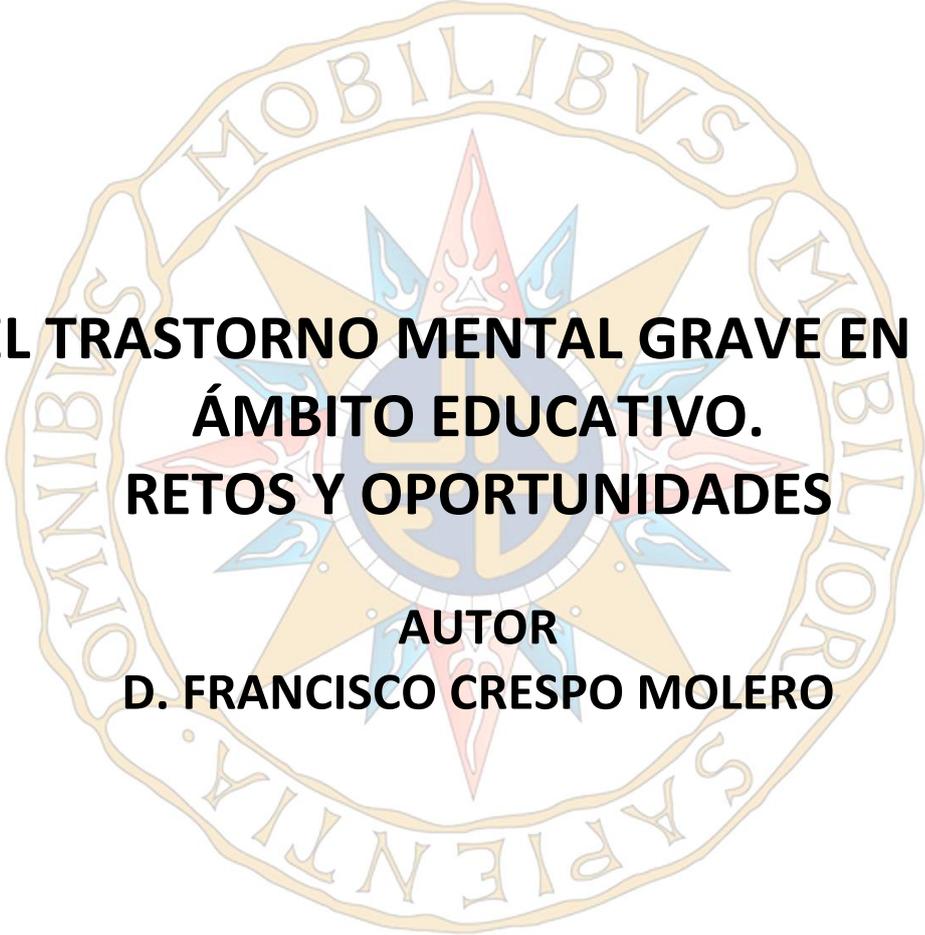


TESIS DOCTORAL

2022



**EL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL
ÁMBITO EDUCATIVO.
RETOS Y OPORTUNIDADES**

**AUTOR
D. FRANCISCO CRESPO MOLERO**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN

DIRECTORA DE TESIS:

DÑA. CRISTINA SÁNCHEZ ROMERO



FACULTAD DE EDUCACIÓN

Departamento de Didáctica,
Organización Escolar y
Didácticas Especiales

TESIS DOCTORAL

**El trastorno mental grave en el
ámbito educativo.
Retos y oportunidades**

Autor:

D. Francisco Crespo Molero

Directora de Tesis:

D^a. Cristina Sánchez Romero

Agradecimientos

A todos los maestros, maestras, profesores y profesoras que he tenido a lo largo de mi vida y de los que he aprendido tanto. En especial a Manuel Pacheco López y a Cristina Sánchez Romero. También quisiera dar las gracias a mis padres, son un pilar fundamental en mi vida.

Mención aparte merecen mis hijas y mi mujer. Mi amor eterno para ellas y mi agradecimiento infinito por lo mucho que han facilitado esta aventura. Sin ellas no habría podido terminar esta tesis.

*“I been in the right place
But it must have been the wrong time”*

Dr. Johns

In The Right Place

1973

Índice

Introducción a la Investigación

Resumen.....	11
Abstract.....	12
Prefacio	14
Introducción	18
Problema de Investigación	22
Hipótesis.....	22
Objetivos	22
<i>Objetivos generales</i>	22
<i>Objetivos Específicos</i>	23

Capítulo 1. Delimitación Conceptual

1.1. Resumen.....	25
1.2. Introducción a la Delimitación Conceptual.....	26
1.3. ¿Qué es el Trastorno Mental Grave?	30
1.4. La Condición Estigmatizante del Trastorno Mental	35
1.5. Prevalencia del Trastorno Mental.....	38
1.6. Trastornos Internalizantes y Externalizantes	44
1.7. Impacto del Trastorno Mental en el Ámbito Educativo	49

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1. Resumen.....	58
2.2. Interaccionismo Simbólico	60
2.3. Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner.....	65
2.4. Inclusión Educativa y el Trastorno Mental Grave	69
2.5. Factores de Riesgo y de Protección	86
2.5.1. <i>Factores de Riesgo y de Protección Hacia la Salud Mental</i>	90
2.5.2. <i>Factores de Riesgo y de Protección Hacia el Abandono Escolar Temprano</i>	98
2.5.3. <i>Factores de Riesgo y de Protección del Alumnado con Trastorno Mental Frente al Abandono Escolar Temprano</i>	103
2.6. Construcción de Climas Amables	109
2.7. Adaptabilidad Psicológica	119
2.8. Trastorno Mental y Ámbito Familiar	123
2.9. Niveles Preventivos	127
2.9.1. <i>Prevención Universal y Diagnóstico</i>	127
2.9.2. <i>Prevención Selectiva e Indicada</i>	131
2.10. Salud Mental y Ámbito Educativo	134
2.11. TMG en el Ámbito Educativo	140

2.11.1. <i>Qué Atención Recibe el Alumnado con TMG</i>	145
2.12. Fracaso Escolar y Abandono Escolar Temprano	151

Capítulo 3. Metodología

3.1. Descripción metodológica.....	156
3.2. Técnicas Metodológicas.....	159
3.2.1. <i>Entrevista Semi-Estructurada</i>	161
3.2.2. <i>Encuesta</i>	164
3.2.3. <i>Estudio de Casos</i>	166

Capítulo 4. Hipótesis 1. El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de TMG

4.1. Introducción.....	170
4.1.1. <i>Entrevista Semi-Estructurada</i>	170
4.1.1.1. Participantes.....	170
4.1.1.2. Procedimiento.....	172
4.1.1.3. Diseño de Instrumentos.....	173
4.1.1.4. Análisis de datos.....	177
4.1.1.5. Resultados.....	180
4.1.2. <i>Cuestionario</i>	254
4.1.2.1. Participantes.....	254
4.1.2.2. Procedimiento.....	254
4.1.2.3. Diseño de Instrumento.....	255
4.1.2.4. Análisis de datos.....	263
4.1.2.5. Resultados.....	276
4.1.3. <i>Estudio de Casos</i>	278
4.1.3.1. Participantes.....	278
4.1.3.2. Procedimiento.....	280
4.1.3.3. Diseño de Instrumento.....	281
4.1.3.4. Análisis de datos.....	282
4.1.3.5. Resultados.....	283
4.1.4. <i>Triangulación de Resultados</i>	299

Capítulo 5. Hipótesis 2. La población escolar con TMG presenta mayor abandono escolar temprano que el resto de la población escolar

5.1. Introducción.....	331
5.1.1. <i>Participantes</i>	332
5.1.2. <i>Procedimiento</i>	332

5.1.3. Diseño de Instrumentos	333
5.1.4. Análisis de Datos	334
5.1.5. Resultados	336
5.1.6. Discusión y Conclusiones	343
5.1.7. Limitaciones y Relación con otros Elementos Analizados	346

Capítulo 6. Hipótesis 3. El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección

6.1. Introducción	349
6.1.1. Factores de Riesgo y de Protección. Estudio de Casos	349
6.1.1.1. Materiales y Método	350
6.1.1.2. Selección de la Muestra	351
6.1.1.3. Ética Investigativa	351
6.1.1.4. Definición de Variables	352
6.1.1.5. Diseño Investigativo	361
6.1.1.6. Resultados	364
6.1.1.7. Discusión y Conclusiones	368
6.1.1.8. Limitaciones.....	371
6.1.2. Condiciones Diferenciales que Actúan como Factores de Protección	374
6.1.2.1. Factores de riesgo y de protección.....	375
6.1.2.2. Adaptabilidad.....	379
6.1.2.3. Diseño Investigativo	381
6.1.2.4. Población y Muestra.....	382
6.1.2.5. Instrumento	383
6.1.2.6. Procedimiento de Recogida y Análisis de Datos	385
6.1.2.7. Resultados	386
6.1.2.7.1. Diagrama de Sankey.....	418
6.1.2.8. Conclusiones	420
6.1.2.9. Limitaciones.....	429

Capítulo 7. Discusión y Conclusiones

Discusión y Conclusiones	431
---------------------------------------	-----

Capítulo 8. Propuesta de Intervención

Propuesta de Intervención	454
--	-----

Referencias

Referencias	463
-------------------	-----

Anexo: Instrumentos

Hipótesis 1	494
Hipótesis 2	497
Hipótesis 3	497

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Relación pregunta-hipótesis-objetivos generales-objetivos específicos-publicación-capítulo</i>	24
Tabla 2. <i>Relación DSM5-CIE10</i>	33
Tabla 3. <i>Tipo de sintomatología</i>	48
Tabla 4. <i>Relación Factores Riesgo y Protección</i>	90
Tabla 5. <i>Factores de Riesgo O'Connell, Boat & Warner</i>	97
Tabla 6. <i>Factores Exógenos y Endógenos</i>	99
Tabla 7. <i>Factores de Riesgo Antelm</i>	102
Tabla 8. <i>Relación trastorno-atención educativa</i>	145
Tabla 9. <i>Relación Objetivos de Trabajo-Técnica Metodológica utilizada</i>	161
Tabla 10. <i>Relación primera hipótesis objetivos de trabajo</i>	170
Tabla 11. <i>Dimensión 1 y 2</i>	175
Tabla 12. <i>Dimensiones cuestionario</i>	258
Tabla 13. <i>Estadísticos de fiabilidad</i>	260
Tabla 14. <i>Estadísticos total-elemento</i>	261
Tabla 15. <i>Tabla de contingencia</i>	264
Tabla 16. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	264
Tabla 17. <i>Tabla de contingencia</i>	265
Tabla 18. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	266
Tabla 19. <i>Tabla de contingencia</i>	267
Tabla 20. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	267
Tabla 21. <i>Tabla de contingencia</i>	268
Tabla 22. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	268
Tabla 23. <i>Tabla de contingencia</i>	269
Tabla 24. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	269
Tabla 25. <i>Tabla de contingencia</i>	270
Tabla 26. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	270
Tabla 27. <i>Tabla de contingencia</i>	271
Tabla 28. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	271
Tabla 29. <i>Tabla de contingencia</i>	272
Tabla 30. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	272
Tabla 31. <i>Tabla de contingencia</i>	273
Tabla 32. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	273
Tabla 33. <i>Tabla de contingencia</i>	274
Tabla 34. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	274
Tabla 35. <i>Tabla de contingencia</i>	275
Tabla 36. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	275
Tabla 37. <i>Tabla de contingencia</i>	291

Tabla 38. <i>Tabla de contingencia</i>	291
Tabla 39. <i>Tabla de contingencia</i>	292
Tabla 40. <i>Tabla de contingencia</i>	292
Tabla 41. <i>Tabla de contingencia</i>	293
Tabla 42. <i>Tabla de contingencia</i>	293
Tabla 43. <i>Tabla de contingencia</i>	294
Tabla 44. <i>Tabla de contingencia</i>	294
Tabla 45. <i>Tabla de contingencia</i>	295
Tabla 46. <i>Tabla de contingencia</i>	296
Tabla 47. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	296
Tabla 48. <i>Tabla de contingencia</i>	297
Tabla 49. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	297
Tabla 50. <i>Tabla de contingencia</i>	298
Tabla 51. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	298
Tabla 52. <i>Relación entrevista-cuestionario 1.4.</i>	308
Tabla 53. <i>Relación entrevista-cuestionario 1.7.</i>	312
Tabla 54. <i>Relación entrevista-cuestionario 2.1.</i>	319
Tabla 55. <i>Relación Entrevista-Cuestionario 2.8.</i>	326
Tabla 56. <i>Relación entrevista-cuestionario 2.11.</i>	330
Tabla 57. <i>Relación pregunta-hipótesis 2-objetivos generales-objetivos específicos-publicación-capítulo</i>	332
Tabla 58. <i>Estadísticos de fiabilidad</i>	333
Tabla 59. <i>Estadísticos total-elemento</i>	334
Tabla 60. <i>Pruebas de normalidad, variable independiente sexo</i>	334
Tabla 61. <i>Prueba de homogeneidad de la varianza, variable independiente sexo</i>	335
Tabla 62. <i>Pruebas de normalidad, variable independiente tipo de trastorno</i>	335
Tabla 63. <i>Prueba de homogeneidad de la varianza, variable independiente tipo de trastorno</i>	336
Tabla 64. <i>Tabla de contingencia Edad * Sexo</i>	336
Tabla 65. <i>Tabla de contingencia Edad * Tipo de trastorno</i>	337
Tabla 66. <i>Tabla de contingencia Sexo * Tipo de trastorno</i>	337
Tabla 67. <i>Los estudios que he terminado son</i>	338
Tabla 68. <i>¿Qué haces actualmente?</i>	338
Tabla 69. <i>Tabla de contingencia Si estudias, ¿qué estudias? * ¿Qué valoración haces de tus estudios?</i>	339
Tabla 70. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	339
Tabla 71. <i>Tabla de contingencia ¿Qué valoración haces de tu trabajo? * Tipo de Trabajo</i>	340
Tabla 72. <i>Tabla de contingencia Los estudios que he terminado son * Tipo de trastorno</i>	340
Tabla 73. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	341
Tabla 74. <i>Tabla de contingencia Los estudios que he terminado son * ¿Qué haces actualmente?</i>	342
Tabla 75. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	343
Tabla 76. <i>Relación pregunta-hipótesis 3-objetivos generales-objetivos específicos-publicación-capítulo</i>	349
Tabla 77. <i>Adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de esfericidad de Bartlett</i>	362
Tabla 78. <i>Matriz de correlaciones anti-imagen</i>	363
Tabla 79. <i>Comunalidades obtenidas a través de análisis de componentes principales</i>	364
Tabla 80. <i>Total de la varianza explicada con los 4 primeros factores</i>	365
Tabla 81. <i>Matriz de componentes principales</i>	365
Tabla 82. <i>Matriz de componentes rotados</i>	366
Tabla 83. <i>Representación del factor</i>	379
Tabla 84. <i>Guion entrevista Condiciones diferenciales que actúan como factores de protección</i>	384
Tabla 85. <i>Relación niveles preventivos y ámbitos de intervención. Construcción de Espacios Amables</i>	455

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Continuum Exclusión-Inclusión</i>	85
Figura 2. <i>Relación Factores de Riesgo</i>	92
Figura 3. <i>Relación Factores-Ámbitos</i>	106
Figura 4. <i>Dimensión 1, pregunta 1</i>	182
Figura 5. <i>Dimensión 1, pregunta 2</i>	186
Figura 6. <i>Dimensión 1, pregunta 3</i>	189
Figura 7. <i>Dimensión 1, pregunta 4</i>	193
Figura 8. <i>Dimensión 1, pregunta 5</i>	199
Figura 9. <i>Dimensión 1, pregunta 6</i>	203
Figura 10. <i>Dimensión 1, pregunta 7</i>	208
Figura 11. <i>Dimensión 1, pregunta 8</i>	211
Figura 12. <i>Dimensión 1, pregunta 9</i>	214
Figura 13. <i>Dimensión 1, pregunta 10</i>	216
Figura 14. <i>Dimensión 1, pregunta 11</i>	218
Figura 15. <i>Dimensión 2, pregunta 1</i>	223
Figura 16. <i>Dimensión 2, pregunta 2</i>	227
Figura 17. <i>Dimensión 2, pregunta 3</i>	229
Figura 18. <i>Dimensión 2, pregunta 4</i>	232
Figura 19. <i>Dimensión 2, pregunta 5</i>	235
Figura 20. <i>Dimensión 2, pregunta 6</i>	239
Figura 21. <i>Dimensión 2, pregunta 7</i>	244
Figura 22. <i>Dimensión 2, pregunta 8</i>	246
Figura 23. <i>Dimensión 2, pregunta 9</i>	249
Figura 24. <i>Dimensión 2, pregunta 10</i>	251
Figura 25. <i>Dimensión 2, pregunta 11</i>	253
Figura 26. <i>Consentimiento informado</i>	259
Figura 27. <i>Datos Descriptivos. Familia que acompaña</i>	283
Figura 28. <i>Datos Descriptivos. Ha repetido algún curso</i>	283
Figura 29. <i>Datos Descriptivos. Vinculación con el instituto</i>	284
Figura 30. <i>Datos Descriptivos. Éxito académico</i>	284
Figura 31. <i>Datos Descriptivos. Asistencia irregular a clase</i>	285
Figura 32. <i>Datos Descriptivos. Historia escolar previa</i>	285
Figura 33. <i>Datos Descriptivos. Dificultades de convivencia</i>	286
Figura 34. <i>Datos Descriptivos. Desfase curricular</i>	286
Figura 35. <i>Datos Descriptivos. Motivación hacia el estudio</i>	287
Figura 36. <i>Datos Descriptivos. Hábitos de estudio</i>	287
Figura 37. <i>Datos Descriptivos. Competencias conceptuales y procedimentales</i>	288
Figura 38. <i>Datos Descriptivos. Dificultades de atención</i>	288
Figura 39. <i>Datos Descriptivos. Estilo relacional</i>	289
Figura 40. <i>Datos Descriptivos. Inicio de dificultades académicas</i>	289
Figura 41. <i>Datos Descriptivos. Problemas de convivencia por exhibición</i>	290
Figura 42. <i>Datos Descriptivos. Sexo y edad</i>	290
Figura 43. <i>Gráfica 1.1.</i>	299
Figura 44. <i>Gráfica 1.2.</i>	301
Figura 45. <i>Gráfica 1.3.</i>	304
Figura 46. <i>Gráfica 1.3.1.</i>	305
Figura 47. <i>Gráfico 1.4.</i>	306
Figura 48. <i>Gráfico 1.4.1.</i>	307
Figura 49. <i>Gráfico 1.5.</i>	308
Figura 50. <i>Gráfico 1.6.</i>	310
Figura 51. <i>Gráfico 1.7.</i>	312
Figura 52. <i>Gráfico 1.8.</i>	314
Figura 53. <i>Gráfica 1.9.</i>	315
Figura 54. <i>Gráfica 1.10.</i>	316
Figura 55. <i>Gráfica 1.11.</i>	317
Figura 56. <i>Gráfica 2.1.</i>	318
Figura 57. <i>Gráfico 2.2.</i>	319
Figura 58. <i>Gráfico 2.3.</i>	320
Figura 59. <i>Gráfico 2.4.</i>	321

Figura 60. <i>Gráfico 2.5</i>	323
Figura 61. <i>Gráfico 2.6</i>	324
Figura 62. <i>Gráfico 2.7</i>	325
Figura 63. <i>Gráfico 2.8</i>	326
Figura 64. <i>Gráfico 2.9.1</i>	327
Figura 65. <i>Gráfico 2.9.2</i>	328
Figura 66. <i>Gráfico 2.10</i>	329
Figura 67. <i>Gráfico 2.11</i>	329
Figura 68. <i>Nivel de adaptabilidad</i>	379
Figura 69. <i>Condiciones para el estudio</i>	398
Figura 70. <i>Representación de la sintomatología</i>	406
Figura 71. <i>Facilitadores para el estudio</i>	412
Figura 72. <i>Otros condicionantes</i>	417
Figura 73. <i>Diagrama Sankey</i>	419
Figura 74. <i>Diagrama de interacción entre factores</i>	450

Índice de Abreviaturas

ADN. <i>Ácido desoxirribonucleico</i>
CET. <i>Centro Educativo Terapéutico</i>
CI. <i>Cociente Intelectual</i>
CINE. <i>Clasificación Internacional Normalizada de Educación</i>
COVID. <i>Véase</i>
DSM. <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMCDDA. <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
ERIC. <i>Education Resources Information Center</i>
ESO. <i>Educación Secundaria Obligatoria</i>
FP. <i>Formación Profesional</i>
HD-CET. <i>Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico</i>
IDESCAT. <i>Instituto de Estadística de Cataluña</i>
INE. <i>Instituto Nacional de Estadística</i>
ISCED. <i>International Standard Classification of Education</i>
LOE. <i>Ley Orgánica de Educación 2/2006-3 mayo</i>
LOMCE. <i>Ley orgánica para la mejora de la calidad educativa 8/2013-9 diciembre</i>
LOMLOE. <i>Ley Orgánica por la que se modifica la LOE 3/2020-29 diciembre</i>
NIMH. <i>National Institute of Mental Health</i>
OMS. <i>Organización Mundial de la Salud</i>
PAU. <i>Prueba de Acceso a la Universidad</i>
PDC. <i>Programa de Diversificación Curricular</i>
PMAR. <i>Programa Mejora Aprendizaje y Rendimiento</i>
SMD. <i>Serious Mental Disorder</i>
TDAH. <i>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</i>
TEA. <i>Trastorno del Espectro Autista</i>
TGD. <i>Trastorno Generalizado del Desarrollo</i>
TMG. <i>Trastorno Mental Grave</i>
UNED. <i>Universidad Nacional de Educación a Distancia</i>
UNESCO. <i>Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura</i>
WHO. <i>World Health Organization</i>

Introducción a la Investigación

Resumen

En esta tesis doctoral, tres son las hipótesis con las que hemos trabajado a lo largo de del desarrollo de la misma, siendo coincidentes con el compendio de artículos que se recogen para su defensa. Las tres hipótesis están relacionadas y las hemos presentado de manera secuencial.

Hemos empezado nuestra investigación conociendo la realidad que el alumnado con Trastorno Mental Grave, en adelante TMG, encuentra en sus centros educativos. Nuestra hipótesis de partida afirmaba que la atención que recibe el alumnado con TMG en sus centros educativos no es inclusiva, a la vez que resulta poco favorecedora del desarrollo personal y educativo de esta población. Los datos que hemos obtenido nos llevan a afirmar que esto es así, que la hipótesis se cumple.

A continuación hemos detenido nuestra mirada en la relación entre TMG y abandono escolar temprano. Partíamos de los datos obtenidos en la primera parte de la investigación, desde donde podíamos inferir que el alumnado con TMG tenía más riesgo de presentar abandono escolar temprano que el resto de la población. Por lo que trabajando con esta afirmación como hipótesis hemos obtenido datos que nos permiten inferir que el alumnado con TMG sí presenta mayores índices de abandono escolar temprano que el resto de la población.

Entendido el contexto en el que se desarrolla la vida académica del alumnado con TMG y confirmado el riesgo al que se enfrentan, decidimos fijarnos en aquellos elementos que definen la realidad de un alumno o alumna con TMG y ayudan a que transcurra de manera positiva en el ámbito académico. Para ello, hemos partido de la hipótesis de que los alumnos y alumnas con TMG que obtienen éxito académico, entendido este como no presentar abandono escolar temprano una vez llegados a la mayoría de edad, establecen una

relación compensadora entre factores protectores y factores de riesgo. En este juego tensional entre un grupo de factores y otros, el resultado termina siendo positivo. Para ello, hemos definido los principales factores del alumnado con TMG para luego entender cómo aplican estos factores en aquellos alumnos y alumnas con TMG que han obtenido éxito académico.

Finalmente, realizamos una propuesta de intervención en el contexto académico para alumnado con TMG que contempla los resultados obtenidos en base a los resultados obtenidos en cada una de las hipótesis.

Abstract

In this doctoral thesis, we have worked on three hypotheses throughout the development of the thesis, which coincides with the three articles published for the defence of the thesis. The three are related and we have presented them sequentially. We began our research by learning about the reality that students with Serious Mental Disorder (SMD) find in their schools. Our initial hypothesis was that the care received by students with SMD in their schools is not inclusive, and at the same time it is not conducive to the personal and educational development of this population. The data we have obtained leads us to affirm that this is the case, that the hypothesis is true.

Next, we looked at the relationship between SMD and early school leaving. We started from the data obtained in the first part of the research, from which we could infer that students with SMD were at greater risk of dropping out of school earlier than the rest of the population. Working with this statement as a hypothesis, we have obtained data that allows us to infer that students with SMD do have higher rates of early school dropout than the rest of the population.

Having understood the context in which the academic life of students with SMD takes place and confirmed the risk they face, we decided to focus on those elements that define the

reality of a student with SMD and help them to progress positively in the academic sphere. To do this, we started from the hypothesis that students with SMD who achieve academic success, understood as not dropping out of school early once they reach the age of majority, establish a compensatory relationship between protective factors and risk factors. In this game of tension between one group of factors and the other, the result ends up being positive. To this end, we have defined the main factors of students with SMD in order to understand how these factors are applied in students with SMD who have achieved academic success.

Finally, we have proposed an intervention in the academic context for students with SMD that contemplates the results obtained based on the results obtained in each of the hypotheses.

Prefacio

Cuando comienzas a redactar una tesis doctoral te das cuenta de que te enfrentas a la blancura de la página, a la nada. Esa sensación es semejante a la que uno siente cuando se asoma al desierto, Sonora. La ventana que es Hermosillo te indica un camino hacia el vacío, hacia lo desconocido. Esa sensación de infinito y de miedo absoluto es la que te lleva a movilizarte y te obliga a escribir. No es más valiente el que sabe hacer algo, sino el que se expone a hacerlo sin tener claro si podrá con ello. Eso es lo que te devuelve el desierto cuando te asomas a él.

Estas palabras no las escribo por casualidad. Parte de este documento que tienen entre sus manos fue redactado en Hermosillo con una estancia de investigación en la Universidad de Sonora y en algunos pueblitos del Desierto de Sonora. La casualidad y la búsqueda de algo fue lo que me llevó a allí. En Hermosillo encontré una realidad diferente a la madrileña, una sociedad que mira a su entorno con los ojos del desierto, con otra luz y sobre todo, con otra temperatura. ¡No se pueden imaginar cómo calienta el sol allí!. Todo eso conforma una realidad que, inevitablemente, configura espacios de reflexión y miradas diferentes.

Eso es lo que me llevó a querer hacer una tesis doctoral, aprender a ver la realidad con otra mirada, obligarme a repensar, desvestirme de mis inseguridades y nutrirme de lo diferente. Ese viaje es un doble viaje, es un viaje intelectual y un viaje interior.

Lo más interesante de todo esto es que por lejos que uno se vaya descubre que en el fondo lo que encuentra en el otro, en lo extraño, es más de él. En esencia todas las personas buscamos lo mismo, sonreír acompañados, sentirnos reconocidos y queridos, así como pensar que hacemos cosas que valen para algo y le sirven a los demás. Por muy diferentes que nos sintamos, por muchas diferencias culturales que queramos subrayar, en el fondo y en esencia, la búsqueda que todos realizamos en el viaje de la vida es la misma. Cómo lo hagamos da igual, es puro aderezo, el fondo es el mismo.

Por lo que si me preguntan qué es lo que he aprendido en este viaje intelectual, la respuesta es sencilla, he aprendido más de mí. He aprendido a conocerme a través de los demás. Sin duda ha sido un viaje apasionado y apasionante.

No hay nada más bonito que aprender de los demás, que escuchar lo que te cuentan, que compartir lo que hacen, eso es vivir. Es nutritivo y enriquecedor, y te hace sentir más vivo. Apliquen esta máxima a cualquier circunstancia de la vida y verán cómo funciona, resulta axiomática. Con tu pareja, tus hijas, tus padres, tu familia, tus amigos, etc, incluso en el trabajo. Funciona la apliques donde la apliques.

Cual epígono decidí empezar una tesis abrigado por la calidez de la UNED para más tarde saltar el océano siguiendo los pasos de otros, y en ese encuentro enriquecedor no he dejado de aprender. En el desierto encontré una ventana sin nada, donde solo existe el desierto, es la confrontación con uno mismo reflejado en el vacío. Ese vacío es el que se encuentra uno cuando comienza a pensar por primera vez en su tesis doctoral. Será ahí donde surja el primer obstáculo. ¿Qué quiero investigar?, ¿a qué quiero dedicar los próximos años de mi vida?

Encontrar un tema sobre el que indagar no es tarea sencilla. Puede parecer algo secundario, pero ciertamente no lo es. Resulta difícil hacerse preguntas y más difícil aún hacerse las preguntas correctas. Eso sí, cuando la formulas de manera adecuada te das cuenta de que tienes delante un problema sobre el que indagar y además descubres que de esa pregunta son muchas las cuestiones secundarias que se desgranán para articular toda una estructura de trabajo investigativo.

Ocurre que en los primeros pasos y ante el reto de elegir un tema, uno puede formular las preguntas más inverosímiles y fijarse en temas de lo más variopintos. Después de mucho girar y observar a tu alrededor terminas percatándote de que tu problema está delante de ti, no importa lo lejos que te vayas. Las cosas que nos preocupan e inquietan tienen mucho que ver con lo que somos y hacemos. Y creo que ha sido un acierto investigar sobre la realidad que

mi trabajo me pone delante cada día, ya que se trata de algo que me apasiona y solo se puede embarcar uno en la exigencia de una tesis doctoral si lo hace con pasión.

La inquietud y la necesidad de entender para participar mejorando una realidad tan compleja como es el Trastorno Mental en el ámbito Educativo es lo que me llevó a fijar la atención en adolescentes que tienen Trastorno Mental, y que por su severidad sintomatológica y contextual podríamos catalogar como grave. El fin último de esta investigación ha sido el de encontrar y ofrecer propuestas innovadoras y prácticas pedagógicas posibilitadoras que incidan en la mejora de una realidad concreta, el alumnado con Trastorno Mental Grave. Junto a esta intención final, también hemos pretendido cuestionar determinadas prácticas educativas y servirnos de este espacio de reflexión para, desde la crítica, poner sobre la mesa una realidad que tiene poca visibilidad y que si bien preocupa e inquieta a las instituciones educativas, su análisis e intervención no parece ser una prioridad en su agenda. Dedicarle tanto tiempo al desarrollo y profundización de un tema adquiere sentido si el resultado puede servirle a alguien. Esperamos que esta tesis contribuya aportando a la comunidad científica elementos de discusión y que sirva de apoyo para futuras investigaciones. Pero no nos gustaría quedarnos en la realización de un ejercicio puramente retórico. Nos gustaría aportar desde un espíritu crítico elementos que ayuden a transformar el modo en el que realizamos nuestro trabajo como docentes, cuestionando, visibilizando, denunciando y proponiendo.

Han sido algunas las críticas que he recibido a lo largo de estos años que han cuestionado el uso de la categoría *grave*, ya que en ella están semánticamente implícitos algunos elementos que predisponen hacia una manera de fijarse y acercarse en la realidad. Algunos profesionales con los que he tenido la suerte de encontrarme a lo largo de este camino intelectual me han sugerido la utilización de otras categorías analíticas. No obstante hemos preferido utilizar el término *grave* como elemento definitorio de nuestro análisis ya

que en la literatura científica dentro del campo de la psicología y la psiquiatría es el término que concita mayor consenso. Por lo tanto, la utilización de este término responde a una delimitación conceptual que nos permita entender la complejidad de una población determinada en base a los trabajos y aportaciones que la comunidad científica nos ofrece al respecto, para a continuación, establecer un modelo metodológico de indagación que nos ha permitido cruzar la experiencia acumulada de otros con el trabajo de campo que hemos perfilado para el desarrollo de nuestra investigación. Intentaremos utilizar el término descargado de prejuicios y valoraciones que reduzcan nuestra capacidad de análisis y buscaremos la manera de compensar este déficit conceptual con rigor intelectual y empatía hacia la población estudiada.

En cualquier caso, hablar de Trastorno Mental desde el campo educativo es un ejercicio poco habitual. Es mucha y variada la literatura científica que podrán encontrar desde la visión de la psicología y de la psiquiatría, pero no es tan habitual encontrar investigaciones que profundicen en el campo del Trastorno Mental desde la visión del profesorado, y por lo tanto que ofrezcan luz a cómo se trabaja con este alumnado y a cómo debería trabajarse.

Por último, señalar que parte de las aportaciones que encontrarán en este manuscrito se han ido publicando a lo largo de este proceloso y largo rito de transición que llamamos Tesis Doctoral. El viaje resulta más interesante –y por qué no decirlo, entretenido y enriquecedor- si es compartido, y eso es lo que hemos pretendido en el transcurrir de estos años, ir compartiendo nuestras reflexiones y trabajo investigativo. Es por ello que gran parte de lo que aquí encontrarán ha sido expuesto previamente, como proceso de difusión de la investigación realizada, tanto en revistas de impacto como en congresos y conferencias. Haremos mención a ello en aquellos apartados de este documento que ya hayan sido publicados o que estén en prensa en el momento de la publicación de esta tesis doctoral.

Introducción

La vida de cualquier adolescente en un instituto de Educación Secundaria, como espacio transicional y lugar de aprendizaje vital, lo podríamos definir como un proceso de aculturación, entendiendo este como aquel proceso a través del cual el adolescente aprende e interioriza estrategias de aprendizaje social que afectarán a su cambio cultural (Erten et al., 2018), un cambio vital en su tránsito a la adultez. El ámbito educativo, junto a otros agentes socializadores, se convierte en uno de los principales agentes de ese proceso de aculturación que implica el viaje de la niñez a la adultez a través de la adolescencia.

Es así como el ámbito educativo es uno de los espacios de socialización del adolescente en el que con mayor claridad podremos observar y entender el impacto que el trastorno mental proyecta sobre la vida del menor. Por lo tanto, uno de los efectos potenciales de la irrupción del TMG en la adolescencia será la dificultad añadida y diferencial que el estudiante encontrará en su proceso formativo, dado que algunas de las capacidades básicas para el estudio, así como el uso de conductas prosociales, podrían verse afectadas. El riesgo de que su proceso formativo y desarrollo como estudiante se vea afectado negativamente por la enfermedad aumenta considerablemente. Esta condición impactará en su calidad de vida tanto presente como futura. Por tanto, el centro educativo se convierte, en la vida de cualquier estudiante, en un canal facilitador de dos cosas fundamentales:

- Contexto socializador. En la convivencia con los demás uno aprende a ser persona y a vivir en sociedad. El instituto sirve entre otras cosas para aprender pautas básicas de convivencia.
- Elemento formador. También servirá para adquirir conocimientos que permiten acceder al título de Educación Secundaria Obligatoria. Estamos hablando de acceder a los estudios mínimos que posibilitarán mayor capacidad de autonomía en la adultez.

Ambos, el elemento formativo y el contexto socializador, se entrelazan convirtiéndose

en un continuum donde resulta muy difícil entender el uno sin el otro.

Por otro lado, podemos señalar que la incidencia del trastorno mental en población infanto-juvenil se convierte en un elemento de difícil observación debido a que no se utilizan instrumentos estandarizados que permitan pronosticar en términos preventivos, existen diferentes enfoques teóricos que provocan diferentes diagnósticos así como el uso de diferentes clasificaciones (Espín & Belloso, 2009).

Pese a todo, no podemos dejar de señalar que el impacto que el TMG tiene en la infancia y la adolescencia, por su gran repercusión en el rendimiento académico y en la construcción de un proyecto personal dificultado por la enfermedad, adquiere una gran relevancia en la vida de cualquier adolescente (Boege et al., 2018). No podemos olvidar que junto a esa dificultad que el alumno y la alumna encontrarán en su recorrido académico y personal también estará presente la repercusión social que se deriva de ella y la responsabilidad que la administración pública tiene al respecto. En este sentido hay que cuestionarse el papel de la institución educativa en cuanto a su capacidad de adaptabilidad del alumnado enfermo o, si por el contrario, le pedimos al alumno/a que se adapte él a la escuela.

El alumnado que presentan patologías mentales, se calcula que el 20 % de los adolescentes sufre algún tipo de trastorno mental (Organización Mundial de la Salud, 2014), están en desventaja respecto a su participación, permanencia y promoción en el ámbito educativo. Esta situación debería ser compensada adoptando medidas de apoyo que den respuesta a las necesidades educativas que una población como el alumnado con trastorno mental presenta.

Dentro de la atención a la diversidad que se realiza en la Comunidad de Madrid podemos señalar tres programas fundamentales que dan atención a alumnado con mayor vulnerabilidad: Necesidades Educativas Especiales, Programa de Compensación Educativa y Programa de Mejora del Aprendizaje (Consejería de Educación-Comunidad de Madrid, 2005).

Sin embargo, estas tres categorías no abarcan a una gran parte del alumnado con trastorno mental. Es decir, nos encontramos con una población que se queda fuera de esta clasificación, ya que algunas de sus necesidades trascienden a lo meramente educativo y esto complica su aplicación en este contexto. Si analizamos las 10 categorías existentes en el Dictamen de Escolarización que emiten los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (Saavedra-Acevedo, 1996) para valorar la inclusión o no de un alumno/a en el Programa de Necesidades Educativas Especiales observamos que solo una parte del alumnado con trastorno mental se encontraría en alguna de las siguientes categorías:

- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia: *Hiperactividad con déficit de atención*.
- Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia: *Trastorno disocial*.

Por otro lado, no podemos olvidar que se trata de categorías clínicas y no educativas, por lo que el lugar desde el que se enuncian determina nuestra percepción y, por lo tanto, la respuesta educativa que damos. Tampoco deberíamos obviar que se tratan de categorías caducas, ya que el DSM-V plantea otro sistema de categorías en el que no podemos encontrar las categorías señaladas.

Si nos fijamos en el alumnado con perfil de Educación Compensatoria, en muchas ocasiones el alumno/a con trastorno mental no presenta desfase curricular de dos años ni desventaja social. En cuanto al Programa de Mejora del Aprendizaje, no siempre nos encontramos con alumnado que tengan intención de titular en Educación Secundaria Obligatoria o que puedan beneficiarse de ese cambio metodológico.

Por lo tanto, existe un grupo de alumnos/as que por no estar categorizados desde el ámbito educativo no encuentran un recurso adecuado donde puedan ser atendidos desde el

reconocimiento de su diferencia y la aceptación de la misma. No olvidemos la dificultad que cualquier alumno o alumna encuentra en la gestión de sus emociones en un instituto de educación secundaria y lo complejo que resulta el aprendizaje relacional entre iguales y con adultos en la adolescencia. En este sentido, aquellos alumnos y alumnas que presentan mayores dificultades a la hora de establecer relaciones con los otros y para los que en el manejo de sus emociones encuentran una dificultad añadida, el contexto educativo se puede convertir en una fuente de conflicto que en ocasiones daña enormemente su desarrollo personal. Esta situación de vulnerabilidad en un periodo especialmente decisivo para la formación y construcción de su futura vida adulta adquiere connotaciones especiales. Es así como podemos afirmar que el alumnado con TMG encontrará más dificultades para permanecer y participar en su centro educativo así como para promocionar de curso y, en su caso, titular en Educación Secundaria Obligatoria. Podemos señalar que esta circunstancia adquiere connotaciones de mayor gravedad cuando el menor tiene menos de 16 años y, por lo tanto, estamos hablando de escolaridad obligatoria.

Sabemos que los niños y niñas que sufren problemas de salud mental se encuentran entre los grupos de población más vulnerables (Di Giovanni et al., 2017). El éxito académico para la construcción del proyecto personal de cualquier adolescente con trastorno mental grave resulta central y estructural, tanto desde un punto de vista académico como terapéutico. Mantener la vinculación y permanencia en el centro escolar permite al alumnado con TMG conservar una referencia de normalidad fundamental para provocar mejoras en otros ámbitos de su vida, mientras que fracasar escolarmente se convertirá en una pérdida enormemente condicionante que pone en peligro su desarrollo personal y su vida futura.

Problema de Investigación

Las preguntas que nos hemos planteado y sobre las que articularemos nuestro trabajo de investigación han sido:

- ¿Qué tipo de atención se da desde el sistema público de educación al alumnado con trastorno mental?
- ¿Qué impacto tiene el TMG sobre el ámbito educativo de un adolescente?
- ¿Cuáles son las fortalezas que reúne un adolescente con TMG para que pese al impacto de la enfermedad sea capaz de minimizar las consecuencias que se derivan de dicho impacto obteniendo éxito académico?

Hipótesis

1. El sistema público madrileño no realiza un trabajo de atención específico con alumnado que se encuentra en situación de TMG.
2. La población escolar con TMG presenta mayor abandono escolar temprano que el resto de la población escolar.
3. El alumnado con TMG que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección.

Objetivos

Objetivos Generales

- 1.1. Analizar la atención que se da en el Sistema de Educación Público Madrileño al alumnado con TMG y entender si se ajusta a las necesidades específicas de dicho alumnado.
- 2.1. Valorar el impacto que tiene el TMG en la escolaridad de un adolescente en términos de abandono escolar temprano.

- 3.1. Definir los factores de protección que permiten que un alumno/a con TMG obtenga éxito académico.

Objetivos Específicos

- 1.1.1. Establecer el perfil de alumnado con TMG en base a su potenciales factores de riesgo y protección de una población dada.
- 1.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través del profesorado, así como de coordinadores y coordinadoras, que trabajan en los Centros Educativos Terapéuticos.
- 2.1.1. Medir el nivel de abandono escolar temprano en alumnado con TMG.
- 3.1.1. Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG.
- 3.1.2. Definir la relación entre factores de riesgo y factores protectores para valorar el nivel de adaptabilidad alcanzado por alumnado con TMG dentro del ámbito educativo en términos de éxito académico.

Tabla 1

Relación pregunta-hipótesis-objetivos generales-objetivos específicos-publicación-capítulo

Pregunta	Hipótesis	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Publicación	Cap.												
<p>¿Qué atención se da desde el sistema público de educación al alumnado con trastorno mental? Si se trata de una atención específica o no, si responde a las necesidades de dicha población y en caso de no ser así, qué debería hacerse para ofrecer una atención ajustada a las necesidades de la población objeto de esta investigación.</p>	<p>1. El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave.</p>	<p>1. Analizar la atención que se da en el Sistema de Educación Público Madrileño al alumnado con Trastorno Mental Grave y entender si se ajusta a las necesidades específicas de dicho alumnado.</p>	<p>1.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través del profesorado que trabaja en los Centros Educativos Terapéuticos.</p> <p>1.1.3. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través de las coordinadoras que trabaja en los Centros Educativos Terapéuticos.</p>	<p>Crespo Molero, F., & Sánchez Romero, C. (2018). Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo de adolescentes. <i>Revista Complutense De Educación</i>, 30(1), 205-223. https://doi.org/10.5209/RCED.56082</p>   <p>Crespo, F. y Sánchez, C. (2019). Trastorno Mental Grave: análisis de la atención educativa en la Comunidad de Madrid. <i>Psychology, Society & Education</i>. 11(1), pp. 113-124. http://dx.doi.org/10.25115/psye.v11i1.2124</p>  <p>Crespo Molero, F., (2021). Centros educativos terapéuticos. Atención a alumnado con trastorno mental grave. <i>Revista de Educación Inclusiva, Monográfico, Aulas Hospitalarias</i>, 124-138.</p>  <p>Indicadores</p> <table border="1" data-bbox="1713 853 1937 917"> <thead> <tr> <th colspan="4">INDICADOR DE LA BIODIVERSIDAD (Índice de Biodiversidad)</th> </tr> <tr> <th>BIODIVERSIDAD</th> <th>INDICADOR</th> <th>VALOR</th> <th>UNIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Índice de Biodiversidad</td> <td>IB</td> <td>18</td> <td>C</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR DE LA BIODIVERSIDAD (Índice de Biodiversidad)				BIODIVERSIDAD	INDICADOR	VALOR	UNIDAD	Índice de Biodiversidad	IB	18	C	<p>4</p>
INDICADOR DE LA BIODIVERSIDAD (Índice de Biodiversidad)																	
BIODIVERSIDAD	INDICADOR	VALOR	UNIDAD														
Índice de Biodiversidad	IB	18	C														
<p>¿Qué impacto tiene el Trastorno Mental Grave sobre el ámbito educativo de un adolescente?</p>	<p>2. La población escolar con Trastorno Mental Grave presenta mayor fracaso escolar que el resto de la población escolar.</p>	<p>2.1. Valorar el impacto que tiene el Trastorno Mental Grave en la escolaridad de un adolescente en términos de abandono escolar temprano.</p>	<p>2.1.1. Estimar el porcentaje de población con TMG que presenta abandono escolar temprano en una muestra dada.</p> <p>2.1.2. Estimar el porcentaje de población con TMG que accede a un empleo de trabajo en una muestra dada.</p> <p>2.1.3. Estimar la relación entre acceso al mundo laboral y el nivel de estudios adquiridos en alumnado con TMG.</p>	<p>Culture and Education</p> <p>Tendencia del factor de impacto de la revista 2019</p> <p>0,727 2019 Journal Impact Factor</p> 	<p>5</p>												
<p>¿Cuáles son las fortalezas que reúne un adolescente con trastorno mental grave para que pese al impacto de la enfermedad sea capaz de minimizar dicho impacto obteniendo éxito académico?</p>	<p>3. El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones diferenciales que actúan como factores de protección.</p>	<p>3.1. Definir los factores de protección que permiten que un alumno/a con Trastorno Mental Grave obtenga éxito académico.</p>	<p>3.1.1. Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG.</p> <p>3.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través de la visión del alumnado con Trastorno Mental Grave que ha obtenido éxito académico.</p>	<p>3.1.1. Sánchez-Romero, C. & Crespo-Molero, F. (2022). Psychosocial Factors Linked to Severe Mental Disorders in a Convenience Sample of Teenage Students. In M. Ingrassia, & L. Benedetto (Eds.), <i>Adolescences</i>. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.104936</p>	<p>6</p>												

Capítulo 1. Delimitación Conceptual

1.1. Resumen

En este capítulo delimitaremos los conceptos fundamentales que sustentan este manuscrito. Está concebido como una introducción, por lo que esperamos sirva como primer escalón desde el que acceder al resto de elementos que conforman esta tesis doctoral. Comenzaremos el recorrido acercándonos a la adolescencia como etapa evolutiva en la que hemos centrado nuestra investigación, para a continuación definir el concepto de trastorno mental. Posteriormente hemos querido detenernos en la definición de trastorno mental grave así como en conceptos como la condición estigmatizante del trastorno mental. Posteriormente hemos querido mostrar la prevalencia del trastorno mental grave para así ir acercándonos a la población con la que se ha realizado esta investigación.

A lo largo de toda esta tesis doctoral hemos trabajado con una doble categoría, distinguiendo así entre trastornos de tipo internalizante y de tipo externalizante. Es por ello que nos ha parecido importante explicar a qué responden cada una de estas categorías y cómo se definen.

Por último, hemos reflexionado sobre el impacto que el trastorno mental grave tiene en el marco educativo, y por lo tanto, la manera en la que este condiciona el desarrollo académico de aquellos alumnos y alumnas que se encuentran en esta circunstancia.

Este primer acercamiento nos permitirá introducir y contextualizar el marco de referencia conceptual en el que se ha desarrollado nuestra investigación. En el siguiente capítulo tendremos ocasión de profundizar con mayor detalle en el marco teórico que ha sustentado esta tesis doctoral.

1.2. Introducción a la Delimitación Conceptual

Es frecuente encontrar publicaciones de autores en las que se describe la adolescencia como una etapa llena de conflictos. Esta etapa, vista como algo estanco y transitorio, se convertirá en el escalón por el que transitar para llegar a la adultez. Desde los sufrimientos del joven Werther de Goethe, pasando por la visión de la adolescencia como el tránsito de la infancia a la adultez planteado por Rousseau, hasta la visión de Erik Ericsson quien en su desarrollo de la teoría de la identidad planteará la adolescencia como etapa de crisis y conflicto, de búsqueda de la identidad desde una relación estrecha con la sociedad y la cultura.

Los estudios sobre la adolescencia se han acercado tradicionalmente a ella desde dos grandes perspectivas (Arnett, 1999). Por un lado aquellos que han desarrollado la idea de la adolescencia como una edad de “tormenta y estrés”¹ y por otro los que se han centrado en el análisis de grupos poblacionales de adolescentes con algún tipo de dificultad. El autor señalaba, en relación a los primeros, cómo habría que resaltar que las muestras sobre las que se han realizado estos estudios son individuos de clase media americana en la que la mayoría de la población representa y percibe a la adolescencia como una época conflictiva. En relación al segundo grupo de estudios deberíamos destacar su propia especificidad con respecto al conflicto, por lo que no debería extrañarnos que las conclusiones apunten hacia la adolescencia como una edad en la que se dan problemas con más frecuencia que en otros momentos evolutivos.

El concepto adolescencia, desde un punto de vista evolutivo, tiene una connotación cronológica y pone el énfasis en una dimensión acumulativa y progresiva del desarrollo del menor. Ante este planteamiento preponderante en el análisis y estudio de la adolescencia como categoría analítica podríamos plantearnos algunas objeciones. En este sentido, algunos autores prefieren utilizar la categoría juventud, ya que esta está dotada de mayor dinamismo

¹ Término acuñado por S. Hall. Cuenta Arnett que en algunas traducciones viene reflejado como “tormenta e ímpetu”. En definitiva, se trata de un término extraído de la literatura alemana romántica, en la que se reflejan elementos de pasión, apasionamiento y tragedia.

incorporando, no solo elementos que tengan que ver con los cambios físicos, psicológicos y emocionales, sino aportando una dimensión social que ayuda al menor a configurar su identidad social en un espacio de relaciones contextuales. Por eso, siguiendo la definición de Restrepo (2016) quien afirma que:

la consideración de la juventud como categoría analítica en salud pública implica reconocerla como una condición social emergente de relaciones de poder....De este modo, la juventud deja de ser un objeto poblacional sobre el que se puede hablar, y se constituye en una condición social para la interpretación de los procesos de salud y enfermedad (p. 3).

La importancia del aporte de este planteamiento, para nosotros, radica en enfatizar la dimensión contextual del término, ya que entendiéndola como una construcción social complejizamos el concepto y le nutrimos de elementos de análisis más amplios y descriptivos. En cualquier caso, por nuestra parte, y siguiendo la línea de Delgado (1999), plantearemos la adolescencia como una etapa vital transitoria y liminal directamente ligada a la formación personal y proyectiva de la persona. Delgado, diferenciará entre ritos de paso preliminares, liminares y postliminares. Lo interesante de esta clasificación es que mientras que los ritos preliminares y postliminares corresponden a estructuras estables, el liminal lleva implícita una carga de movimiento e indefinición. Turner (1964) afirmaba que si, como se enunciaba desde el estructural-funcionalismo, las sociedades se conformaban en estructuras, en el espacio intermedio en el que se define el tránsito de una a la otra se dan situaciones interestructurales, y es a esta a la que vamos a denominar liminal. Delgado definirá esta situación como inestable y transitoria, en la que el individuo no es ni una cosa ni otra ya que no han sido pasadas aún del todo por el filtro de las normas sociales, y tendrá que ser la sociedad la encargada de formar al individuo. Delgado dice al respecto de la adolescencia que el individuo se encuentra en una situación de “*libertad provisional*” (Delgado, 1999, p.106) en

la que no tendrá ninguna obligación social. No quisiéramos contradecir esta afirmación, pero consideramos que es cuando menos cuestionable, ya que a la adolescencia se le atribuyen normas y funciones sociales que tienen que cumplir para transitar por la adolescencia. En cualquier caso, plantearemos la adolescencia como una construcción social, en la que el individuo permanece en una situación ambigua con respecto a todas las obligaciones que se esperan de un adulto y a través de cuya transición la persona se someterá a un proceso de aprendizaje que le permitirá acceder a la adultez con niveles mínimos de autonomía.

Es así que podemos ver cómo la adolescencia es un concepto complejo y dinámico en sí mismo, cargado de matices al que cada autor le atribuye un sentido diferente en función de su disciplina académica, campo de estudio y contexto socio-histórico en el que se haya socializado.

Por nuestra parte, resaltaremos la condición de cambio y crecimiento, no en vano la palabra adolescente deriva del verbo latino *adolescere* que significa crecer, desarrollarse. Y en esa etapa de desarrollo y crecimiento el adolescente sufrirá uno de los momentos vitales que más cambios y con más rapidez sucederán en su vida.

Dentro del grupo poblacional objeto de nuestro estudio, la adolescencia, nosotros hemos querido fijarnos en una subcategoría concreta, la de aquellos adolescentes que tienen dificultades añadidas por el deterioro de su salud mental. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS en español, o en inglés WHO²) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (World Health Organization, 2014, parr. 1).

Cualquier enfermedad grave en la adolescencia adquiere connotaciones especiales y específicas, ya que las posibilidades de condicionar el desarrollo personal del menor -y es el

² En función del idioma en el que estuviese escrito el texto con el que hayamos trabajado nos referiremos a esta organización como OMS o WHO indistintamente.

caso del trastorno mental- son enormes. Perder la capacidad de enfrentarse a las tensiones propias de la vida y de superar los imponderables que inevitablemente encontramos en su transcurrir, cuando un adolescente padece un trastorno mental, es un elemento que puede dificultar enormemente un desarrollo vital sano. El impacto y repercusión que un trastorno mental provoca en un adolescente adquiere connotaciones diferentes a las que tiene en la adultez por varios motivos. Entre ellos podemos señalar que el adolescente se encuentra en pleno proceso de construcción vital. Las alteraciones negativas de cualquier índole se sumarían a la construcción y definición de la persona, del futuro adulto. Observemos que hay elementos de su personalidad y de su construcción social que aún no están definidos ya que están por construir y su definición se puede ver alterada por la aparición del trastorno mental. También señalaremos que el espacio comprendido entre los 12 y los 18 años de edad representa un corto espacio de tiempo vital. En cambio, durante ese periodo tienen que asentarse elementos de aprendizaje en diferentes ámbitos de la persona que condicionarán y definirán la vida del adolescente. La repercusión de un trastorno mental en este marco temporal perjudica con mayor fuerza que en la adultez debido al momento vital en el que se produce.

La WHO (2018) estima que los problemas de salud mental representan el 16% del total de los problemas de salud de la adolescencia, que la mitad de los problemas de salud mental comienzan a los 14 años de edad y la mayoría de ellos no se detectan ni se tratan, que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años y que las consecuencias de no abordar los problemas de salud mental en la adolescencia se extiende hasta la adultez. Esto limita las oportunidades para desarrollar una vida plena como adulto.

Lo OMS también dice, y estamos plenamente de acuerdo con esta afirmación, que la prevención y la promoción de la salud son las claves para ayudar a un adolescente a transitar por la adolescencia de manera saludable. Es decir, las políticas preventivas y desde el ámbito

educativo las prácticas educativas preventivas, son las mejores herramientas para no hablar tanto de enfermedad y poder centrar más la atención en la idea de salud. En definitiva, cómo conseguimos preventivamente que se retrase el inicio de la enfermedad mental, que se detecte a tiempo para poder intervenir en su génesis, o antes, en términos preventivos y obtener mejores pronósticos consiguiendo que la enfermedad mental impacte con menos severidad en la futura vida adulta del ahora adolescente.

Los trastornos mentales suponen en muchas ocasiones importantes alteraciones en la vida personal del adolescente, en su rendimiento académico y en su adaptación al contexto escolar. Cómo se desarrollen esas alteraciones dependerá mucho del tipo de trastorno o enfermedad del alumnado. Algunas patologías afectan de manera negativa con mayor fuerza en la interacción con la vida académica, dado que su sintomatología altera especialmente las capacidades básicas necesarias para desenvolverse en el contexto académico. Tanto desde un punto de vista relacional -alteración y mala gestión de las emociones- como desde un punto de vista académico -dificultades cognitivas, alteraciones sensoriales, motivación, atención, etc-. En cualquier caso, pensamos que el papel de la institución educativa se convierte en un elemento crucial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, tendremos ocasión de profundizar con más detalle en este punto más adelante.

1.3. ¿Qué es el Trastorno Mental Grave?

Son múltiples las definiciones que podamos encontrar sobre el trastorno mental grave, y ya hemos dicho al inicio de este texto que hemos decidido utilizar el concepto *gravedad* bajo el criterio de principio de identidad. Más allá de la carga semántica y de lo limitante que pudiese parecer el concepto, entendemos que reúne el suficiente consenso en la literatura científica como para doblegarnos a su fuerza y aceptarlo como compañero de viaje (Alonso-Vega et al., 2019).

A continuación, citaremos alguna definición para comenzar a entender el concepto. Es

así como podríamos decir que los TMG serían aquellos trastornos que “por su gravedad, comprometen seriamente la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padecen.....aquél trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social” (Gordillo et al., 2013, p. 508).

Por otro lado también podríamos entender el TMG como “un trastorno mental, conductual o emocional que resulta en un deterioro funcional grave, que interfiere o limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida” (National Institute of Mental Health, 2018, párr. 3). Autores como Veliz et al. (2019) consideran que:

a pesar de las diferencias por la diversidad de los trastornos que se engloban bajo este término (TMG), se ha detectado que dichas personas presentan déficits en mayor o menor grado con respecto al autocuidado, autonomía, funcionamiento cognitivo, autocontrol, relaciones interpersonales y el ocio y tiempo libre. (p. 44)

Algunos autores utilizan la expresión *grave y persistente* (Parabiaghi et al., 2006). La intención de utilizar el concepto persistente radica en evitar la connotación de cronicidad, ya que bajo el paraguas de enfermedad crónica estaría incluida la idea de incurable. En esta línea de trabajo a finales de los años ochenta la NIMH³ comenzó a trabajar sobre la conceptualización de trastorno mental grave en base a criterios de diagnóstico como psicosis no orgánica o trastorno de personalidad, de duración prolongada que generaba discapacidad. Pocos años después y siguiendo la misma línea de trabajo Schinnar et al. (1990) realizan un estudio en el que aplican diecisiete definiciones de trastorno mental grave a 222 pacientes diagnosticados como tal. Observaron que la duración de la enfermedad sería uno de los criterios que más disenso genera entre las diferentes definiciones utilizadas ya que su estimación varía en función de cada autor por diferentes motivos.

³ National Institute of Mental Health

Donde lo dejaron Schhinnar et al. en 1990 continuaron autores como Ruggeri et al. (2000). Estos autores destacarán dos definiciones, una en la que esté incluido el criterio diagnóstico más la duración y la repercusión de la enfermedad en términos de discapacidad y otra en la que utilizarán solo dos dimensiones, la duración y el grado de disfuncionalidad que la enfermedad provoque en el paciente. Concluyen que la definición que utiliza solo dos dimensiones, duración de la enfermedad y disfuncionalidad es la que mejor aplicación recoge en la población estudiada y para ello definirán bien tanto la duración como el grado de disfuncionalidad. En este sentido subrayarán que resulta más operativo analizar la duración del tratamiento que la duración de la enfermedad, ya que de esta manera el dato se puede recoger de manera más objetiva. Por lo tanto, en cuanto a la duración tomaremos como referencia dos años de temporalidad (De la Fuente-Tomas et al., 2019).

Hemos podido observar que más allá de la definición en la que podamos fijarnos sí podemos decir que en todas ellas encontraremos elementos comunes como son los de duración prolongada y deterioro funcional e impacto en diferentes áreas de la vida del individuo. Este será el criterio que utilizaremos a lo largo de este desarrollo teórico. Y es así como podríamos decir que el concepto de trastorno mental grave con el que hemos trabajado sería: aquel trastorno mental cuya sintomatología afecta de manera muy severa sobre diferentes áreas de la persona con una duración prolongada en el tiempo de al menos dos años.

Como ya hemos podido señalar anteriormente, el consenso en la clasificación del trastorno mental y el uso de la terminología científica no alcanza grandes grados de acuerdo, por lo que en ocasiones resulta difícil delimitar el campo de investigación. En cualquier caso indicaremos las dos clasificaciones más usadas y aceptadas internacionalmente, ya que el uso de ambas clasificaciones podría hacernos entender la delimitación de la población objeto de estudio en base a la revisión de diferentes fuentes.

No está en nuestra intención profundizar en las características de cada trastorno, ya

que es algo que se escapa de nuestro alcance e intención de estudio. Mostramos la siguiente tabla para ayudar a delimitar el campo de análisis, pero ya vamos adelantando que fijaremos nuestra atención no tanto en la categoría diagnóstica sino en el impacto que la sintomatología del trastorno tiene en el ámbito educativo. Hemos suprimido algunos apartados que pueden ser objeto de atención clínica incluidos en el DSM-V como las disfunciones sexuales, los trastornos neurocognitivos, parafilicos, trastornos motores inducidos por medicamentos, otros efectos adversos de los medicamentos y otros problemas. Por otro lado, y con la intención de no incluir información que no resulte relevante, hemos indicado solo aquellos trastornos que tienen mayor incidencia. En algunos casos por su nula o mínima morbilidad en la población estudiada, y en otros casos por tratarse de categorías clínicas que no aplicarían a un menor.

Tabla 2
Relación DSMV-CIE10

DSMV	CIE 10
TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO	
Discapacidades Intelectuales	
Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)	F70 Leve, F71 Moderado, F72 Grave y F73 Profundo
Retraso general del desarrollo	F88
Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificado	F79
Trastornos de la Comunicación	
Trastorno del lenguaje	F80.2
Trastorno fonológico	F80.0
Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)	F80.81
Trastorno de la comunicación social (pragmático)	F80.82
Trastorno de la comunicación no especificado	F80.9.
Trastorno del espectro del autismo	
Trastorno del espectro del autismo. - Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos; Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento. - Gravedad actual de los Criterios A y de los Criterios B: Necesita ayuda muy notable, Necesita ayuda notable, Necesita ayuda. - Con o sin déficit intelectual acompañante, Con o sin deterioro del lenguaje acompañante, Con catatonía.	F84.0
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	
Presentación combinada	F90.2
Presentación predominante con falta de atención	F90.0
Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: - En remisión parcial - Leve-moderado-grave	F90.1
Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado	F90.8
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado	F90.9
Trastorno específico del aprendizaje	
Con dificultad de lectura	F81.0
Con dificultad en la expresión escrita	F81.8
Con dificultad matemática	F81.2
Trastornos motores	
Trastorno del desarrollo de la coordinación	F82
Trastorno del movimientos estereotipados	F98.4
Trastorno de tics	

Trastorno de la Tourette	F95.2.
Trastorno de tics motores o vocales persistente	F95.1.
Trastorno de tics transitorio	F.05.0.
Otros trastornos de tics especificados	F95.8.
Trastornos de tics no especificados	F95.9.
Otros trastornos del desarrollo neurológico	
Otros trastornos del desarrollo neurológico especificado	F88.
Trastorno del desarrollo neurológico no especificado	F89.
ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	
Trastorno esquizotípico de la personalidad	F21.
Trastorno delirante	F22.
Trastorno psicótico breve	F23.
Trastorno esquizofreniforme	F20.81.
Esquizofrenia	F20.9.
Trastorno esquizoafectivo	F25.0 bipolar y F25.1. depresivo
Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos	Diferentes nomenclaturas dividido en leve-moderado-grave
TRASTORNOS BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS	
Trastorno Bipolar I	Diferentes nomenclaturas en función de la clasificación
Trastorno Bipolar II	F31.81
Trastorno ciclotímico	F34.0
TRASTORNOS DEPRESIVOS	
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	F34.8
Trastorno de depresión mayor	Diferentes nomenclaturas en función de la clasificación
Trastorno depresivo persistente (distimia)	F34.1.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Diferentes nomenclaturas en función de la clasificación
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
Trastorno de la ansiedad por separación	F93.0..
Mutismo selectivo	F94.0.
Fobia específica	Diferentes nomenclaturas en función de la clasificación
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	F40.10
Trastorno del pánico	F41.0.
Agorafobia	F40.0.
Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1.
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	F06.4.
Otro trastorno de ansiedad especificado	F41.8.
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS	
Trastorno obsesivo-compulsivo	F42.
Tricotilomanía	F63.
Trastorno de escoriación	L98.1.
TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS	
Trastorno de apego reactivo	F94.1.
Trastorno de relación social desinhibida	F94.2.
Trastorno de estrés postraumático	F43.10.
Trastorno de estrés agudo	F43.0.
Con estado de ánimo deprimido	F43.21.
TRASTORNOS DISOCIATIVOS	
Trastorno de la identidad disociativo	F44.81.
Trastorno de despersonalización/desrealización	F48.1.
TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS	
Trastorno de síntomas somáticos	F45.1.
TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	
Trastorno de rumiación	F98.21.
Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos	F50.8.
Anorexia nerviosa	F50.01. tipo restrictiva, F50.02. tipo por atracón/purgas
Bulimia nerviosa	F50.2.
Trastorno por atracón	F50.8.
TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN	
Enuresis	F98.0.

Encopresis	F98.1.
TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA	
Trastorno de insomnio	F51.01.
Trastorno por hipersomnias	F51.11.
Narcolepsia	G47. Diferentes nomenclaturas en función de la clasificación
DISFORIA DE GÉNERO	
Disforia de género	F64.2. disforia de género en niños, F64.1. disforia de género en adolescentes y adultos
TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTAS DISRUPTIVAS	
Trastorno negativista desafiante	F91.3.
Trastorno explosivo intermitente	F63.811.
Trastorno de conducta	F91.1. de inicio infantil, F91.2. de inicio adolescente, F91.9. de inicio no especificado
Trastorno de la personalidad antisocial	F60.2.
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
Trastornos de la personalidad: Grupo A	
Trastorno de la personalidad paranoide	F60.0.
Trastorno de la personalidad esquizoide	F60.1.
Trastorno de la personalidad esquizotípica	F21.
Trastorno de la personalidad: Grupo B	
Trastorno de la personalidad antisocial	F60.2.
Trastorno de la personalidad límite	F60.3.
Trastorno de la personalidad histriónica	F60.4.
Trastorno de la personalidad narcisista	F60.81.
Trastorno de la personalidad: Grupo C	
Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	F60.5.

Elaboración propia adaptado de CIE-10 y DSM V (American Psychiatric Association, 2014)

En cualquier caso, nuestro campo de visión analítica se reducirá a dos categorías, *trastornos internalizantes* y *trastornos externalizantes*, todos ellos bajo el criterio de gravedad en términos de duración del tratamiento y de déficits en diferentes áreas de la persona, entre ellas el ámbito educativo. Tendremos ocasión de profundizar más en esta doble categoría en el apartado correspondiente⁴.

1.4. La Condición Estigmatizante del Trastorno Mental

En nuestra investigación observaremos también que los trastornos mentales y la pérdida de salud mental, adquieren una dimensión distinta de otras enfermedades que provoca que podamos definirlas y acercarnos a ellas ateniendo a sus propias características diferenciales. El trastorno mental tiene implícita una dimensión social importantísima, y la vivencia que los alumnos y alumnas con trastorno mental y sus familias tienen de su enfermedad en gran medida estará condicionada por la visión negativa y estereotipada que en

⁴ Encontrarán desarrollados estos aspectos en el apartado 1.6. Trastornos Internalizantes y Externalizantes ubicado en la página 43.

la sociedad prevalece con respecto al trastorno mental. El estigma social que el trastorno mental lleva asociado podríamos definirlo como “la asignación de estereotipos negativos” (Grandón et al., 2018, p. 1). Es así como nos atrevemos a decir que las actitudes estigmatizantes que la sociedad proyecta de manera estereotipada hacia las personas con trastorno mental provocan discriminación. Esto es algo de lo que la escuela, como reflejo de la sociedad, no se escapa y también reproducirá. La actitud del profesorado, de las familias y del alumnado ante el trastorno mental está muy condicionada por el desconocimiento y este desconocimiento provoca falta de sensibilidad ante este hecho.

El estigma es un concepto complejo que se compone de elementos cognitivos, emocionales y conductuales (Herrero et al., 2014). Los elementos cognitivos son aquellos que tienen que ver con la información –o desinformación- que del trastorno mental podamos tener. En base a datos muy generales construimos un mapa conceptual fundado en información sesgada, escasa, y errónea en muchas ocasiones. Es así como formamos los estereotipos y los convertimos en el filtro de la realidad. El componente emocional será aquel que se define en actitudes sustentadas en esos estereotipos y esto dará lugar a los prejuicios. Por lo que la respuesta, la conducta que podamos emitir y cómo nos posicionamos ante el trastorno mental tiene mucho que ver con las actitudes emocionales y cómo estas se relacionan con los estereotipos dando paso a los prejuicios.

Pero no solo nos encontramos con el estigma que la enfermedad mental lleva asociado como proyección del entorno, de la sociedad. Señalaremos también la importancia del estigma interno. La visión que los demás tienen de uno mismo es uno de los elementos condicionantes y moldeadores de la tranquilidad emocional y del bienestar afectivo. Uno de los elementos que más afectan a la autoestima y a la autoeficacia en personas con trastorno mental grave es la sensación de llevar sobre la espalda la etiqueta del trastorno, la *autoestigmatización*. Esto no será otra cosa que la manera de internalizar el estigma público. Esta internalización puede

tener consecuencias en el deterioro de las relaciones interpersonales, detrimento de la calidad de vida y disminución de la implicación en el logro de objetivos vitales (Morgades-Bamba et al., 2019). Pensemos cómo esto puede afectar a un adolescente y cómo podría manejar, en un contexto como el de un centro educativo, recibir la noticia de padecer un trastorno mental grave. En muchas ocasiones, tanto el adolescente como su familia, muestra reticencias a la hora de buscar ayuda en los servicios de salud mental. Por otro lado, el contexto – compañeros/as y profesorado- tampoco sabe muy bien cómo ayudar cuando algún miembro de la clase presente dificultades relacionadas derivadas de la pérdida de salud mental. El estigma y el escaso conocimiento de aspectos relacionados con la salud mental se han identificado como algunas de las barreras principales que impiden que el contexto pueda convertirse en un espacio de ayuda (DeLuca, 2020).

Es decir, la carga estigmatizante de la enfermedad estará presente en el contexto, en el instituto, por lo que el contexto es un elemento fundamental sobre el que trabajar para establecer prácticas educativas adecuadas con población que tiene trastorno mental. Convertir los centros educativos en espacios en los que trabajar el bienestar afectivo de los estudiantes sería una de las mejores maneras de trabajar contra el estigma de la enfermedad, dado que de esa manera estaríamos contribuyendo a cambiar las actitudes de las personas que conforman el contexto y facilitando que el proceso de des-estigmatización se dé tanto en el grupo como en el individuo señalado.

Sabemos que los programas de prevención y sensibilización del trastorno mental ayudan a profundizar en los elementos señalados. En este sentido, autores como Darraj et al. (2018) realizaron un estudio en el que evaluaban la efectividad de un programa de intervención escolar sobre la depresión y la sensación estigmatizante que de ella tenían estudiantes de escuelas de educación secundaria. Los resultados de su estudio inciden en la idea de que estos programas aumentan el conocimiento de la enfermedad mental de la

población participante y reducen las actitudes estigmatizantes ante la enfermedad. Pero prevenir y sensibilizar no pasa solo por dar información, es necesario profundizar en el cambio de actitudes, y esto será posible si previamente hemos trabajado en profundidad la información y la desmitificación de determinada información. Los programas de sensibilización en los que trabajar con adolescentes las dificultades que se desprenden de una enfermedad mental no solo ayudan a reducir el estigma y a aumentar actitudes positivas ante la enfermedad mental, sino que también ayudan a aumentar el comportamiento prosocial de los participantes (Naylor et al., 2009), por lo que sensibilizando también estamos ayudando a cambiar el marco relacional y los términos en los que se establecen las relaciones entre los miembros de la comunidad educativa.

Por ello, nos preguntamos por la repercusión que un trastorno mental grave puede tener en la vida de un adolescente, ya que la persona que tiene un trastorno mental tiene que convivir con la sintomatología de la enfermedad, con la vivencia de los que le rodean de esa sintomatología y con cómo cree él o ella que lo vivencian los demás. Los malentendidos en las relaciones sociales de los trastornos mentales pueden generar rechazo y exclusión (Michaels et al., 2017), y esto es algo que se puede observar en la vida cotidiana de un centro educativo en el que conviven desde la diferencia, junto al resto de alumnado, el alumnado con trastorno mental. El estigma es un elemento de análisis importante y en la línea del cuidado del contexto, la WHO (2013) propone la promoción y protección de la salud mental como elemento anticipatorio. Considera que debería trabajarse a través de estrategias intersectoriales con formas concretas de fomentar la salud mental. De entre esas formas concretas destaca el apoyo a los niños a través de programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil.

1.5. Prevalencia del Trastorno Mental

En la adolescencia es frecuente que se dé sintomatología afectiva y/o comportamental,

por lo que el riesgo de verse expuesto/a a un trastorno mental es realmente alto. La demanda de atención en salud mental de la población infanto-juvenil ha ido en aumento en los últimos años (Hidalgo et al., 2014), por lo que son varias las señales que nos indican que el trastorno mental en la adolescencia tiene una presencia relevante.

Esto es algo que se ha evidenciado aun con más fuerza en el contexto de la pandemia y post-pandemia propiciada por la COVID-19. En EEUU, entre marzo y octubre de 2020, aumentaron un 31% las visitas al hospital por emergencias para niños y niñas entre 12 y 17 años. También aumentaron en un 50% los ingresos por intento de suicidio entre los 12 y los 17 años a principio de 2021 (Hillis et al., 2021). Heneghan et al. (2021) hacen una revisión de los estudios realizados hasta abril de 2021 y concluyen que casi ocho de cada diez niños y adolescentes muestran empeoramiento en su comportamiento y aumento de sentimientos negativos.

En cualquier caso, resulta complicado encontrar datos homogéneos y la variabilidad de los datos que podamos obtener en la literatura científica es grande. Lo que sí parece claro es que existe una prevalencia de entre un 10 y un 20% en población infanto-juvenil con problemas de salud mental (López-Soler et al., 2009). Estudios recientes afirman que la prevalencia en la población de entre 5 y 17 años de edad en los países con ingresos altos – entre los que se encuentra España-, y centrando el análisis en los trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, trastorno del espectro autista, trastornos de la alimentación, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y trastornos depresivos, es de 26,41%. Siendo en la región europea de 16,3% (Erskine et al., 2017).

Algunas publicaciones afirman que 1 de entre 4 y 5 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 18 años reúnen condiciones para padecer algún TMG a lo largo de su vida (Merikangas, 2018; Merikangas et al., 2010). El National Institute of Mental Health (2018) también arrojaba datos al respecto, es así como establecía una prevalencia del

TMG en los adolescentes estadounidenses de entre 18 y 25 años de edad de un 5,9%. Este dato subió a un 9,7% en el año 2020 (NIMH, 2020). Como podemos ver, los datos señalados no son muy homogéneos, en cualquier caso y más allá del dato que podamos utilizar, si queremos señalar que la prevalencia del TMG en la adolescencia es lo suficientemente significativa como para entender que en términos absolutos y no porcentuales el impacto y la repercusión en la vida de cada uno de los alumnos y alumnas afectados es muy grande. Veamos el alcance que los datos ofrecidos podrían tener en diferentes estudios, informes e investigaciones.

Pongamos algunos ejemplos. En la Comunidad de Madrid, durante el curso 2019-2020 hemos contado con un total de 938244 alumnos y alumnas escolarizados desde Educación Primaria hasta Bachillerato y Ciclos de Grado Superior (Dirección General de Bilingüismo y Calidad de la Enseñanza, 2020) y por otro lado, también sabemos que en la mayoría de los países de la Región Europea la prevalencia estimada de Trastorno Mental Grave oscila entre el 0,6 % y el 1% de la población (Dirección General de Hospitales, 2010). Estos datos, que son significativamente inferiores a los ofrecidos por el National Institute of Mental Health, no dejan de ser relevantes. Desde la precaución y utilizando los datos más conservadores, siendo estos los utilizados por la Dirección General de Hospitales, podríamos decir que entre 5630 y 9382 alumnos y alumnas padecían algún Trastorno Mental Grave durante el curso 2019-2020 en la Comunidad de Madrid.

Sigamos con algún ejemplo más. Si analizamos el contexto de la Comunidad Autónoma de Catalunya observamos que de un total de 1035745 alumnos y alumnas comprendidos entre Educación Primaria y el resto de etapas no universitarias en el curso 2018-2019 (IDESCAT, 2019), entre y 6214 y 10357 podrían haber padecido algún Trastorno Mental Grave. Centrando nuestra mirada en el conjunto del estado español podemos observar que en el curso 2019-2020 un total de 6500160 alumnos y alumnas estuvieron matriculados

desde Educación Primaria hasta Bachillerato y Ciclos de Grado Superior (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2020). De esta manera podríamos estimar que entre 39001 y 65001 alumnos y alumnas padecieron algún Trastorno Mental Grave durante el curso 2019-2020 en el conjunto del estado español.

Por último, si analizamos la realidad del marco europeo, observamos que de un total de 71.773.590 (Publications Office of the European Union, 2019) de alumnos y alumnas durante el curso 2017-2018 y comprendidos entre Educación Primaria y el resto de etapas no universitarias, obtenemos que entre 430.641 y 717.735 de ellos y ellas podrían haber padecido algún TMG. En definitiva, estos datos nos hablan del impacto que el TMG tiene en números absolutos, ya que –como no podía ser de otra forma- el conjunto de la población que se ve afectada está presente en los centros educativos.

En cualquier caso y más allá de los ejemplos citados, si bien no es fácil encontrar homogeneidad en los datos referentes a TMG sí se encuentra convergencia en los datos ofrecidos a nivel internacional en cuanto a prevalencia del trastorno mental en niños y adolescentes. Es así como Polanczyk et al. (2015) realizan un meta-análisis con una muestra de 41 estudios realizados en 27 países de diferentes zonas geográficas del mundo y encuentran que la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes es del 13.4%. En esta línea de trabajo autores como Fonseca-Pedrero et al. (2011) encuentran en un estudio realizado con una muestra de 1319 estudiantes adolescente con una media de edad de 15.7 años que un gran número de ellos/as presenta síntomas emocionales y comportamentales a nivel sub-clínico. Los datos que muestran en sus conclusiones son:

- Entre 11.6 y 34.6 % de los adolescentes presenta síntomas de tipo emocional.
- Entre el 16.1 y el 47 % presentan comportamiento hiperactivo.
- Entre un 2.3 y el 16.5 % presentan algún problema de relación.
- Entre el 4.9 y el 25.7 % presenta algún problema del comportamiento.

Como ya hemos dicho anteriormente en muchas ocasiones los trastornos mentales graves emergen durante la infancia y la adolescencia (DeLuca, 2019). En esta línea de trabajo Thomson et al. (2019) señalarán que más del 50% de los trastornos de salud mental que terminan cronicando se desarrollan en la adolescencia temprana. Pese a todo, resulta difícil entender qué mecanismos del funcionamiento socioemocional de la primera infancia son los que desencadenan que el comportamiento del menor termine cursando en trastorno⁵.

Durante la infancia hay más probabilidades de que aparezcan los desórdenes de comportamiento y específicos de la ansiedad, en cambio, los desórdenes de mayor prevalencia en la adolescencia y adultez temprana son los trastornos del estado del ánimo, ansiedad, de la personalidad y el uso de sustancias nocivas. Los trastornos psicóticos aparecerían durante la etapa de la adolescencia y la adultez temprana (De Girolamo et al., 2012).

En este sentido, podemos afirmar que el ámbito educativo es un escenario ideal para predecir y desarrollar prácticas educativas preventivas, por lo que conocer cuáles son los principales cuadros clínicos y, en concreto, aquella sintomatología relacionada con los trastornos mental se convierte en una herramienta fundamental de análisis para el desarrollo del trabajo del profesorado. Como ya hemos mencionado a lo largo de estas páginas, entre el 10 y el 20% de los niños y adolescente sufren trastornos mental y solo una quinta parte son correctamente diagnosticados. De ese 20% se estima que entre un 4 y un 6% de los niños/as sufre un TMG (Fernández, A. y Gómez, 2009).

Asimismo, comprobamos la falta de datos homogéneos en cuanto a la prevalencia del TMG en la infancia y la adolescencia que complica enormemente los procesos analíticos y dificulta el consenso a la hora de establecer tipologías diagnósticas (Muñoz, 2013). La autora, citando un informe publicado por la OMS en el año 2005 ofrecía una tipología de trastornos indicando la edad de comienzo:

⁵ Recuperaremos este tema cuando hablemos de Prevención Universal y Detección.

- Entre 1 y 3 años, trastorno del vínculo.
- Entre 1 y 6 años, trastorno general del desarrollo.
- Entre 3 y 18 años, trastorno de conducta.
- Entre 6 y 18 años, trastornos del ánimo y ansiedad.
- Entre 12 y 18 años, consumo de drogas.
- Entre 15 y 18 años, trastorno psicóticos.

Esta relación entre la edad de inicio y la tipología del trastorno resulta de especial interés si observamos la realidad en términos preventivos.

La Universidad de Valencia (Navarro-Pardo et al., 2012) publicó un estudio llevado a cabo con una muestra de 588 niños y adolescentes. En su análisis encuentran cómo se producía una relación significativa entre el diagnóstico y la edad. Atendiendo al grado de incidencia los resultados que obtenidos fueron:

- Entre 0-5 años, trastornos de conducta, comunicación, eliminación, control e impulsos y trastornos generalizados del desarrollo.
- Entre 6-11 años, aparecen también los trastornos de conducta seguidos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Entre 12-15 años, trastornos de conducta y de ansiedad.
- Entre 16-18, trastornos de conducta.

En relación al género, pudieron observar relación significativa en la incidencia en los chicos con trastornos de la conducta así como de ansiedad en las chicas. Resaltaron la relación que se producía entre la población que contaba con menos edad y las adquisiciones evolutivas y los trastornos externalizantes en chicos e internalizantes en chicas con los grupos poblacionales de mayor edad.

Llegados a este punto nos parece pertinente explicar y desarrollar dos de las categorías analíticas de las que nos serviremos a lo largo de estas páginas para desarrollar y centrar

nuestro trabajo exploratorio. Les recordamos que nuestra intención como profesores y profesoras no es otra que entender el impacto que el TMG tiene sobre el ámbito educativo de un menor, y hemos considerado que la mejor manera de centrar la atención y evitar perdernos en la heterogeneidad de la casuística del TMG era delimitando nuestra forma de observar el objeto de estudio a las dos grandes maneras en que el TMG se presenta ante la mirada del lego y del no especialista en salud mental, en el caso que nos ocupa el profesorado. Aspiramos a que este estudio sirva y de luz al contexto educativo, ya que son pocas las ocasiones en las que el profesional de la educación puede encontrar información sobre un campo tan específico como es el TMG sin tener que salir de su disciplina, y por lo tanto, acercándose a la realidad a través de los ojos y prismas de otros espacios analíticos. Veamos pues, qué son los trastornos internalizantes y externalizantes.

1.6. Trastornos Internalizantes y Externalizantes

En nuestra investigación utilizaremos las categorías externalizantes e internalizantes para diferenciar y clasificar los diferentes trastornos que podamos encontrar independientemente de, como ya hemos explicado previamente, la referencia estandarizada a la que podamos acudir. Aunque cualquier categorización no deja de ser un ejercicio que reduce y simplifica la complejidad del hecho observado encasillando la realidad en compartimentos estanco, también entendemos que podría ayudarnos a estructurar los diferentes tipos diagnósticos así como los principales trastornos que se dan en la adolescencia desde el impacto que la sintomatología puede tener en el ámbito educativo. Por lo tanto, la importancia de centrar nuestra atención en la diferenciación de trastornos en base a las dos categorías señaladas –internalizante y externalizante-, pretende señalar la manera en que cada trastorno afecta en la vida académica de un alumno o alumna.

Por ello, señalaremos que los trastornos externalizantes son más visibles en el aula, son aquellos que generan mayor conflictiva con compañeros y profesorado. Por otro lado, los

trastornos internalizantes son aquellos que se representan de manera menos evidente y en muchos casos pasarán desapercibidos (Crespo & Sánchez, 2019). Se podrá observar que la casuística es grande en ambas categorías. Por ejemplo, un alumno/a absentista podría ser diagnosticado con trastorno fóbico y no tendría por qué serlo. Esto sucede ocasionalmente, pero tendríamos que decir que en gran parte de esos casos existe una base patológica diferente a la fobia que no somos capaces de ver y que lleva al alumno o a la alumna a no asistir a clase con regularidad.

Pese a que el trastorno mental en el ámbito educativo y cómo este se vivencia y manifiesta en la escuela no es un campo especialmente profuso, encontramos algunas publicaciones que profundizan al respecto. En este sentido, Mardomingo et al (2007) presentan una breve descripción de los principales trastornos en la infancia y adolescencia así como su repercusión en el ámbito educativo muy interesante para empezar a profundizar en este campo tan específico. En la misma línea de trabajo nos gustaría destacar a González (2004) quien plantea un modelo de atención educativa muy concreto agrupando la descripción por patologías. De esta manera explicará la sintomatología principal de cada trastorno y una propuesta de trabajo educativa a llevar a cabo en base a la sintomatología señalada con cada uno de los casos.

Pero más allá de la especificidad de cada uno de los trastornos y de la casuística concreta que en la interacción con el mundo educativo pudieran tener, lo cierto es que de cara al estudio analítico e incluso de cara a la manera diferencial de enfocar el trabajo con cada una de las patologías, agrupar en base a las categorías internalizantes y externalizantes nos parece realmente operativo. Desde el inicio de los años setenta, dentro del campo de la psicología, se viene utilizando este tipo de clasificación que surge del análisis estadístico multivariado a través del uso de técnicas de análisis factorial (Kohn & Rosman, 1972). Ya hemos dicho que en la categorización está implícita la reducción, y asumiendo esta limitación

también encontraremos que la reducción nos permitirá establecer elementos comunes entre patologías cuya sintomatología tiene una manera similar de mostrarse en el contexto educativo, es decir, presenta modos y niveles diferentes de adaptabilidad contextual. Desde aquí nos gustaría posicionarnos, ya que de esta manera podremos establecer unidades de análisis similares y por lo tanto acercarnos de una manera más comprensiva y operativa al estudio de la interacción del trastorno mental con el ámbito educativo.

Cuando hablamos de trastornos intenalizantes nos estamos refiriendo a aquellos trastornos que presentan sintomatología inhibitoria, sintomatología relacionada con los trastornos de ansiedad, síntomas depresivos y comportamientos excesivamente controlados, los trastornos de estrés postraumáticos, los trastornos del pánico y otras afecciones somáticas. Esta tipología de trastornos están muy presentes en la infancia y en la adolescencia y sabemos que se asocian a resultados negativos en todos los ámbitos del funcionamiento de la persona, entre los que se encuentra el ámbito educativo (Frye et al., 2018).

Por otro lado, nos encontraríamos con los trastornos externalizantes, y estos se refieren a aquellos trastornos relacionados con la hiperactividad, la agresión y comportamientos no controlados (Thomson et al., 2017, 2019). De entre ellos podemos destacar los trastornos oposicionistas desafiantes y los trastornos de conducta. Estos trastornos muestran altas tasas de comorbilidad con otros trastornos mentales como son los de ansiedad, los trastornos depresivos, trastornos por uso de sustancias y el déficit de atención con o sin hiperactividad (O'Dell et al., 2018).

En este sentido, autores como López-Soler et al., (2009) definen cómo los niños varones desarrollan mayor porcentaje de síntomas externalizantes, siendo derivados significativamente en más ocasiones a consulta clínica. Estos autores realizarán un análisis factorial con una muestra de 300 pacientes hallando como factores externalizantes los problemas de conducta, el déficit de atención e hiperactividad, y oposicionismo desafiante.

Con respecto al a sintomatología externalizante incluirán una gran variedad de conductas desadaptadas junto a comorbilidad con alteraciones de ansiedad y depresión sobre todo en trastornos de conducta y oposicionismo desafiante.

Por otro lado, en cuanto a los trastornos internalizantes (López-Soler et al., 2010), siguiendo la American Psychiatric Association en los distintos DSM señalan la ansiedad, la depresión y quejas somáticas como sintomatología propia de los trastornos internalizantes. Pese a que esta sintomatología resulta difícil de valorar en la infancia y adolescencia, al no estar tan definida como en la población adulta, los autores realizan un análisis factorial en los que encuentran tres factores que indicarían síndromes diferentes conformados por:

- ansiedad/depresión,
- retraimiento/depresión y
- quejas somáticas.

Es decir, los trastornos internalizantes en la infancia y adolescencia se mostrarían a través de alguno de los factores señalados anteriormente.

En cualquier caso, y más allá de cualquier consideración y categorización clínica, nos interesará incidir en el uso de esta categoría binaria en base a su potencial explicativo para el trabajo del docente y el análisis en el campo de la pedagogía. Entendemos que un profesor o profesora no tiene que conocer el DSM-V en su totalidad, pero sí que tiene que ser capaz de entender la manera en la que la sintomatología se expresa en el aula para poder establecer prácticas pedagógicas que den respuesta desde la comprensión profunda del alumnado.

Por otro lado, para el análisis de nuestro trabajo investigativo, esta clasificación y diferenciación entre trastornos internalizantes y trastornos externalizantes nos ha permitido establecer categorías de análisis desde donde entender mejor la realidad de nuestro objeto de estudio, así como establecer relaciones entre variables que han posibilitado acercarnos al objeto de estudio.

Tabla 3*Tipo de sintomatología*

	<i>Sintomatología que presenta el alumno/a en el centro educativo</i>	<i>Tipo de trastorno</i>	
TIPO 1	Partes/amonestaciones	TDAH	Externalizante
	Llamadas de atención en clase	T. Conducta	
	Expulsiones (del aula, del colegio)	T. del Vínculo	
	Peleas con compañeros		
	Desafía a la autoridad del adulto		
	Molesta a los compañeros/as		
	No trae la tarea hecha		
	Escaso interés académico		
Poca/disfuncional colaboración parental			
TIPO 2	Provocador/a en las relaciones	- Trastornos de la personalidad (narcisista, límite)	Externalizante
	Desafiante		
	Grupo de iguales extenso		
	Inconstante en lo académico		
	Conflictos con iguales		
	Marcas en los brazos		
Sospechas de problemas de alimentación			
TIPO 3	Pocos amigos	- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Internalizante
	Se sienta sólo y no interacciona con los compañeros		
	Malos resultados académicos		
	No pregunta en clase, pasa desapercibido		
	Habla raro		
Déficit cognitivo. Dificultad extrema en lo académico			
TIPO 4	Faltas de asistencia	- T. Ansiedad (obsesivos compulsivos, fobias) - T. del Ánimo (depresión, bipolaridad)	Internalizante
	Poca colaboración de los padres / mucha pero ineficaz, petición constante de ayuda		
	Acoso escolar		
	Pocos amigos		
	Poco popular		
	Académicamente obtiene malos resultados		

(Crespo & Sánchez, 2021)

En la tabla precedente incidimos en la relación de la sintomatología que muestra un alumno o alumna con TMG en el contexto del aula, el tipo de trastorno al que podría responder dicho trastorno y la categoría analítica que actuaría como factor aglutinante de un grupo de trastornos. Será desde esta visión relacional desde donde posicionaremos nuestro estudio investigativo.

1.7. Impacto del Trastorno Mental en el Ámbito Educativo

En este apartado centremos nuestra atención en el ámbito educativo y veamos el impacto que la enfermedad mental puede alcanzar en la vida académica de un adolescente. Extremera y Fernández-Berrocal (2003) describen cómo numerosos estudios demuestran la importancia y su influencia de las habilidades emocionales en el ajuste psicológico de los y las adolescentes, en su rendimiento académico y en la adaptación en el aula, resultando por tanto determinantes en los logros del alumnado. Entre otras cosas explican cómo aquellos alumnos y alumnas que tiene niveles altos de inteligencia emocional presentan menos sintomatología ansiosa y depresiva así como que son capaces de obtener mejores resultados académicos. Encuentran que en aquellos alumnos y alumnas que presentaban alta inteligencia emocional al principio de curso se podría predecir significativamente la obtención una nota media mayor al finalizar el curso. También señalarán cómo a mayores niveles de inteligencia emocional se reducen los comportamientos agresivos en el aula y aumentan las conductas prosociales. En definitiva, señalan cómo variables que no son estrictamente académicas inciden de una manera notable en el rendimiento escolar del alumnado. Por lo tanto, en el rendimiento académico tendrán tanto valor las habilidades cognitivas como la inteligencia emocional.

En muchas ocasiones tener una enfermedad mental va asociado a la pérdida y deterioro de habilidades emocionales relacionales, por no hablar de las capacidades básicas para enfrentarse a un contexto de aprendizaje normativo. Esa falta de adaptabilidad en el ámbito de la relación con iguales y adultos podría terminar repercutiendo negativamente en una doble vertiente, tanto en el desarrollo de la enfermedad, como en el desarrollo educativo del alumno o alumna.

Muñoz (2013) realiza un análisis con una población de 205 adolescentes con TMG que habían sido hospitalizados en el Hospital Gregorio Marañón. Una parte de su tesis

doctoral se centraba en el análisis de la relación entre salud mental y la escolaridad del menor.

Según sus datos plantea que:

- Existe relación entre el sexo y los diferentes diagnósticos. Los Trastornos de Conducta Alimentaria y Trastornos de Personalidad correlacionan con el sexo femenino. Trastornos Generales del Desarrollo y Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad correlacionan con el sexo masculino.
- Los chicos ingresan más que las chicas por autoagresión y descontrol de impulsos y las chicas con más frecuencia que los chicos por intentos de suicidio.
- En la correlación entre el curso académico y el trastorno específico los datos confirman que el Trastorno de la Conducta Alimentaria correlacionan con los cursos 1º y 2º ESO, los Trastornos Afectivos se concentran en Bachillerato, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad están escolarizados con más frecuencia en 3º y 4º ESO.
- Los Trastornos de Conducta Alimentaria correlacionan con estar matriculado en un centro público. Los Trastornos Adaptativos correlacionan con estar matriculado en centro privado-concertado.
- Los alumnos y alumnas que repiten curso pertenecen a familias separadas con mayor frecuencia.
- En el trastorno y su filiación se observa que el alumnado que consume drogas, con más frecuencia, pertenecen a familias separadas.
- Los sujetos que consumen drogas ingresan con más frecuencia por auto-agresividad.
- Los alumnos con Trastornos Afectivos ingresan con más frecuencia por intento de suicidio que otros diagnósticos.
- Los Trastornos Psicóticos ingresan con más frecuencia para realizar diagnóstico diferencial.

- Los Trastornos de Conducta Alimentaria ingresan con más frecuencia para ajustar el tratamiento.

En la línea de explorar nuestro campo de estudio con una visión indagadora, en la búsqueda de encontrar respuestas explicativas que nos ayuden a entender el porqué concreto de hechos concretos en la relación entre la falta de salud mental y el ámbito educativo, señalaremos dos de las dimensiones o espacios de socialización –y con esto vamos ya adelantando algunos de los factores de protección sobre los que tendremos ocasión de profundizar en el marco teórico- que se ven afectados directamente por los trastornos mentales graves, así como también forman parte de la génesis y/o el mantenimiento de los mismo. Estamos hablando de la familia y la escuela.

En el análisis de los factores que condicionan la pérdida de salud mental de un adolescente, y evitando posicionarnos ante el debate entre genetistas y ambientalistas, son muchos los estudios que destacan la familia y la escuela como factores que ayudarían a entender el proceso de un adolescente con problemas de salud mental (Alfaro et al., 2015; Muñoz, 2013).

A continuación señalaremos algunos datos en relación al ámbito educativo. Autores como Gulchak & Lopes (2007), desde la Universidad de Arizona, publican una meta-investigación sobre las intervenciones realizadas en escuelas de estudiantes estadounidenses con trastornos de conducta en la escuela de carácter cuantitativa. Estos autores plantean que el 30% de los estudiantes pasaban el día o con algún tipo de atención educativa diferenciada o fuera de su aula expulsados. También observaron que el 72% no superaban los cursos o eran expulsados de los centros educativos frente al 22% de alumnado expulsado que no mostraba ningún tipo de problema de comportamiento.

No podemos dejar de señalar la asistencia al centro como un indicador que define el grado en el que el menor se vincula al contexto educativo y si el centro educativo es o no

capaz de atender las necesidades del alumnado con patología. En este sentido encontramos datos que indican que el grado de absentismo escolar en alumnado con trastorno mental es mayor que en el resto de la población. Investigaciones como la de Lawrence et al. (2019) obtuvieron datos significativos en este sentido. Es así que señalan cómo el alumnado con trastorno mental se ausentaba de la escuela un mayor número de días al año que el resto de alumnado. Los estudiantes con trastorno mental con edades comprendidas entre 7 y 10 años se ausentaban 23.1 días frente a los 10.6 días de la población estudiada que no tenía trastorno mental. Entre los 11 y los 12 años el número de días ausentes resultó de 25.8 para el alumnado con trastorno mental grave frente a los 12 días del alumnado que no tenía trastorno mental. Cualquier docente sabrá, en el caso de alumnado cuya asistencia a clase no es continuada, reconocer la importancia que esta tiene para un buen desarrollo escolar y la obtención de buenos resultados académicos.

Si nos fijamos en sintomatología concreta, en este caso sintomatología depresiva, podemos señalar los siguientes datos. Desde la Universidad del País Vasco Jaureguizar et al. (2015) realizan un estudio con una muestra de 1284 estudiantes de 12 a 16 años. Las autoras señalan cómo un 3.8% de los estudiantes que participan en el estudio presentaban sintomatología depresiva. Por otro lado, pudieron observar cómo la sintomatología depresiva correlacionaba positivamente con la actitud negativa hacia el colegio, hacia el profesorado y hacia el rendimiento académico. Otros de los aspectos que destacaron fue que los estudiantes con un rendimiento académico por debajo de la media tenían puntuaciones significativamente superiores en cuanto a sintomatología depresiva que aquellos alumnos y alumnas que obtuvieron buenos resultados académicos.

En este sentido encontramos que dentro de la Unión Europea, en concreto desde Bélgica, Bruffaerts et al. (2010) señalan la presencia de 15 trastornos mentales diferentes en un estudio realizado sobre una muestra de 1043 personas de origen belga con población de

más de 18 años y el DSM-V como modelo diagnóstico. Compararon la relación de cada uno de los 15 trastornos mentales estudiados con el hecho de no haber consolidado la educación primaria y/o secundaria así como la no finalización de estudios superiores. Las conclusiones que obtuvieron fueron:

- los trastornos del ánimo se asocian significativamente con el abandono de la educación secundaria,
- los trastornos de ansiedad y el uso de drogas se asocian a la no finalización de estudios superiores,
- el abandono escolar prematuro o temprano atribuible a los trastornos mentales se estimaría en un 6,3% de la muestra.

En el caso de Australia, Leach y Butterworth (2012), pertenecientes al Centre for Research on Ageing, Health and Wellbeing de la Australian National University, examinaron el impacto de los trastornos afectivos, de ansiedad y de uso de sustancias de inicio temprano en el abandono temprano de la educación secundaria dentro del contexto australiano. Analizando a una población con edades comprendidas entre los 20 y los 34 años de edad y obtuvieron como dato que los trastornos mentales de inicio temprano se asocian significativamente con el abandono temprano de la educación secundaria aumentando la probabilidad en el abandono de la educación secundaria en el año 10 de escolaridad, a los 16 años. Entre sus conclusiones destacan que las políticas e intervenciones que promueven la prevención y la intervención temprana y que ofrecen apoyo educativo a alumnado con enfermedades psiquiátricas deberían intervenir antes de los años intermedios de la escuela secundaria –es decir, más o menos antes de los 12 años de edad- para ayudar a prevenir las consecuencias derivadas de la enfermedad.

Lee et al. (2009) bajo el marco de la Organización Mundial de la Salud realizaron un estudio con una muestra de 41688 alumnos y alumnas en el que participan 16 países. Dentro

de la muestra seleccionada de países participantes diferenciaron entre países con altos ingresos –entre los que se incluía a España, y en los que centraremos nuestra atención- y países con ingresos medios y bajos. El estudio analizó la asociación entre trastornos mentales según las categorías diagnósticas del DSM-IV y el posterior logro de hitos educativos. Es decir, no superar la educación primaria, secundaria y estudios superiores. Entre otras cosas, pudieron estimar el riesgo atribuible al Trastorno Mental con respecto a la no terminación de alguna etapa educativa. Estos autores observaron que la probabilidad de no completar la educación secundaria atribuible a la presencia de algún trastorno mental es del:

- Bélgica, 1.41%
- Alemania, 0.05 %
- Israel, 0.58
- Italia, 0.23 %
- Japón, 0 %
- Países Bajos, 2.79%
- New Zealand, 4.95%
- España, 0.53%
- EEUU, 11.37 %

También pudieron observar que entre los trastornos mentales, aquellos trastornos que inciden en la pérdida del control de impulsos y los trastornos por uso de sustancias encuentran mayor asociación con el abandono escolar temprano que los trastornos de la ansiedad y los trastornos del estado del ánimo, siendo esto algo que ya se encontraba en estudios anteriores (Miech et al., 1999). Por último, señalaron el momento crítico en el que se encuentra mayor asociación entre el trastorno mental y el abandono escolar temprano será antes de finalizar la educación secundaria.

Si focalizamos de nuevo la mirada en el contexto español nos encontramos con algún

dato que procede de una realidad más cercana a la nuestra. En este sentido Simón et al. (2003) realizan un estudio con una población de 972 menores con edades comprendidas entre los 6 y 18 años de edad atendidos en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. En su análisis destacan que un 24.5% de los menores estudiados con trastorno mental están uno o más cursos por debajo del que correspondería por edad, mientras que un 2.8% no está escolarizado. Si centramos la atención en la parte de la muestra con edades entre 14 y 17 años señalan que un 44.9% están uno o más cursos por debajo del que correspondería. Fijemos aún más la atención en una parte más concreta de la muestra y detengámonos en el grupo de adolescentes con TMG –cuya población es de 92 menores- con edades comprendidas entre los 14 y 17 años. En este subgrupo se puede observar que un 69.2% -existiendo una asociación significativa entre el grupo de edad y el retraso escolar- está escolarizado uno o más cursos por debajo del que le corresponde y un 8.7% del alumnado es absentista o no está escolarizado en ese momento. En definitiva, lo que vienen a señalar los autores es cómo en la interacción de la gravedad del trastorno con las dificultades propias de la adolescencia se evidencia el conflicto e impacto en el ámbito educativo del menor.

Dentro de la misma investigación podemos observar que casi un 40% de los menores estudiados cambian de centro educativo. Esto se debería a diferentes problemas que en muchos casos las familias relacionaron con dificultades encontradas en relación al tipo de atención específica recibían. Los autores destacan que:

la atención educativa recibida a lo largo de la vida escolar, un hecho que resulta llamativo es que de los 90 sujetos para los que se dispone de este dato, solo en 17 casos intervino el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica en alguna ocasión de su trayectoria formativa según los padres. Este dato es especialmente importante de considerar ya que se trata de menores con trastorno psíquico, de los cuales, como se ha puesto de manifiesto, un alto porcentaje presenta retraso respecto al

curso en el que debería estar escolarizado. (Simón et al., 2003, p.153).

Hasta el momento podríamos decir que el trastorno mental, la pérdida de salud mental, tiene una difícil relación con el contexto educativo. Esto se debe a muchos factores, que esperamos ir desgranando a lo largo de este texto, pero uno de esos factores sobre el que queremos trabajar será el tipo de atención educativa que recibe este alumnado. Es así como nos encontramos con un grupo poblacional dentro del ámbito educativo que no recibe la atención que debería recibir, y que por lo tanto no ven cubiertas sus necesidades educativas atendiendo a su diferencia:

Los adolescentes con trastornos que afecta a su desarrollo, trastornos de salud mental y sus familias requieren de los servicios de distintos ámbitos profesionales, sanitarios, educativo y social, de forma sincrónica. Requieren una atención educativa, aun estando en situación de crisis, que no les suponga un retraso en el proceso de aprendizaje, a la par que ofrecerles la mayor “normalización” posible en un contexto de hospitalización (Muñoz, 2013, p. 223).

Resultaría evidente señalar que los centros educativos son un espacio de socialización por el que inevitablemente pasará toda la población adolescente. La escuela, en este sentido, se enfrenta a una realidad a la que tiene que dar respuesta de una u otra manera, ya que el éxito personal y vital de estos alumnos y alumnas depende en gran medida de los logros escolares que realicen en su etapa formativa. Asimismo podríamos decir que el éxito como sociedad quedará comprometido al éxito de cada individuo. Cómo decidamos enfocar esa respuesta es un debate abierto que interpela a modelos y paradigmas educativos. Afirmamos que el modelo actual de escuela está pensado para una gran mayoría, cuestionable por otro lado su condición de *gran mayoría*⁶. Es así como podemos considerar que esta visión de la

⁶ Si tenemos en cuenta el porcentaje de alumnado extranjero, el alumnado matriculado en F.P. Básica, el porcentaje de alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo –ACNEAE–, el alumnado con Trastorno Mental Grave, el alumnado matriculado en el Programa de Mejora del Aprendizaje, el alumnado de altas capacidades intelectuales, al alumnado que está dentro de los programas de educación compensatoria, el

escuela que apela al grupo normativo para desarrollarse como tal, -y atiende las necesidades del diferente cuando puede, si puede y de forma diferente, no desde la diferencia como valor intrínseco- deja a un lado a otro grupo poblacional, esta vez más heterogéneo y diverso, que responde a patrones, necesidades y potencialidades también diversas. Creemos que el reto para el profesorado radica en el uso de prácticas educativas que sirvan a todos y todas, no pasa por apostar por prácticas educativas que le sirvan al eje central de la población con la que trabajamos para luego desarrollar nuestra atención a la diversidad desde planteamientos individuales e integradores -no inclusivos- sobre aquellos alumnos y alumnas que presenten necesidades de aprendizaje concretas. En definitiva, y ya empezamos a mostrar hacia dónde queremos encaminar nuestra crítica, -recordarán que hablábamos de ello al inicio de estas páginas- si el modelo educativo le sirve a todos y todas o si le sirve a una parte. Partiendo de la premisa de que el alumnado es diverso como diversa es también la sociedad, por nuestra parte apostaremos por un modelo de educación que atienda en la diversidad, para la diversidad y desde la diversidad.

alumnado con diversidad de orientación sexual y aquellos otros colectivos que no hayamos citado, podremos darnos cuenta de que la diversidad es más normal de lo que parece. Lo normal es la diferencia. Por lo tanto, deberíamos permitirnos cuestionar el concepto de mayoría.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1. Resumen

Tan importante es definir qué se quiere observar y cómo se quiere observar, como desde dónde queremos realizar la observación. Es por ello que establecer un marco referencial con el que definir los términos en los que hemos desarrollado nuestro trabajo investigativo nos resultará de especial relevancia. Por este motivo hemos decidido dedicarle un espacio concreto a compartir con ustedes cuál es nuestro posicionamiento. En definitiva, intentaremos explicar de manera contextual el clima reflexivo en el que hemos querido desarrollar nuestra investigación.

En función del filtro que usemos para recoger información de la realidad seremos capaces de entenderla de una u otra manera. El filtro puede tener más o menos color, más o menos amplitud de enfoque o ser más o menos sensible a la luz. En definitiva, estableceremos una manera de mirar la realidad que va a condicionar tanto nuestra intención investigadora como nuestra metodología, tendremos ocasión de profundizar en esto más adelante.

Hemos establecido un marco conceptual y teórico que nos ha permitido extraer de él la manera de observar y la manera de conceptualizar la realidad. El marco teórico no solo nos ha servido para delimitar el campo de observación, sino que también se ha convertido en un referente que nos ha permitido mantener el rumbo a lo largo del proceso investigativo. Durante el proceso de gestación, desarrollo y conclusión de una tesis doctoral, -no olviden que se trata de un proceso largo y no exento de cierta soledad para el autor- los momentos de pérdida de visibilidad y desorientación son frecuentes. Tener una referencia clara en la que buscarse y encontrarse, no solo resulta de especial importancia para definir y enunciar, sino también para caminar. Como ya hemos mencionado, sabemos que la producción intelectual tiene que ir acompañada de cierta soledad. Esa soledad intelectual se convierte en algo necesario para que el investigador pueda producir y pensar con tranquilidad. No obstante, una

soledad ordenada y con referencias claras siempre será más llevadera y productiva que una soledad caótica y ausente de referencias. En el orden uno se puede sentir más acompañado. Por este motivo, establecer cuáles han sido las referencias conceptuales que nos han ayudado a conformar nuestro marco teórico, nos parece un ejercicio de especial importancia para que puedan entender desde dónde nos hemos querido enunciar.

Es así como desarrollaremos los tres elementos que han conformado nuestra óptica y visión, así como nos ha ayudado a establecer una serie de principios metodológicos desde los que partir y a los que volver para realizar nuestra práctica investigativa. Cada uno de ellos responde a una lógica diferente y nos vinculará a espacios de reflexión diferentes. No obstante, creemos haber establecido un espacio de reflexión plural cargado de complejidad pero funcional y explicativo.

Se puede observar que nuestro modelo teórico se enriquece de tres campos científicos diferentes, pero hemos considerado que esto, lejos de convertirse en un inconveniente, se ha transformado en una ventaja. Al final, el modelo teórico que les plantamos, consideramos que nos ha permitido obtener una referencia conceptual con la que contrastar nuestra realidad, una manera concreta de observar y entender la complejidad de la producción humana y un modelo estructural desde el que ubicarnos para definir con mayor concreción los diferentes ámbitos sobre los que nos hemos detenido para realizar el análisis de la investigación.

En cualquier caso no queremos dejar de señalar cómo nuestro acercamiento a la realidad se va a desarrollar bajo una intención fundamentalmente cualitativa. No obstante, y pese a que nuestra mirada inicial sea cualitativa e inductiva, no seremos dogmáticos, sino más bien pragmáticos, por lo que nos acercaremos a la realidad sirviéndonos de técnicas metodológicas tanto cuantitativas como cualitativas. Esto ha sido algo que ha determinado el propio proceso investigativo, ya que en función del espacio en el que hemos querido recoger la información -en definitiva, quiénes iban a ser los informantes- hemos considerado oportuno

utilizar una herramienta metodológica u otra. No obstante, tendremos ocasión de profundizar sobre ello en el apartado de metodología.

Sírvanos de momento entender que ese espacio fronterizo, liminal y complejo -del que les hablábamos al principio de este apartado- se ha sustentado en elementos conceptuales que beben del Interaccionismo Simbólico, de la Inclusión Educativa como paradigma referencial, y de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner. Veremos a continuación en qué consiste cada uno de ellos.

2.2. Interaccionismo Simbólico

Dentro del paradigma cualitativo podemos encontrar una gran variedad de corrientes metodológicas. De entre ellas, quisiéramos destacar el interaccionismo simbólico como un marco de referencia con el que hemos pretendido acercarnos a la realidad de una manera sistemática y ordenada. Será desde esa manera de acercarse al objeto estudiado desde donde estableceremos el resto de nuestra investigación. Por ello, entendemos que esto es importante, ya que nos ha ayudado a definir los términos en los que el investigador, en este caso nosotros, se ha posicionado para realizar su ejercicio reflexivo y comprensivo.

Una de las figuras más importantes, dentro del interaccionismo simbólico, que ayudó a definir en términos epistemológicos los principios sobre los que se sustenta, fue Blumer. Nos hemos servido de este autor para entender en qué consiste este posicionamiento. Es así como Blumer (1982) en su ya clásico *el interaccionismo simbólico perspectiva y método*, estableció tres principios sobre los que articular su propuesta. El autor considera que:

1. Las personas orientan sus acciones hacia los demás en función del significado que estas tengan para ellos.
2. Las relaciones adquieren significado como consecuencia de la interacción en términos sociales que se establece entre esa relación y el individuo.
3. Los significados no son estáticos, son en esencia dinámicos, se interpretan y

modifican a través de la interacción.

Consideramos que analizar el comportamiento humano como la consecuencia de una serie de factores que establecen los máximo y mínimos que condicionan la conducta humana y sus acciones podría resultar un tanto determinista y estático. Bajo nuestro punto de vista las relaciones humanas se confieren como tal de manera más compleja. Por tanto, creemos que a la hora de entender el comportamiento humano, la conducta y las acciones que finalmente deciden realizar las personas desde su capacidad de agencia, el interaccionismo simbólico va más allá de la mera relación que podamos establecer entre factores condicionantes que se configuran desde la suma de variables independientes que afecta a una variable dependiente. El significado atribuido a las cosas adquiere una posición central a la hora de analizar la realidad desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico.

Ignorar el significado de las cosas conforme a la cual actúan las personas equivale a falsear el comportamiento sometido a estudio, por estimarse que el hecho de restar importancia al significado en beneficio de los factores que supuestamente motivan la conducta, constituye una lamentable negligencia del papel que el significado desempeña en la formación del comportamiento (Blumer, 1982, p. 3).

Recogiendo la segunda premisa planteado por el autor, podemos observar de qué manera el significado de las cosas no se encuentra en la propia cosa analizada. Tampoco va a depender solo de la manera en la que el sujeto la percibe. Es así como podemos observar que el significado que le atribuimos a las cosas se forma como tal cuando interacciona en términos sociales, siendo “una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan” (Blumer, 1982, p. 4). Es decir, el significado estará en la interacción, no en la suma de las cosas. De esta manera, la unidad de análisis no será el individuo o el objeto con el que interacciona, sino la propia interacción en si misma.

Si nos fijamos en la tercera premisa, el autor afirmará que el significado que le

atribuimos a cualquier producción social es algo que se conforma en términos de contexto, de manera contextual en la interacción. Es dinámico y pluridireccional, no unilineal. También indicará que esa interacción estará condicionada por un proceso interpretativo. En definitiva, entenderá la interpretación como algo procesual en el que la significación adquiere sentido en su uso como un instrumento que contribuye al acto interpretado.

Una de las aportaciones que el interaccionismo simbólico realizó al estudio del comportamiento humano fue la de conceptualizar el término *imágenes radicales*. El autor considera que las investigaciones sociales deben basarse en la construcción de constructos teóricos desde donde acercarse al objeto de estudio analizado. Es decir, establecer los términos en los que el investigador quiere aproximarse a la realidad para poder analizarla de una forma y no de otra. Este ejercicio de coherencia intelectual permite configurar la referencia analítica necesaria para el desarrollo del análisis. Por lo tanto, las *imágenes radicales*, o ideas básicas con las que observar la realidad, serán aquellas que se definen en base a los siguientes parámetros:

- El ser humano está en constante movimiento, se relaciona desde el dinamismo.
- La construcción activa de las relaciones sociales se realiza desde la interacción. Esta interacción se da como respuesta a la acción de los demás. Esta interacción se confiere como responsable del comportamiento de las personas. Cuando la interacción entre las personas se construye en términos simbólicos adquiere una dimensión de mayor complejidad.
- La naturaleza de los objetos. Para comprender los motivos que llevan a una persona a actuar de una manera o de otra resulta fundamental entender cuáles son los elementos que conforman su realidad en términos contextuales. Es decir, los contextos se confieren como construcción social a través de un continuo proceso de transformación y reafirmación identitaria.

- El ser humano como organismo agente. Las personas tienen concepto de sí mismas. Este concepto se construirá en función de la interacción que se establece con el otro mediante la asunción de roles que serán definidos por el contexto. El ser humano también presenta la capacidad de establecer una interacción consigo mismo. Es así que sus acciones no serán solo la respuesta a factores externos a su self, sino que su interacción con el ambiente se desarrollará mediante un proceso de auto-indicación. Esto que el autor llama auto-indicación consistirá en un proceso mediante el cual el individuo transforma en objeto lo que percibe del ambiente atribuyéndole significado. Esta orientación guiará su acción. Por lo que la respuesta no será solo una respuesta como tal, sino que se convierte así en una respuesta interpretada y atribuida.
- La naturaleza de la acción humana. Las personas realizamos ejercicios de interpretación de lo que percibimos, será después de la interpretación contextualizada cuando se desarrolle la respuesta. Si hiciésemos un análisis en términos grupales, veríamos que esta se desarrolla a través de formulaciones recíprocas que se establecen entre los integrantes del grupo. Por lo tanto, el flujo de interpretaciones individuales será lo que conforme una interpretación colectiva. Es decir, la respuesta en términos de acción colectiva.
- La interconexión de la acción. La acción colectiva no es solo la suma de acciones individuales, tiene su propia lógica que se adquiere en la interconexión y múltiple conexión simbólica entre las respuestas de los individuos. Este principio, o imagen radical como diría el propio Blumer, nos resulta de especial interés ya que es desde donde podríamos entender los complejos mecanismos a través de los cuales se conforman los grupos humanos con sus propias características y modos organizativos. Es decir, cómo explicar las relaciones humanas en términos culturales. Para el autor, toda acción social está cargada de dinamismo, siendo para él “el proceso social el que

crea y sustenta las normas en la vida de grupo y no éstas las que forjan y sostienen aquella” (Blumer, 1982, p. 14).

Es así que entenderemos que las relaciones humanas y las colectividades, como podría ser un centro educativo, establecen su funcionamiento en base a la atribución de significados en la interacción del individuo con el contexto, no tanto por la presencia de unos factores de protección y/o riesgo determinados o por la acción del individuo sobre el ambiente en términos lineales. La atribución de significados provoca acciones que contribuyen a transformar y vivenciar el contexto de una u otra manera, estableciéndose un proceso dinámico de constante interpretación simbólica. Es así que entendiendo cómo se establecen las relaciones sociales a través de la interacción y la atribución simbólica de significados podremos interpretar el comportamiento de las personas.

Algunos autores plantean que “desde este enfoque, se considera la organización social como un orden negociado en el que las personas intentan resolver los problemas a los que se enfrentan en situaciones concretas” (Woods, 1998, p.21). Dentro de la relación que se establece entre la manera de confrontarse con los imponderables de la vida y el contexto ambiental en el que el individuo está inserto, es donde entendemos que deberíamos centrar el análisis. Es decir, el grado de adaptabilidad al contexto que el individuo presente en tanto individuo junto al grado de adaptabilidad que el contexto -el centro educativo- presenta con respecto al individuo. Por lo tanto, hemos tenido en todo momento presente acercarnos al estudio de la realidad que hemos analizado bajo la premisa de entender cómo se define el diálogo entre individuo y contexto y cómo se desarrolla el proceso de adaptabilidad ambiental desde el individuo hacia el contexto y desde el contexto hacia el individuo. Nos hemos permitido parafrasear a Woods para establecer algunas preguntas que puedan empezar a darnos luz en cuanto al campo de investigación que estamos definiendo. Es así como nos hemos cuestionado que cuando un docente trabaja con alumnado con TMG se pregunte por:

- ¿Cuáles son las dificultades y las oportunidades que se le presentan?
- ¿De qué manera se enfrenta a esas dificultades y oportunidades?
- ¿Cuál es la atribución simbólica que proyecta hacia esas dificultades y oportunidades y cómo las vivencia en términos emocionales?
- Y por último, ¿cómo resuelven esa interacción?

Nos hemos movido entre la objetividad metodológica y la subjetividad interpretativa que nos han arrojado los datos obtenidos a lo largo de nuestro trabajo de campo. No hemos querido solo recoger datos, sino atribuirles significados relacionales y entender de qué manera compleja se produce esta interacción. Hemos intentado conocer cómo piensan los protagonistas entrevistados -desde una perspectiva emic- en términos subjetivos, así como hemos intentado tener presente esta visión en el análisis de datos secundarios y en la elaboración y trabajo de campo de los cuestionarios utilizados. Cómo se enfrentan a la realidad en base a la toma de decisiones y cómo la realidad condiciona sus decisiones. Cómo la escuela y las familias mediatizan la realidad interpretándola a través de prácticas educativas y modos relacionales concretos. En palabras de Jonh Dewey, el ser humano actúa en base a la integración de sus actos en el contexto, y no solo eso, sino que se moverá en la complejidad que genera la dicotomía emoción-ideación, es decir encontrará elementos de adaptabilidad emocional cuando su comportamiento se defina como “un comportamiento en el que, como se dice vulgarmente, vayan juntos la cabeza y el corazón” (Dewey, 1938, p. 156).

2.3. Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner

También nos hemos querido servir del modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006) para partir de un constructo teórico -que desde una visión estructuralista, ecológica y holística- nos permitiese establecer el marco de referencia desde el que queremos ver y analizar la interacción entre subsistemas. Si bien, con el interaccionismo simbólico nos hemos dotado de una manera de observar y entender la conducta a través del

proceso de interacción humana, con el modelo de Bronfenbrenner hemos pretendido aplicar esa mirada del interaccionismo simbólico a un marco estructural y estructurante que nos sirva de referencia.

La teoría ecológica de este autor se viene utilizando desde finales de los años setenta. En este caso hemos querido utilizar una de sus últimas revisiones en las que su teoría adquiere connotaciones distintas y evoluciona hacia una mayor complejidad al nutrirse de otros elementos analíticos que la permiten ser más dinámica y multidimensional. En este apartado desarrollaremos el modelo bioecológico de Bronfenbrenner partiendo del capítulo publicado en el *Handbook of Child Psychology* (Damon & Lerner, 2007) en su sexta edición.

Bronfenbrenner, sirviéndose del trabajo desarrollado por el profesor Robert Cairns, plantea cuatro propiedades que ayudarían a definir el modelo bioecológico de comportamiento humano. *Proceso, persona, contexto y tiempo*. Lo interesante para nosotros no será ver cómo se definen cada una de estas propiedades de manera aislada, sino entenderlas en su relación, en su interacción. Este es el verdadero aporte dinámico de la teoría bioecológica.

Cuando hablamos de proceso, estamos hablando de un constructo que se centra en el análisis de las diferentes formas de interaccionar del organismo y el ambiente, lo que él llamará *proceso proximal*. Esta interacción entre individuo y ambiente en términos de proceso será la primera referencia para entender el comportamiento humano. Esa interacción caracterizará el desarrollo de la persona, el contexto ambiental y los periodos de tiempo en los que el proceso proximal se representa.

Bronfenbrenner considerará que el modelo bioecológico se sustenta en dos procesos de desarrollo que se retroalimentan. El primero consistiría en entender que el comportamiento humano se define en términos biopsicosociales. El segundo se nutre del desarrollo de las herramientas que proporciona la ciencia con el que evaluar la continuidad del cambio de los

ambientes al modelo biopsicosocial.

En este sentido, define las tres características biopsicosociales de la persona que se manifiestan en el proceso proximal y ayudan a su conceptualización:

- Disposición, entendida como la actitud personal hacia la interacción contextual.
- Recursos, conceptualizados como las habilidades, experiencias y conocimientos que se necesitan para funcionar de manea adaptativa en el proceso proximal.
- Y finalmente, demanda. Definida como la manera en la que el individuo interpela al ambiente contribuyendo a la trasformación del proceso proximal.

El aporte interesante de esta triple propuesta de análisis del comportamiento de las personas es que se centra en analizar cómo el individuo se relaciona en el microsistema de la teoría ecológica clásica en términos dinámicos a través de su disposición, de sus recursos y de sus demandas. Dota de dinamismo al análisis del individuo en su relación con al subsistema parental, escolar y de iguales que se circunscriben al microsistema. Este análisis podría extrapolarse al resto de subsistemas del modelo ecológico hasta llegar al exosistema.

Otro de los elementos que contribuyen a complejizar y a entender el modelo bioecológico será la dimensión temporal. Es así que la dimensión temporal aplicada a los diferentes niveles de la teoría ecológica clásica nos daría tres niveles temporales:

- El nivel micro será definida como *microtime*, refiriéndose a la continuidad o discontinuidad que se da en la interacción de los procesos proximales.
- El nivel meso se definirá como *mesotime*, refiriéndose a la periodicidad con la que se produce la interacción en periodos de tiempo más largos como podrían ser días o semanas.
- El nivel macro se definirá como *macrotime*, entendiendo este como las expectativas y los cambios sociales en términos generales.

En el modelo bioecológico, la relación entre lo subjetivo y lo objetivo adquiere una connotación importante, ya que los dos serán susceptibles de ser analizados. Tan importante será entender los factores -que de manera objetiva están influyendo en la adaptabilidad del individuo al contexto, a través del análisis de los diferentes subsistemas en la interacción de la persona con el contexto, los procesos y los diferentes niveles de tiempo- como la manera subjetiva en la que el individuo interacciona con el ambiente y de cómo lo percibe. Ya que esa atribución simbólica también estará condicionando la manera en la que el individuo se exprese y se comporte. ¿Cómo hace su relato?, ¿qué interpretación hará de los factores que están condicionando su relación con el ambiente?. El autor manifiesta que la subjetividad habitualmente se presenta polarizada en términos antagonistas, amor y odio, curiosidad y aburrimiento, etc. En cualquier caso, lo interesante será observar cómo la subjetividad no se da bajo dualidad simplificada, sino que es más compleja. Ambos opuestos estarán presentes en la interpretación de la persona, pero lo harán con intensidades diferentes. Ese dinamismo será lo que defina la subjetividad que condicionará los hechos pasados y se proyectará hacia el desarrollo futuro del individuo.

Dos serán las proposiciones que plantea este modelo:

1. Los procesos proximales son los principales motores del desarrollo.
2. La forma, el poder, el contenido y la dirección de los procesos proximales afectan conjuntamente al desarrollo y a sus características de la persona y del ambiente.

Por otro lado, el concepto de proceso proximal solo podremos entenderlo si se dan las siguientes características:

1. La persona debe estar realizando alguna actividad para que ocurra.
2. La actividad tiene que tener continuidad temporal para que resulte significativa.
3. No sirve la simple repetición, para que tenga significado la atribución de significado

no dependerá solo de la cantidad de veces que se repita. De ahí su subjetividad.

4. El desarrollo del proceso proximal no es unidireccional.
5. Los procesos proximales no se limitan a la interacción con otras personas, estaría incluido la interacción con objetos y símbolos.
6. Los factores específicos de la segunda proposición provocan cambios en el contenido, el tiempo y la eficacia del proceso proximal.
7. Por lo tanto, la teoría bioecológica de Bronfenbrenner nos servirá para entender que:
8. El individuo, la persona, el alumnado y el profesorado, se relacionan con el ambiente en base a su disposición -actitudes-, sus recursos -aptitudes, factores individuales, tanto endógenos como exógenos-, y sus demandas -expectativas de logro-.
9. La persona se relacionará con sus microsistemas -familia, escuela e iguales- desde el constructo proceso proximal. La unidad de análisis será la relación en términos dinámicos, no los microsistemas y el individuo de manera descontextualizada. Es así como los procesos proximales se definen en base a la forma, el contenido, la dirección y el poder con el que se relacionan.
10. Los contextos quedan definidos en base a los micro, meso, macro y exosistemas.
11. Y por último, el tiempo es un elemento estructurante que ayuda a entender el dinamismo de la interacción del sistema. Desde aquí el tiempo puede analizarse desde el *microtime*, *mesotime* y *macrotime*. Siendo estas las unidades temporales que nos permitirían analizar la relación dinámica e interacción del individuo con el ambiente.

2.4. Inclusión Educativa y el Trastorno Mental Grave

Cuando hablamos de educación inclusiva no nos estamos refiriendo solo a un paradigma conceptual, sino que entendemos que se trata de algo que va más allá. La educación inclusiva se confiere sobre todo como un derecho. En definitiva se trata de

responder a la pregunta de cómo podemos realizar nuestro trabajo como docentes construyendo:

sistemas educativos en los que se entienda que la excelencia debe ir acompañada de equidad. Es más, no se debería concebir una idea de calidad educativa donde no estén presentes y bien articuladas la aspiración por una excelencia en los aprendizajes y rendimientos, con la exigencia de que esa excelencia alcance a todo el alumnado sin exclusiones, esto es, que se lleve a cabo con equidad (Echeita, 2016, p. 2).

Es así como podemos destacar del texto del autor dos términos que adquieren una relevancia importante para nosotros a la hora de utilizar el concepto inclusión educativa, como son la *equidad* y *derecho* en la educación. Entenderemos la equidad como un concepto que está estrechamente ligado al de calidad. Es decir, la educación solo puede ser de calidad si es equitativa. En este sentido, la UNESCO (UNESCO, 2017) entiende por calidad educativa aquella educación que es capaz de llegar a todas las personas, sin dejar a nadie fuera. Esta idea plural y amplia de la educación confronta con los planteamientos de otros organismos internacionales. Por ejemplo, el Banco Mundial (2018) a la hora de entender y explicar el valor que para ellos tienen los sistemas educativos lo harán desde un análisis que se posiciona en términos de mercado-eficiencia. Es así como podemos observar que a la hora de acercarse al campo de la educación encontraremos dos grandes modelos de análisis, aquellos que entienden que la calidad de la educación debe asentarse en conceptos como el de equidad, y aquellos que consideran que la calidad de la educación se tiene que analizar en términos de eficiencia, entendiendo esta como la mejora del sistema bajo la premisa de la optimización y maximización del rendimiento en base a la reducción del gasto (Ballesteros & Mata, 2012). Cabe preguntarse, ¿por qué entendemos que maximizar el rendimiento es tener éxito académico?

Si se fijan, con este planteamiento nos encontraremos con dos modelos diferentes de pensar y concebir los sistemas educativos. Esta confrontación nos pone ante un debate que, necesariamente, nos obliga a posicionarnos ante un modelo u otro. La LOMCE, Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa del 2013 incorporó la palabra calidad en su propia denominación, obviamente esto no fue casual. En este caso el legislador nos estaba ya dando pistas de hacia dónde quería dirigirse. Entender qué significa calidad para el legislador es algo que uno puede hacer leyendo con detenimiento el preámbulo de la ley, ya que -en cualquier ley- será allí donde descansa su espíritu, su esencia y la intención de la misma. Cuando uno se detiene a leer el preámbulo de la LOMCE puede entender perfectamente qué se entiende por calidad y cuál es la intención última que impregnará el desarrollo de la misma.

La LOMCE planteó un modelo de escuela concreto, y como no podía ser de otra manera, nos está hablando también del modelo de sociedad que se pretende construir. Es así que en la lectura detallada encontraremos palabras como equidad, calidad e inclusión. Palabras que van salpicando el papel a lo largo del preámbulo. Todas ellas forman parte de un discurso que aparentemente está bien hilado, pero no queda exento de contradicciones y sorpresas. Es así que si el lector persevera en la lectura, también se encontrará con partes del preámbulo donde parece equipararse la *igualdad* a la *mediocridad*, y que lejos de querer profundizar en el concepto de inclusión que se viene usando a lo largo de todo el texto, también podremos encontrar partes en las que se hablará de la necesidad de uniformar los contenidos para que estos den respuesta a las necesidades del mercado laboral y del sector productivo. No quisiéramos entrar en valoraciones y disquisiciones accesorias, simplemente es una descripción de lo que en la LOMCE puedan encontrar. No deja de ser una manera de ver y entender qué sistema educativo se pretendía implementar cuando se redactó el texto. Esto es algo que se hace más evidente cuando se compara el preámbulo de la LOMCE con el de la actual LOMLOE. La LOMLOE rompe con la LOMCE y se retrotrae a la LOE para

mostrar una visión de la escuela más amplia y abierta, en la que la educación se base en la combinación de principios básicos de calidad y equidad a través de, lo que la ley define como educación comprensiva. Pero sigamos avanzando.

La relación entre sistema educativo y poderes económicos es un tema que en sí mismo daría para una tesis, no iremos tan lejos. No obstante sí que nos parece interesante detenernos un momento en un aspecto concreto de esta relación. En este sentido, Bourdieu (1981) profundizó de manera profusa en esta relación. Él planteaba la manera en la que el poder económico se reproducía para perpetuarse. De esta manera se produce un proceso hegemónico del poder cultural a través del poder simbólico. Se trata de una relación de poder jerárquica en la que quien ostenta el poder económico define los valores culturales y sociales. Es así que la escuela reproducirá esta relación de poder convirtiéndose en catalizador de este proceso. En definitiva, quien enuncia define, y es ahí donde entran en juego las relaciones de poder y las presiones por condicionar en la concepción y redacción de una ley educativa. De esta manera, determinados intereses o grupos de intereses, consiguen manifestarse a través del poder cultural definiendo los valores que la sociedad se otorga como válidos. Este mecanismo nos podría ayudar a entender algunos de los motivos por los que en la LOMCE se habla tan abiertamente de querer relacionar la educación con el mercado laboral. En el caso de la LOMCE el legislador no parece estar pensado en un sistema educativo que permita formar hombres y mujeres libres con pensamiento crítico. Parece que la intención preponderante sea formar a trabajadores para dar respuesta a las necesidades del mercado, no a las necesidades de la persona. ¿Las personas al servicio de los mercados o el mercado al servicio de las personas?. En cualquier caso, a donde queremos llegar con esta reflexión es al cuestionamiento que nos merece el uso de determinadas prácticas pedagógicas, ya que el contexto de referencia que supone un texto legislativo, y en el cual tienen que desarrollar su labor docente el profesorado, es algo que finalmente se traducirá en prácticas pedagógicas

concretas.

La relación entre escuela y sociedad es una relación compleja, tenemos que asumir que necesariamente la escuela tiene que estar condicionada por el contexto social y cultural en el que está inserta. Pero también tiene el privilegio y la responsabilidad de convertirse en agente activo y responsable del cambio y mejora de la sociedad.

Si nos preguntamos por el modelo de escuela que tenemos actualmente. A pesar de todos los cambios que poco a poco se han ido introduciendo en la práctica educativa, sigue imperando la relación entre docente y discente magistral, en la que el profesor o profesora organiza el conocimiento en una relación vertical y, en palabras de Freire (1970), bancaria. En este contexto, la repetición se convierte en una de las principales herramientas del trabajo educativo y el libro de texto asume un papel fundamental en donde el profesorado delegará toda responsabilidad para convertirlo en el principal sustento organizativo de la materia. Todo el conocimiento que el alumnado tenga que adquirir estará depositado en el libro de texto. La enseñanza así, se convierte en un proceso homogéneo que intenta llegar a todos los alumnos y alumnas de la misma manera, de manera normativa.

En este sentido, consideramos que los sistemas educativos deberían trabajar con el individuo entendiendo y atendiendo la dimensión social y relacional que lo define como tal, como parte de un grupo social. Esto no es algo que responda a nuestra caprichosa interpretación de la educación, se lo podríamos atribuir a muchos pensadores y pensadoras, pero citemos a Durkheim (1975) para darle valor a tal aseveración. Será en esa complejidad relacional donde, para el autor, se hagan presentes las creencias y los valores morales, en definitiva, la cultura que conformará el contexto ambiental en el que el hombre y la mujer se definirán como seres relacionales. Es decir, el proceso de enseñanza aprendizaje debería ser entendido como un proceso que asume la esencia social del ser humano y trabaja con él como tal, desde una visión colectiva. Esta dimensión social adquiere especial relevancia cuando

utilizamos conceptos como *calidad, equidad e inclusión educativa*, ya que estos solo se pueden entender en relación al contexto sociocultural al que se circunscriben.

Es así que la dimensión que queramos darle a las palabras dependerá de los significados profundos que queramos atribuirles, y no los significados ornamentales y superficiales que desgastan y desvirtúan su semántica. La equidad será así un elemento central a la hora de comprender y posicionarnos ante el concepto de educación de calidad.

La reflexión y definición equidad no es algo de lo que nos hayamos ocupado recientemente en occidente, por el contrario, forma parte del proceso identitario del desarrollo de la cultura occidental en el que la concepción del término justicia vertebra gran parte de su pensamiento filosófico. De esta manera en la *Ética a Nicómaco* podemos encontrar:

Luego justo y equitativo son lo mismo, y siendo buenos los dos, resulta superior lo equitativo. La dificultad la produce el que lo equitativo es justo, pero no es la justicia legal, sino una rectificación de la justicia legal. La razón es que la ley es toda general, y en algunos casos no es posible hablar correctamente en general. Pues bien, en aquellos casos en que hay que hablar necesariamente, pero no es posible hacerlo correctamente, la ley abarca lo máximo posible, aunque no ignora que ello es erróneo. Mas no por eso es menos recta, pues el error no reside en la ley, ni en el legislador, sino en la naturaleza de la cosa: tal es la materia de la conducta. Por consiguiente, cuando la ley habla en términos generales, y ocurre en relación con ella algo contrario a la generalidad, entonces es correcto -allí donde el legislador resulta incompleto o yerra por hablar en general- rectificar lo que falta ... Por lo cual, lo equitativo es justo -y es preferible a una cierta justicia, mas no a la justicia absoluta, sino a error originado por su generalidad (Aristóteles, 2001, p. 117).

Más allá de la retórica engolada y lo sinuoso del texto, si no supiésemos que se trata de una cita de Aristóteles podríamos decir que es un texto que rebosa actualidad. Veamos

algunas de las cuestiones que señala ya que nos resultan de especial interés para entender de qué hablamos cuando utilizamos el término equidad.

Para el autor la equidad es el concepto que desarrolla y define con mayor profusión la idea de justicia. Va más allá del propio término justicia, ya que no hay justicia sin equidad. Bajo la equidad conseguimos que la justicia se haga presente en la práctica. Es así como la diversidad, para nosotros, tiene que ser atendida por el ámbito educativo desde una valoración positiva para que sea justa, pero también tiene que ser reconocida en su diferencia para que sea equitativa. Todas las personas, sea cual sea su diferencia, tienen que tener cabida en la escuela de siglo XXI si queremos que sea inclusiva. El texto de Aristóteles también nos habla de la manera en la que desarrollamos las leyes, de qué forma conseguimos que resulten más humanas, y por lo tanto más equitativas y no solo justas. En este sentido cabe preguntarse, ¿qué capacidad de transformación tiene el sistema educativo para que resulte más equitativo, más inclusivo?

Podemos encontrar múltiples definiciones de inclusión, pero sirvámonos de la definición que utiliza la UNESCO. Es así como dirá que la inclusión educativa es un “proceso que ayuda a superar los obstáculos que limitan la presencia, la participación y los logros de todos los y las estudiantes” (UNESCO, 2017, 13). En principio cualquiera podría estar de acuerdo con esta definición, pero sabemos que el sistema público educativo español no es precisamente inclusivo (Convención sobre los Derechos y de las Personas con Discapacidad, 2019). Por lo tanto, y pese a que en la LOMCE se hable de inclusión, encontramos un notable desencuentro entre lo que se enuncia y lo que se hace. Pensemos cuáles son las medidas concretas que ponemos en marcha para conseguir que los alumnos y alumnas participen, estén presentes y tengan logros así como indica la UNESCO. En primer, qué entendemos por participar, por estar presentes y por logro educativo. Si analizamos cada uno de estos términos podremos darnos cuenta de que ahí sí podemos encontrar con mayor facilidad disenso y

diferentes posiciones pedagógicas que desarrollan prácticas educativas diversas. La inclusión educativa no puede ser una mera declaración de intenciones. La educación inclusiva debería ser el catalizador de un proceso que ayude a conformar sistemas educativos que le den cabida a todo el alumnado, si queremos que sea equitativa. Que sea capaz de dar respuesta a las necesidades de cada persona sin tener en cuenta sus diferencias. Pero para ello los sistemas educativos no deberían trabajar desde las deficiencias -como se hace cuando hablamos de prácticas pedagógicas integradoras, de lo que hablaremos a continuación-, sino desde la diferencia como valor positivo. El alumnado, sea cual sea su diferencia tiene que ser capaz de acceder a la escuela en toda su amplitud, y para ello no debería encontrar barreras que se lo impida. La respuesta, creemos, tiene que centrarse fundamentalmente en el contexto, en la adaptación del contexto y no tanto en la falta de adaptabilidad del alumno al contexto escolar. Entendemos que una está relacionada directamente con la otra. La diversidad será un valor positivo si conseguimos que la respuesta sea contextual, dado que en este marco de relación la responsabilidad en el cambio recae en el contexto y no en el alumnado. Deberíamos dejar de priorizar nuestra intervención educativa sobre las dificultades que plantea el alumnado para entender que la diversidad contribuye y puede convertirse en un generador de contextos y ámbitos de relación plurales. Todos los alumnos y alumnas son diversos, cada uno tiene su propia realidad que le hace diferente del resto. Asumir esta diversidad como un valor positivo es algo que permite enriquecer el trabajo pedagógico, y desde donde podremos encontrar respuestas que resulten útiles a la diversa y plural gama de colores que conforman el arcoíris que constituye la realidad del aula. Es así como haremos nuestros los principios de participación, permanencia y obtención de logros. Si analizamos estos tres principios en el alumnado con TMG podremos observar algunos datos que nos impiden ser positivos en el análisis de su inclusión en la escuela. Algunas publicaciones nos pueden arrojar algo de luz al respecto. Sabemos que del total de alumnado estadounidenses que presenta abandono escolar

temprano el 14.2% tiene Trastorno Mental, y del total de alumnos y alumnas que abandonan la universidad el 4.7% tendría Trastorno Mental (Kessler et al., 1995). En publicaciones más recientes encontramos que la comparación del logro educativo esperado en ausencia de cualquier trastorno mental con el esperado en presencia de trastornos mentales, indica que la proporción de personas que abandonan la escuela secundaria disminuiría en un 10.2% en ausencia de trastornos mentales. Dicho de otra manera, el 10.2% de la población que está en situación de abandono escolar temprano podría deberse a trastorno mental (Breslau et al., 2008). Ya hemos contado con anterioridad que los datos que hablan de la prevalencia del TMG no son muy homogéneos. Encontramos datos que nos dan una horquilla de entre el 0.6% y 1% dentro de la Unión Europea y por otro lado encontramos datos que hablan de un 5.9% en los Estados Unidos de América. Pero independientemente del dato que finalmente podamos utilizar, sí podemos observar que el abandono escolar afecta con mayor intensidad en la población con TMG, ya que solo un 5.9% de ese 10.2% debería ser atribuido al trastorno mental. Por lo tanto, podríamos estimar que si la prevalencia del trastorno mental es de un 5.9% en Estados Unidos, ese debería ser el porcentaje que encontraríamos en la representación de la población con trastorno mental en los datos de abandono escolar temprano sobre el total de la población. Pese a eso, observamos como, según Breslau et al., la estimación es de un 10.2% del abandono escolar temprano atribuible al trastorno mental. Es así como estaríamos hablando de un 4.3 puntos más de abandono escolar temprano en población con trastorno mental. Por los datos indicados podemos señalar que la incidencia del abandono escolar temprano⁷ en población con trastorno mental parece incidir con mayor fuerza.

Nos gustaría plantear cómo y en qué términos los sistemas educativos terminan reflejando los modelos organizativos y los patrones relacionales que encuentran en la sociedad en la que se circunscriben (Cardona, 2013). En este sentido el trabajo que se realiza

⁷ Hablaremos más sobre abandono escolar temprano en los siguientes apartados de este documento.

con el alumnado de necesidades educativas especiales y específicas en los centros educativos se sustenta en una lógica que da respuesta a un modelo social concreto, en la que el aprendizaje cognitivo y la estandarización del aprendizaje se convierte en valores fundamentales.

Esta visión del mundo, a través de cuyo prisma vemos nuestras escuelas, nos impide ver la posibilidad de implementar otras prácticas educativas que respondan a principios epistemológicos y conceptuales diferentes. Tecnificamos nuestra intervención educativa de manera estratificada así como estratificamos nuestra sociedad desde una visión tecnológica. Es decir, damos una atención a la diversidad enfocada al individuo, analizando sus dificultades personales y le damos una atención especializada por profesionales especializados en su dificultad. Todo ello lo hacemos desde una visión aséptica que separa al individuo de su entorno o le trata en su entorno a través de intervenciones excluyentes. Profesores Terapéuticos, Profesores de Audición y Lenguaje y Profesores de Compensatoria que sacan al alumnado de clase, Equipos de Orientación externos al centro que realizan un trabajo descontextualizado y alejado de su realidad.

La atención individualizada tiene una lógica en tanto y cuanto atiende un problema, pero no lo incluye en la dinámica relacional de la escuela sino que lo excluye tratándolo de manera diferente, que no diferencial. No lo hace suyo y por lo tanto no lo incorpora, sino que lo trata como un apéndice que no nos pertenece del todo puesto que necesita de *otra* atención.

Para conceptualizar una intervención educativa de atención contextualizada e inclusiva, la escuela inclusiva debería basarse en una serie de principios y/o modelos teóricos que nos permitan entender su complejidad. La escuela inclusiva debería tener:

- Una cultura colaborativa: Esto permitiría establecer relaciones simétricas, generación de nuevos puntos de vista surgidos de la combinación y reflexión conjunta, búsqueda de soluciones creativas y reconocimiento de todos/as los participantes (Gallego et al.,

2016).

- Una relación dialéctica entre el individuo y su entorno: Entre el individuo y el entorno existe una relación dialéctica, y en esa compleja interdependencia que se establece, intervienen procesos psicológicos y sociales que reflejan esta interacción sujeto-contexto y regulan la conducta del individuo con relación a éste. En este proceso de interacción, creemos que el elemento afectivo jugará un papel decisivo y preponderante (Ariza-Hernández, 2017). Trabajar en educación con el componente afectivo como elemento central y estructurante de nuestra intervención es fundamental. Las personas intercambiamos constantemente información con y en el medio en el que nos desenvolvemos, y dotamos a éste de un significado personal, que depende en gran medida de la relación existente entre la información del contexto, los contenidos afectivos, motivacionales y las necesidades de las personas.
- Una educación basada en las necesidades reales de los destinatarios vividas desde el contexto. Esto debería ser el punto de partida para la transformación del entorno, ya que la relación entre entorno e individuo dependerá no solo del propio contexto sino también de la manera en que el individuo la percibe y la vivencia. La percepción del contexto puede condicionar el modo en el que nos relacionamos con él. Es decir, si conseguimos generar espacios de aprendizaje en los que nuestros alumnos/as se puedan sentir significados y valorar como propio, estaremos trabajando en la línea en la que el individuo percibe y vivencia lo que le llega positivamente. Será esa positividad la que devuelta al entorno regulando las relaciones dentro de la comunidad educativa (Sánchez et al., 2017).

La respuesta a la diversidad que se genera dentro de la comunidad educativa, nos obliga a implementar propuestas didácticas y organizativas que den cabida a las necesidades educativas de todos los alumnos/as y que incluyan en lugar de integren las diferentes

sensibilidades que conforman nuestra realidad. Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave tienen que y deben ser atendidos desde su especificidad pero sin pasar del olvido a la exclusión o una integración que no incluye.

Cuando hablamos de educación inclusiva, lo hacemos en términos casi utópicos. No pretendemos con esto mostrar poca convicción en nuestros planteamientos o pecar de ingenuos al mostrar una posición un tanto naif de nuestro pensamiento, permítanme que les explique. Al posicionarnos en la utopía no nos estamos refiriendo tanto a que lo que nos hemos planteado no se pueda conseguir, sino a que la utopía será una meta, un fin último al que uno se puede acercar más o menos, pero en todo momento será el referente que nos indique hacia dónde queremos dirigirnos, lo consigamos o no. El objetivo será que deje de ser una utopía. En sí mismo, hablar de educación inclusiva pensando en un grupo poblacional concreto con unas características que lo confieren como grupo identitario específico, resulta cuando menos paradójico. En *strictus sensu* no se puede hablar de educación inclusiva para referirse a un grupo de estudiantes con características diferenciales, en nuestro caso el Trastorno Mental Grave. Las categorías no deberían existir en la educación inclusiva, ya que la diferencia no será una dificultad del individuo para su adaptabilidad al medio escolar, la diferencia será un valor que enriquece el proceso educativo al que el contexto tiene que dar respuesta eliminando las barreras que dificultan el acceso del individuo, sean cuales sean esas barreras. Es así como pensando en las dificultades del alumnado, la respuesta que le damos será individual, ya que estamos pensando en *sus* dificultades y hacemos una atribución de la responsabilidad en el alumnado. Si pensamos desde el contexto -lo cual implica un cambio radical en la manera de concebir la nuestra práctica pedagógica en la escuela-, qué hay en el centro educativo -entendiendo centro educativo desde una concepción amplia que incluye tanto lo físico como lo relacional y curricular- que le impide al alumnado el acceso, estaremos depositando la responsabilidad no solo en el alumno/a, sino en la comunidad educativa como

tal. La respuesta, necesariamente tiene que ser distinta.

Por lo tanto, la utopía entendida como meta será para nosotros la educación inclusiva. Esta, como no puede ser de otra manera, está condicionada por el contexto socio-político -recuperando la teoría bioecológica que hemos desarrollado en el apartado precedente- por el exosistema. Este exosistema, el marco legislativo fundamentalmente, establece unos parámetros de referencia que dificultarán o facilitarán la implementación de prácticas pedagógicas que se aproximen más o menos a la meta de la educación inclusiva. La pregunta que nos hacemos no es si queremos educación inclusiva -sobra explicitar nuestra posición-, sino desde una posición más pragmática hasta dónde puedo llegar como profesor y profesora dentro del marco legislativo al que me debo, si lo que quiero es implementar prácticas educativas inclusivas. Qué márgenes de agencia tengo dentro del marco legislativo y cultural en el que desarrollo mi función como profesor/a. Qué prácticas pedagógicas y organizativas puedo implementar para caminar y avanzar hacia la educación inclusiva como meta o, por el contrario, retroceder en sentido opuesto hacia la exclusión educativa derivada de la incapacidad del sistema educativo para repensarse y trascender de la escuela taylorista a una escuela del siglo XXI.

La sociedad ha cambiado radicalmente, y el cambio es algo que está implícito en cualquier relación humana, por lo que es fácil suponer que seguirá cambiando. La interconexión y la percepción de un mundo globalizado conectado en red y digitalizado no tiene nada que ver con el contexto socio-histórico de los siglos XIX y XX. Necesariamente la escuela tiene que ser capaz de dar respuesta a las necesidades que se derivan de un contexto social determinado. No podemos seguir enseñando en el aula en base a la clase magistral, reproduciendo modelos formativos que le resultaban útiles a los sistemas productivos que se desarrollaron durante la revolución industrial. La escuela actual tiene que entender el mundo en el que vive ahora y ser capaz no solo de reproducir esquemas relacionales y organizativos,

sino contribuir a la construcción de un mundo más justo, más equitativo, y en definitiva, más inclusivo. La globalización se ha hecho efectiva para los capitales económicos, pero en la medida que hemos avanzado hacia la liberalización y posibilidad de libre circulación del capital hemos ido avanzando también en el fortalecimiento de las fronteras. Cada vez es más difícil que las personas circulen libremente y las fronteras se construyen poco a poco con mayor altura. No haré mención al cambio paradigmático en el que estamos envueltos como consecuencia de la pandemia provocada por la COVID-19. Vivimos en un mundo en el que construimos todo tipo de fronteras, reales e imaginarias, dentro y fuera del contexto educativo. La escuela tiene un papel fundamental al respecto, puede y debe contribuir a que las sociedades caminen hacia una nueva etapa del proceso de globalización. Si somos capaces de cambiar las prácticas educativas hacia modelos inclusivos estaremos consiguiendo no solo ser coherentes con las dinámicas relacionales que definen el mundo actual en red, sino que seremos capaces de darle un sentido más humano al trabajo que realizamos como profesores y profesoras.

Es así como encontramos un continuum que se define en tres posiciones bien delimitadas:

- Exclusión socioeducativa,
- Integración,
- Inclusión educativa.

Si bien la inclusión educativa será nuestra referencia pedagógica, quisiéramos dedicar un espacio de este texto al concepto de integración, ya que la integración educativa es tal vez el más confuso de los tres planteamientos que hemos definido. Encontrarán muchos textos que hablan de inclusión cuando en el fondo están hablando de integración. Por otro lado, la inclusión educativa en muchas ocasiones se plantea en términos más teóricos que reales, alcanzando niveles de planificación y diseño del centro educativo pero no llegando a ser una

realidad cuando descendemos al plano docente (Carrión-Martínez et al., 2019). La integración es el modelo educativo que con mayor frecuencia podrán encontrar en las aulas. Desde este paradigma educativo se define la dificultad del alumno o alumna para el acceso al currículo en base a criterios normativizados que examinan las fallas del menor. A continuación protegemos al grupo normativo para que pueda continuar con su aprendizaje estandarizado y castigamos al menor categorizado como alumnado de necesidades educativas impidiéndole la participación en determinadas áreas y espacios concretos. Es así como un o una Profesor/a Terapéutico/a -dicho sea de paso, el término en sí mismo es suficientemente explicativo, ya que trata la diferencia como algo patológico- sacará al menor del aula para trabajar con él o ella de manera individual, fuera del espacio de trabajo grupal. Es decir, se incide en la visión de que sea el individuo el que se adapte al contexto y desarrolle habilidades y competencias que son propias de la realidad contextual educativa. En el punto siguiente desarrollaremos con más detalle este aspecto, pero sí indicamos ya que la epigenética actualmente nos está diciendo que el ambiente no sólo influye en cómo se exprese la célula, sino que también la célula tiene la capacidad de aprehender y aprender del ambiente siendo capaz de traspasar esa información. Las pedagogías integradoras plantean una relación unidireccional en la que le pedimos al alumno/a su adaptación al contexto. Esta visión unidireccional impide planteamientos más complejos que asuman la bi-direccionalidad y retroalimentación en términos transaccionales. Cuando incorporamos esta variable a la ecuación obtenemos planteamientos que, necesariamente, amplían su mirada.

Estamos viendo que bajo la integración, como práctica pedagógica habitual y unidireccional, el alumnado ni participa ni permanece. Recordarán que cuando hablábamos de inclusión educativa y utilizábamos la definición de la UNESCO, participar y permanecer eran dos soportes fundamentales para entender de qué estamos hablando. Cuando estos dos elementos no se dan, podríamos decir que no estamos hablando de inclusión, sino de

integración. Nos queda el último concepto, exclusión. Veamos en qué consiste.

La exclusión es el paso más extremo. Distinguiremos dos maneras diferentes de expresión de los procesos de exclusión educativa:

- La primera de ellas se produce cuando sacamos al alumno y alumna por no ser capaz de acceder al currículo normativo como el resto de sus compañeros/as, ya no del aula unas cuantas horas como sucedía en el modelo integrador, sino que lo hacemos del colegio o del instituto para llevarlo a un centro especializado en el trabajo con esa dificultad. Esto lo hacemos sin cuestionarnos el papel que juega la metodología y el contexto en las dificultades del alumno/a para acceder a los contenidos trabajados con el resto del grupo-aula y depositamos el acento y la responsabilidad en las dificultades del menor. Le estamos excluyendo de una referencia contextual y real para trabajar de manera descontextualizada y artificial. ¿Es así la vida?, ciertamente no, la vida es más plural y compleja. Creamos espacios artificiales para trabajar sus dificultades especiales desde la homogeneidad grupal renunciando a la riqueza de la heterogeneidad.
- El otro proceso de exclusión se produce cuando excluimos al alumno o alumna del centro educativo derivado de alguna infracción o conflicto relacional que afecta a la convivencia del centro educativo. También podría producirse por desafección del alumno o alumna con respecto a la práctica educativa del centro. Estos procesos no suelen ser acciones puntuales, sino procesos más largos que terminan cristalizando en la incapacidad del centro educativo, para desde prácticas pedagógicas integradoras, dar respuesta a las dificultades de adaptabilidad del individuo en el contexto. Se renuncia a trabajar desde una visión inclusiva, se intentó trabajar con el menor desde una visión integradora y finalmente se procede a excluir al menor del contexto.

No seremos más profusos en el desarrollo de estos tres conceptos, sírvanos entender

que el continuum que se establece entre exclusión, integración e inclusión educativa será el eje conceptual que nos permita observar la realidad objeto de estudio y en base a esa referencia intentaremos definir en qué medida nos aproximamos más a uno u a otro modelo.

Figura 1
Continuum Exclusión-Inclusión



Es así que entendemos que la escuela inclusiva en la que trabajar con el alumnado con TMG no tiene que tener un diseño específico para dicho alumnado. Tiene que ser capaz de incluir en su práctica la especificidad del alumno enfermo y armonizarla, como si de una partitura se tratase, con el resto de realidades que confieren el contexto ambiental del centro educativo desde la diferencia. En este sentido, para nosotros la escuela inclusiva tendría que ser aquella que fuese capaz de *generar climas* amables que propicien el desarrollo personal y colectivo de todo el alumnado. Esto se conseguirá no tanto trabajando sobre la dificultad del alumno y alumna, sino sobre la transformación del contexto para que este sea capaz de definir marcos relacionales sanos. La construcción de un ambiente sano pasa por el desarrollo de prácticas pedagógicas que incidan en la prevención de la salud, entendiendo salud desde un concepto amplio que incluya todas las dimensiones de la persona -desde un modelo bio-psico-social-. Estas prácticas pedagógicas tienen que partir del concepto de salud y no de enfermedad, así como necesitan liderazgos pedagógicos capaces de generar prácticas inclusivas colectivas y contextuales (Sánchez-Romero & López-Berlanga, 2020). Tendremos ocasión de profundizar en el concepto clima positivo en los siguientes capítulos, así como de prácticas pedagógicas preventivas⁸.

⁸ Desarrollaremos estos aspectos en el apartado 2.6. titulado Construcción de Climas Amables, página 108.

2.5. Factores de Riesgo y de Protección

Los trastornos mentales tienen una etiología compleja. Esto, en gran medida se debe a la interacción de los factores de riesgo endógenos con los factores de riesgo ambientales. La carga genética que uno lleva encima es la que es, no se puede decidir, y eso a priori presenta mayores dificultades de modificación (Thapar & Rutter, 2019). Es lo que desde la psiquiatría se denomina temperamento, y el temperamento es lo que uno trae de serie. El carácter será lo que la persona va definiendo en relación con el contexto (Contini, 2018), y es aquí donde nos encontraremos con aquellos factores de riesgo que por ser contextuales sí podrían ser modificados con mayor facilidad, a priori, que los anteriores.

No obstante, esta división dicotómica entre lo genético y lo ambiental podría resultar un tanto espuria, ya que actualmente sabemos que la relación entre gen y ambiente es bidireccional y no unidireccional. Es decir, dejando a un lado el determinismo y la bondad o maldad de la aleatoriedad genética, la epigenética nos dice que la carga genética predispone pero no define, ya que será en la interacción dinámica con el ambiente donde se manifestará de una forma u otra. Pero no solo sabemos que el gen se manifestará de una u otra forma en función del contexto, sino que también sabemos que el ambiente condiciona la forma en la que se expresa el ADN y este, a su vez, tiene cierta capacidad de aprendizaje. Por lo que lo aprendido también se puede aprehender pasando a ser incorporado como legado genético. Es decir, lo que aprende un organismo puede ser heredado por su descendencia. En este sentido Lemery-Chalfant et al. (2013) realizaron un estudio en el que pusieron en común la herencia genética con el tipo de entorno doméstico, bajo la hipótesis de que existía correlación con sus genotipos. Esto significaba que la asociación entre el ambiente y el temperamento de los niños y niñas puede ser tanto genética como ambiental. Es decir, los entornos familiares pueden suprimir o facilitar el carácter hereditario del temperamento de los hijos e hijas. En sus hallazgos encontraron que los entornos domésticos eran menos caóticos para los niños y

niñas con alto nivel de autocontrol, existiendo una relación con la carga genética. Por otro lado, los niños y niñas con alta extraversión experimentaron entornos domésticos más caóticos, existiendo también correlación con la carga genética. También pudieron observar que el temperamento de los niños y niñas analizados podía moderarse por el ambiente del hogar, es así como la extroversión se heredaba con más probabilidad en hogares caóticos, mientras que la afectividad negativa se heredaba con mayor probabilidad en hogares inseguros. En definitiva, este tipo de estudios vienen a señalar que en la interacción gen-ambiente se produce una relación compleja entre los factores genéticos y los factores ambientales, y es en esa interacción en la que se define el temperamento.

Esto nos plantea un marco conceptual diferente, ya que rompe directamente con el determinismo subyacente en aquellos planteamientos pedagógicos que se enmarquen dentro de un paradigma biologicista, y al final determinista, en el que incluiremos las propuestas pedagógicas excluyentes e integradoras –de las cuales ya hemos hablado detenidamente en el apartado anterior-. Por lo tanto, esto tiene que ver -lo hemos señalado ya- con la escuela integradora, ya que considerará que el alumno y la alumna son lo que son en esencia. Con esas gafas puestas es fácil entender que solo se vea la realidad filtrada por unas lentes muy concretas y que esto nos impida ver la realidad desde perspectivas más amplias y complejas.

Nuestra visión conceptual de los factores de riesgo y protección pondrá su mirada en la relación dinámica entre lo biológico y lo contextual, y será desde la interacción, y no desde la suma de ambos ámbitos -biológico y contextual-, desde donde intentaremos realizar el análisis de los mismos. La relación entre el medio y el individuo consideramos que es transaccional en términos ambientales, entendiendo que el análisis no puede desarrollarse componente a componente de manera aislada, sino asumiendo la condición unitaria del contexto, del individuo y de las relaciones que generan los individuos en su contexto. Entenderemos la realidad social de una manera dinámica, y la conceptualizaremos como un todo unificado

(Altman & Rogoff, 1987; Corral et al., 2014; Vidal, 2015).

Estos factores ambientales que conforman el contexto de la persona nos permitirían definir estresores psicosociales que contribuyen, no solo a la génesis del trastorno mental sino también a su mantenimiento, a que se produzcan cambios tanto relacionales como inmunitarios y endocrinos así como en las estructuras cerebrales que tienen algo que ver con el neurodesarrollo (Artigue & Tizón, 2014). Es decir, nos encontramos con dos grupos de factores, los endógenos y los exógenos. Estos últimos estarán definidos por variables ambientales, psicosociales y relacionales.

Desde el campo de la psicología, si optásemos por esa ciencia para dotarnos de un marco conceptual y una metodología de trabajo concreta, cuando hablamos de factor de riesgo o de protección estaríamos estableciendo categorías analíticas, de agrupaciones de variables, que nos permiten medir el nivel de adaptación psicológico que un individuo manifiesta insertado en un contexto determinado. En ese intento de ajustarse al contexto, el individuo puede desarrollar una respuesta más o menos exitosa. Pero, incluso cuando la respuesta no es exitosa, o desajustada al contexto, no deja de ser un intento por adaptarse al mismo. Por lo que cuando hablamos de factores de riesgo o de protección de alguna manera estamos hablando de lo mismo. Para el mismo alumno un factor de riesgo puede ser también un factor de protección ya que el factor estará condicionado por las variables tiempo y contexto (Gaxiola, 2015).

Desarrollaremos lo que Gaxiola (2015) considera por factor de riesgo y factor de protección. Para él los factores de riesgo y de protección están estrechamente ligados al contexto, ya que lo que miden es el grado de adaptabilidad que el individuo muestra con respecto al contexto. Los factores de riesgo serían aquellos que generan más probabilidad de que el individuo muestre desajuste con respecto al contexto, mientras que los factores de protección serán aquellos que permitan al individuo mostrarse más adaptado a las condiciones

del entorno. Estos últimos, compensarán y contrapesarán la fuerza de los factores de riesgo. Por lo que contar con factores de protección se convierte en un elemento fundamental para que el individuo pueda desarrollar conductas adaptativas al contexto que resulten funcionales.

Este autor, establece algunos de los factores de protección más citados en la literatura científica agrupados en base a características familiares, personales, comunitarias y socioculturales. Como podemos observar volvemos a categorizar en base a factores propios de la persona y a factores contextuales⁹. Será en la complejidad de la interacción donde encontremos el valor de las categorías. Es así como el individuo presentará mayor o menor adaptabilidad ante una situación estresante en función de cómo interactúen, de cómo transaccionen, los factores de protección frente a dicha situación.

Por otro lado, haciendo una revisión bibliográfica exhaustiva, establecerá una lista de factores de riesgo no con la intención de establecer factores de riesgo universales, sino con la intención de establecer un marco sobre el que comenzar a trabajar. Lo interesante para nosotros será que los factores se presentan como escenarios que no actúan en todo momento y en todas las personas, sino que dependerán del tiempo de duración, del espacio en el que se presente y del momento vital a través de las competencias adaptativas de la persona. En definitiva, de cómo se escenifiquen en ese momento en la interacción entre factores de riesgo y de protección, encontraremos mayor o menor adaptabilidad y ajuste del individuo. Es así como si se presentasen valores bajos de factores de protección y valores bajos de factores de riesgo en términos de intensidad, duración, frecuencia y latencia, nos encontraríamos con que la respuesta del individuo sería ajustada, ya que aunque disponga de pocos recursos, la ausencia de factores de riesgo hará de efecto compensador. Siguiendo con esta lógica, si el individuo tuviese valores bajos de factores de protección y valores altos de factores de riesgo obtendríamos un tipo de respuesta desajustada. Veámoslo con una tabla de doble entrada.

⁹ Esto, en gran medida, entronca con planteamientos propios de la psicología ecológica en la línea de autores como Bronfenbrenner y su categorización proximal y distal.

Tabla 4
Relación Factores Riesgo y Protección

	Factor protector parámetro valor bajo	Factor protector parámetro valor alto
Factores de riesgo parámetros valor bajo	Ajuste	Desajuste
Factores de riesgo parámetros valor alto	Desajuste	Ajuste

(Gaxiola, 2015, p. 40)

Pero tal vez, una de las aportaciones más interesantes que encontramos en esta concepción de los factores de riesgo y de protección es su condición acumulativa. Se pueden aprender ya que el individuo estará condicionado por el ambiente y al revés, el individuo también ejercerá un papel condicionante en el ambiente. Desde este modelo ecológico, el individuo tiene capacidad de aprendizaje y de agencia, por lo que los factores de riesgos no determinarán necesariamente su devenir.

2.5.1. Factores de Riesgo y de Protección Hacia la Salud Mental

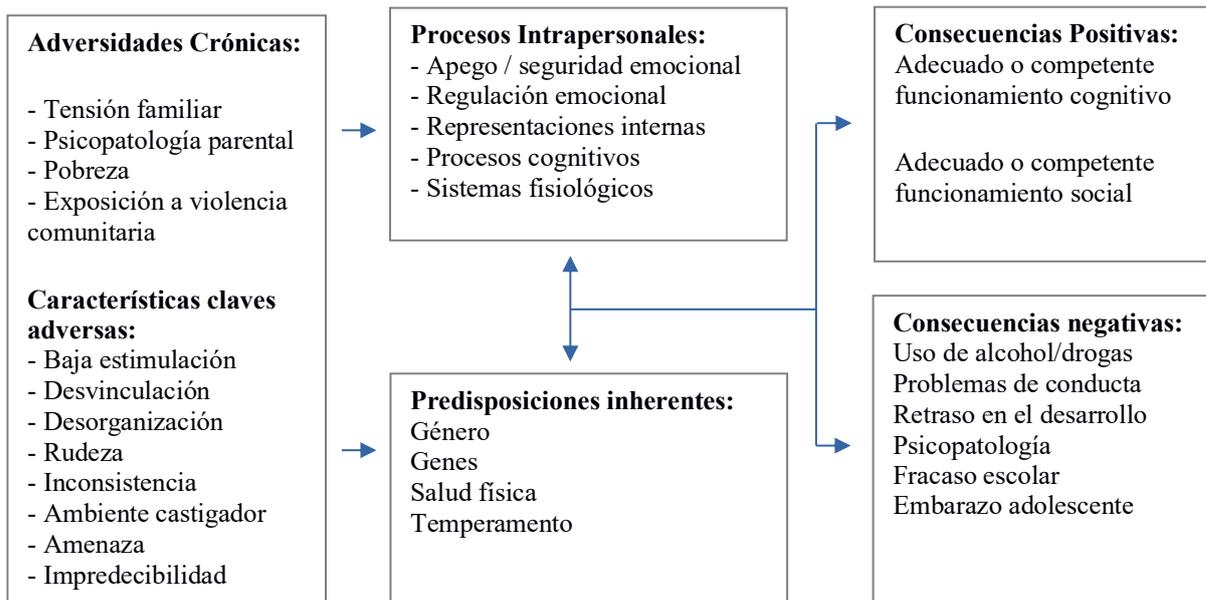
El abordaje de los factores de riesgo en salud mental en la infancia y la adolescencia puede realizarse desde diferentes perspectivas. Si realizamos un análisis de los factores de riesgo para la salud mental de un alumno o alumna de cualquier instituto de educación secundaria desde un enfoque psicosocial nos encontramos con planteamientos que desde una visión dinámica, y no solo trabajando desde una lista de factores de riesgo, intentan buscar respuestas más complejas. Nuestro planteamiento será analizar cómo los factores de riesgo se relacionan entre si y cómo el valor analítico de los mismos se encuentra no tanto en el factor, sino en su interacción. Esta interacción planteará un marco contextual que podría permitirnos entender el medio en el que la salud mental de un menor se desenvuelve y cómo en dicho medio la enfermedad adquiere mayor o menor impacto negativo en su desarrollo. En definitiva, son muchas las variables que pueden ayudar a entender y definir la génesis y

mantenimiento del trastorno mental en un adolescente, pero podríamos señalar algunas de ellas como son los factores biológicos, la resiliencia¹⁰, factores psicosociales y factores ambientales. Más allá de cualquier consideración, ya que tendremos oportunidad de profundizar en ello a lo largo de este apartado, entenderemos los factores de riesgo como un concepto que “implica la existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado...Este factor debe estar presente en forma previa e independiente a la consecuencia analizada” (Cova, 2004, p. 95). También entenderemos los factores de riesgo, volvemos a repetir, como algo que actúa de manera acumulativa y no linealmente. Esto significa que cuando aparece un factor de riesgo podemos pensar que se desarrolle de manera progresiva el riesgo de padecer una enfermedad mental (Artigue & Tizón, 2014). Como ya hemos mencionado anteriormente consideraremos también el proceso inverso.

Diferenciaremos entre factores de riesgo causales y factores de riesgo estadísticos (Cova, 2004). Es decir, establecerá el análisis desde la interacción que se produce entre los diferentes factores de riesgo para de manera contextual analizar qué factor de riesgo actúa como causante y cuál lo haría bajo un papel probabilístico. En esta línea de trabajo Friendman y Chase-Lansdale (2002) desarrollaron un modelo de interacción dinámico entre diferentes factores:

¹⁰ Mención aparte merece el concepto Resiliencia del que hablaremos más adelante, ya que para nosotros no se tratará de un factor de protección en sí mismo sino de un constructo que se construye como factor en la interacción de varias variables. Entendemos que se trata de un concepto poco explicativo y determinista, por lo que propondremos el concepto de Adaptabilidad Psicológica tomado de la corriente teórica de la psicología ambiental (Fleury-Bahi & Navarro, 2017; Maree, 2017). Tendremos ocasión de profundizar en ello.

Figura 2
Relación Factores de Riesgo



Traducido de Friedman y Chase-Lansdale (2002, p.265)

Las autoras parten de la idea de que los factores estresores no son estáticos sino que varían en intensidad, y cuando estos permanecen en el tiempo es cuando afectarán de manera severa en el individuo. Exponen cómo la tensión familiar, las psicopatologías parentales, contextos de pobreza y la exposición a ambientes violentos en el contexto comunitario se convierten en cuatro de las principales adversidades crónicas que condicionan, como factores estresantes, el desarrollo emocional del individuo. Estas autoras parten de la hipótesis de que gran parte de la literatura científica focaliza la atención en los factores de riesgo, por lo que el análisis puede estar sesgado. En su caso focalizan la atención en aquellos factores que permiten que el menor resulte más resiliente. Estas autoras también se preguntarán por qué algunos niños y niñas no resultan tan perjudicados por las adversidades crónicas y reúnen mejores condiciones para adaptarse a contextos adversos. En este sentido, indicarán cómo la resiliencia tiene mucho que ver con la influencia de tres elementos que condicionan la manera en la que se articulan los factores de riesgo. Estos tres elementos serían, el tipo de dinámica familiar, la presencia de apoyos externos y las atribuciones internas. Tendremos ocasión de

profundizar en este aspecto.

Estas autoras consideran que los factores de riesgo son acumulativos. Veamos en qué consiste este concepto. La idea se sustenta en que la acumulación de varios factores de riesgo provoca que el individuo sea más vulnerable a la psicopatología y a los resultados negativos. Por lo tanto en la medida -con respecto a la intensidad y cantidad- que determinados factores de riesgo interactúen con las cuatro adversidades crónicas, el desarrollo emocional del menor se desarrollará de una u otra manera.

Cierto es que se trata de un modelo unidireccional, no obstante nos ha parecido útil servirnos de él para remarcar cómo entre las consecuencias negativas que resultan de la interacción entre diferentes factores psicosociales y biológicos aparecen la psicopatología y el fracaso escolar. Con esto no queremos decir que el hecho de tener un trastorno mental predisponga necesariamente a una situación de fracaso escolar, pero sí queremos señalar el trastorno mental como factor de riesgo para el fracaso escolar. Ambas, fracaso escolar y trastorno mental, serían el resultado de la interacción de diversos factores, pero lo que no podemos encontrar en esta relación de factores de riesgo que presentan las autoras, es cómo el trastorno mental impacta en la vida académica de un adolescente y cómo ese trastorno se convierte en un factor de riesgo del fracaso escolar, siendo este un aspecto sobre el que nos gustaría detenernos. En el esquema planteado trastorno mental y fracaso escolar están conceptualizados como consecuencias de un proceso que desencadenan determinados factores. Nuestra intención analítica se posiciona en no ver estas dos realidades como consecuencias en el mismo plano de análisis, sino a una como la consecuencia de la otra. Es decir, el fracaso escolar como la consecuencia del trastorno mental. Dicho de otra forma, el trastorno mental será la variable independiente que estará afectando a la variable dependiente, en nuestro planteamiento el fracaso escolar.

Antes de continuar quisiéramos indicar que el análisis intentará ir un poco más allá de

esta relación unidireccional que hemos planteado, ya que, como venimos diciendo, no pretendemos convertir la relación entre dos variables en un silogismo reduccionista y determinista. Si tienes trastorno mental tienes fracaso escolar, nada más lejos de nuestra intención. Es por ello que con nuestro marco teórico pretendemos delimitar y entender cuáles son las variables y factores que en la interacción con el trastorno mental permitirán que el alumnado con TMG obtenga éxito académico. Entendiendo este como lo contrario a abandono escolar temprano. Tendremos oportunidad de profundizar en la definición de abandono escolar temprano.

Abandono escolar temprano y trastorno mental son dos variables que inevitablemente están ligadas y a priori, no sabríamos decir cuál de ellas ejerce como variable independiente que influye y modifica a la otra que actuaría como variable dependiente. Ya hemos dicho que nuestra hipótesis de partida será conceptualizar al fracaso escolar como variable dependiente y el trastorno mental como variable independiente. En cualquier caso, sí quisiéramos destacar cómo para nosotros lo importante será el análisis de aquellas variables que contribuyen a que el alumno elabore procesos de adaptación al contexto (Mamani-Ruiz, 2017). Entender cuáles son las variables implicadas en un proceso y que en su relación se conforman como factor protector, junto al análisis de aquellas variables que en su relación se conforman como factor de riesgo.

Más allá del posicionamiento teórico por el que optemos, partiremos de la base de que no son los términos correctos en los que quisiéramos plantearnos la cuestión, ya que corremos el riesgo de situarnos ante un dilema de difícil solución. Como venimos diciendo a lo largo de este texto, consideramos que en la medida que un factor afecta al otro desde una relación bidireccional y dialéctica deberíamos plantearnos la pregunta a la inversa, en términos de factores de protección. Es decir, en qué medida conservar el ámbito educativo se convierte en un factor de protección para el menor con trastorno mental, y en qué medida conservar su

estado emocional, familiar y relacional en unos mínimos funcionales se convierte en un factor de protección para el ámbito educativo del menor con trastorno mental. Por un lado el abandono escolar temprano actuaría como un factor de riesgo de la pérdida de salud mental (Buitrago et al., 2018; Jaureguizar et al., 2015; Szumilas, Kutcher, LeBlanc, John C, & Langille, 2010) y por otro la pérdida o dificultad de la salud mental del menor se convierte en un impedimento para el ámbito educativo de un alumno/a, especialmente cuando esta afecta en la etapa de la adolescencia. Profundizaremos en esto con más detalle en siguientes apartados.

Son varias las publicaciones que en el contexto de occidente han desarrollado y analizado los factores de riesgo en población con trastorno mental que determinan que la enfermedad curse en grave llegados a la adultez. Artigue y Tizón (2014) realizaron un meta-análisis con el que pretendieron evidenciar la asociación entre factores de riesgo en la infancia y la aparición de trastornos mentales en la edad adulta. En sus resultados pudieron observar la existencia de cuatros grupos de factores de riesgo para tener una enfermedad mental. Los tres primeros serían elementos relacionados con el embarazo, el parto y puerperio; el segundo grupo hablaría de alteraciones de los vínculos con las figuras paternas, es la estructuración de la identidad; el tercer grupo se centra en los dos primeros años de vida del menor, es decir en los primeros aprendizajes consiguiendo o no de los hitos evolutivos básicos como caminar, alimentación y adquisición del lenguaje; y el último grupo focalizar su mirada en las dificultades en los aprendizajes y en las relaciones en el ámbito escolar. Este es el grupo que nos interesa, ya que de nuevo volvemos a encontrar las dificultades en el ámbito educativo como factor de riesgo para la enfermedad mental. En este sentido los autores destacan dos tipos de dificultades a las que el adolescente con trastorno mental se tiene que enfrentar en el ámbito educativo. Por un lado las dificultades relacionales, tanto con iguales como adultos, y por otro lado encontraríamos la tendencia al aislamiento y los problemas de atención. Ambos

tipos de dificultades se mostrarían como factores de riesgo para el adolescente con trastorno mental. Sabemos, y seguimos citando a los autores señalados, que las estrategias preventivas dentro del ámbito de la salud mental podrían mejorar utilizando el concepto de factor de riesgo ya que esto favorecería que de una forma sistematizada se pueda analizar tanto al menor desde sus características personales como todo aquello que le rodea y que por tanto contribuye a formar la realidad del menor en términos patológicos.

Citaremos algunos de los factores de riesgo que pueden servir como predictores para empezar a entender de qué hablamos cuando pensamos en factores de riesgo para el trastorno mental (Oliva et al., 2007):

- Factores de riesgo en los primeros aprendizajes como sonreír, sostener la cabeza, sentarse, gatear y caminar, retraso en la adquisición de la capacidad de andar solo, problemas en la adquisición del lenguaje, rechazo a la alimentación, dificultades en la lateralización, déficits en el desarrollo psicomotor, hipersomnias, hipotonía, hipoactividad motriz.
- Factores de riesgo en el ámbito escolar, dificultades en la relación y la tendencia al aislamiento, pobres resultados escolares, trastornos en la atención, en el lenguaje, en la adquisición de la lectura, del grafismo, preferencia por el juego solitario entre los 4 y los 6 años, rechazo hacia otras personas, inhibición y pasividad en los contactos sociales, incapacidad de buscar protección, ansiedad y conductas agresivas.

Una vez analizados los factores de riesgo que predisponen al estudiante a que sea más vulnerable al trastorno mental resultaría pertinente preguntarse por los factores de protección. Frente a los mismos factores de riesgo no todos los estudiantes reaccionaran igual ni el trastorno mental cursará de la misma manera. Esto tiene que ver tanto con los factores intrínsecos como con los contextuales. Veamos cuáles podrían ser los factores de riesgo y protección que nos ayudarían a entender en términos contextuales y preventivos el concepto

de salud mental.

Tabla 5
Factores de Riesgo O'Connell, Boat & Warner

Factores de Riesgo	Dominios	Factores de Protección
<ul style="list-style-type: none"> - Depresión parental - Conflicto padre-hijo - Mala crianza de los hijos - Ambiente familiar negativo (puede incluir abuso de sustancias en los padres) - Abuso infantil / maltrato - Familia monoparental (solo para niñas) - Divorcio - Conflicto matrimonial - Conflicto familiar - Padre con ansiedad - Conflicto parental / matrimonial - Conflicto familiar (interacciones entre padres e hijos y entre niños) - Uso parental de drogas / alcohol - Desempleo parental - Uso de sustancias entre los padres. - Falta de supervisión de un adulto. - Mal apego con los padres - Disfunción familiar - Miembro de la familia con esquizofrenia - Mala supervisión parental - Depresión parental - Abuso sexual 	<p>Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La familia proporciona estructura, límites, reglas, monitoreo y previsibilidad - Relaciones de apoyo con miembros de la familia - Expectativas claras de comportamiento y valores
<ul style="list-style-type: none"> - Genero femenino - Pubertad temprana - Temperamento difícil: inflexibilidad, bajo estado de ánimo positivo, abstinencia, poca concentración. - Baja autoestima, incompetencia percibida, estilo explicativo negativo e inferencial - Ansiedad - Síntomas depresivos de bajo nivel y distimia. - Apego inseguro - Pobres habilidades sociales: habilidades de comunicación y resolución de problemas. - Necesidad extrema de aprobación y apoyo social. - Baja autoestima <ul style="list-style-type: none"> -Timidez - Problemas emocionales en la infancia. - Desorden de conducta - Actitudes favorables hacia las drogas - Rebeldía - Uso temprano de sustancias 	<p>Individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo físico positivo - Logro académico / desarrollo intelectual - Alta autoestima - Autorregulación emocional - Buenas habilidades de afrontamiento y habilidades para resolver problemas. - Compromiso y conexiones en dos o más de los siguientes contextos: escuela, con compañeros, en atletismo, empleo, religión, cultura.

<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento antisocial - Lesión craneal - Consumo de marihuana - Exposición infantil al plomo o al mercurio (neurotoxinas) 	
<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo de pares - Eventos estresantes - Mal rendimiento académico - Pobreza económica - Eventos estresantes o traumáticos a nivel comunitario - Eventos estresantes o traumáticos a nivel escolar - Violencia comunitaria - La violencia escolar - Pobreza - Evento traumático - Fracaso escolar - Bajo compromiso con la escuela - No a la universidad - Agresión hacia los compañeros - Asociarse con compañeros que usan drogas - Las normas sociales / comunitarias favorecen el consumo de alcohol y drogas - Configuración urbana - Asociarse con compañeros desviados - Pérdida de una relación cercana o de amigos 	Escuela, vecindario y comunidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de mentores y apoyo para el desarrollo de habilidades e intereses. - Oportunidades de participación dentro de la escuela y la comunidad - Normas positivas - Expectativas claras de comportamiento - Seguridad física y psicológica

(O'Connell, Boat & Warner, 2009)

Por lo tanto, partiremos de la base de que el entorno ayuda y protege. En definitiva lo que estamos planteando es que una vez que ya sabemos que un adolescente tiene algún trastorno mental, ¿qué factores de protección tiene que reunir para que pese al trastorno mental el impacto en el ámbito educativo sea el menor posible?

2.5.2. Factores de Riesgo y de Protección hacia el Abandono Escolar Temprano

Cuando hablamos de factores de riesgo y/o de protección lo estamos haciendo en relación a los riesgos o a las potencialidades que tiene que tener un alumno o alumna frente a una consecuencia determinada. Por lo que hablar de factores de riesgo y/o de protección implica posicionar y delimitar bien frente a qué queremos definir las variables que están actuando frente a una problemática concreta. Si bien, en el punto anterior, hemos analizado

los factores de riesgo y de protección de una menor frente a la salud mental, en este caso nuestra unidad de análisis será el abandono escolar temprano, elemento que definiremos con mayor detalle en siguientes apartados. Es posible, y verán que efectivamente así sucede, que cuando un menor presenta menos capacidad de adaptabilidad a un contexto determinado se deba a factores de riesgo que están condicionando su capacidad adaptativa. En muchas ocasiones esos mismos factores podrán ser coincidentes con los factores de riesgo que podamos observar en otro contexto o consecuencia determinada. Esto se debe a que hay constructos estructurales internos y contextuales de la persona que están poco fortalecidos, por lo que su capacidad de adaptabilidad a cualquier contexto también estará condicionada.

Es decir, si hablamos de poca supervisión parental como factor de riesgo, podría ser un factor común que aplicaría y ayudaría a explicar tanto al trastorno mental como al abandono escolar temprano, entendiendo ambos como causas y no como consecuencias.

No obstante, en este sub-apartado nos centraremos en analizar algunos de los principales factores que condicionan la adaptabilidad de un alumno o alumna al contexto educativo y que por lo tanto nos sirven de predictores para valorar su relación con dicho contexto. Es así como Román (2013) señalará seis grupos de factores que surgen al categorizar estos en función de si son exógenos o endógenos y de su dimensión. En este autor podremos encontrar la siguiente tabla relacional de la que surgirán los seis factores señalados:

Tabla 6
Factores Exógenos y Endógenos

Dimensión	Factores Exógenos	Factores Endógenos
Material / Estructural	Nivel socioeconómico de la familia.	Equipamiento- Infraestructura escolar
	Escolaridad de los padres y de adultos del hogar.	Planta docente
	Composición familiar.	Material educativo
	Características de la vivienda.	Programas de Alimentación y salud escolar
	Grado de vulnerabilidad social (desempleo, consumo drogas, delincuencia, etc.)	Becas
	Origen étnico	
	Situación nutricional de los niños	
	Trabajo infantil y de los adolescentes.	

Política / organizativa	<p>La estructura del gasto público</p> <p>Conjunto de políticas económicas o sociales que inciden en las condiciones en que los niños llegan a la escuela</p> <p>Tipo de organizaciones y redes comunitarias incentivadas a través de lineamientos y programas públicos y/o de la sociedad civil</p> <p>Políticas dirigidas al mejoramiento de condiciones económicas y laborales de las minorías étnicas y grupos vulnerables</p> <p>Estrategias no gubernamentales orientadas a promover la escolarización y permanencia en el sistema.</p>	<p>Grado de descentralización del sistema escolar</p> <p>Modalidad de financiamiento para la educación</p> <p>Estructura del sistema educativo</p> <p>Articulación entre los diferentes niveles de gobierno</p> <p>Propuesta Curricular y Metodológica</p> <p>Mecanismos de Supervisión y apoyo a los establecimientos</p> <p>Situación de los docentes en cuanto a formación, actualización y condiciones laborales</p> <p>Articulación con otros actores extra educativos</p>
Cultural	<p>Actitud, valoración hacia la educación</p> <p>Pautas de crianza y socialización</p> <p>Consumos culturales</p> <p>Pautas lingüísticas y de comunicación al interior del núcleo familiar</p> <p>Expectativas y Aspiraciones</p> <p>Capital Cultural de las familias</p> <p>Uso del tiempo de los niños y jóvenes.</p>	<p>Capital cultural de los docentes</p> <p>Estilo y prácticas pedagógicas</p> <p>Valoración y expectativas de docentes y directivos respecto de los alumnos</p> <p>Clima y ambiente escolar</p> <p>Liderazgo y conducción</p>

(Román, 2013, p. 39)

En general, existe un gran consenso en la literatura científica para estructurar los factores de riesgo del abandono escolar temprano entorno a su dimensión social y personal del individuo. Es decir, aquellos factores que dependen del contexto y aquellos factores que están estrechamente ligados al individuo y sus características personales. Es así como si los autores anteriores hablaban de factores exógenos y endógenos otros autores pondrán el acento sobre factores de riesgo contextuales y psicosociales. Santos et al. (2012, p. 6) mostrarán la siguiente lista de factores individuales del menor que presenta abandono escolar temprano:

- Jóvenes desmotivados, sin interés ni expectativas con relación a sus procesos de aprendizaje.
- Jóvenes carentes de referentes adultos, situaciones de desarraigo familiar en edad adolescente y/o precaria situación económica de la familia (los progenitores pasan muchas horas fuera del hogar, se relacionan poco con sus hijos, muchas horas en

soledad).

- Jóvenes con falta de hábitos saludables hacia su condición física, que repercute negativamente en su estado de salud (falta de sueño, alimentación deficitaria o incorrecta, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias tóxicas).
- Jóvenes con déficit de escolarización y falta de recursos para enfrentarse con éxito a sus procesos de aprendizaje.
- Jóvenes cuya actitud tiende a la evitación.
- Jóvenes con un bajo autoconcepto y autoestima.

En cuanto a los factores contextuales se limitarán a conceptualizar el contexto como un espacio poco enriquecedor en base a la falta de recursos psicosociales, así como a estrategias y apoyo en término de políticas públicas.

Como se puede observar, la visión de los factores de riesgo y de protección del abandono escolar temprano es poliédrica y plural. Estos dependerán, en gran medida, de la unidad de análisis con la que se realice la indagación y el contexto desde el que se desarrolle.

En este sentido, parece pertinente preguntarse por el escenario desde el que queremos objetivar nuestra unidad de análisis. Para ello las preguntas que nos hacíamos al inicio de este documento nos servirán como guía. Nosotros queremos indagar en las características personales y contextuales que tiene un alumno o alumna y que actúan como factor de protección, y eso es lo que queremos medir, no otra cosa. Por lo que el resto de dimensiones, no serán el centro de nuestra atención. Priorizaremos nuestra mirada en aquellas características que forman parte de la realidad inmediata del individuo y que son fácilmente mensurables y medibles. Es decir, cuando hablemos de individuo, familia y centro educativo, nos estaremos refiriendo al microsistema. Con respecto a cómo interaccionan las subpartes en el microsistema tendremos presente su interrelación entendida desde el mesosistema. Y, en aquellos elementos de análisis que estén a nuestro alcance, tendremos en cuenta el exosistema.

El macrosistema no formará parte de nuestro análisis.

Ateniéndonos a esta clasificación encontramos que Antelm et al. (2018) realizarán un meta-análisis en el que expondrán varios estudios que trabajan los factores de riesgo para el abandono escolar ateniendo a diferentes maneras de catalogarlos. Hemos sintetizado todos ellos en la siguiente tabla:

Tabla 7
Factores de Riesgo Antelm

Ámbito	Factores de riesgo
Individual	Nivel de motivación, nivel de esfuerzo, nivel de percepción, apoyo de los padres y problemas de aprendizaje. Nivel de socialización del alumno en la escuela. Genero (siendo menor en chicas), relación con los compañeros, falta de estabilidad emocional, actitud del alumno hacia la escuela, nivel de autoeficacia, alto nivel de comportamientos disruptivos, niveles altos de introversión.
Familia	Nivel socio-económico, características culturales, nivel de implicación de la familia en el proceso académico., nivel cultural de los padres, estructura de la familia, la profesión de los padres.
Funcionamiento del sistema educativo	Gestión del centro educativo, tipo de práctica docente, tipo de clima escolar, tipo de relación profesor-alumno, tipo de currículo escolar.

(Antelm et al., 2018)

Hasta el momento hemos visto los factores de riesgo que aplican al trastorno mental, y por otro lado hemos visto los factores de riesgo que aplican al abandono escolar temprano. Nuestra unidad de análisis es el alumnado con TMG, por lo que en nuestra indagación lo que queremos analizar son los factores de protección que puedan tener los alumnos y alumnas con TMG frente al Abandono Escolar Temprano. En el siguiente apartado profundizaremos en analizar los factores de riesgo y de protección del alumnado con trastorno mental frente al abandono escolar temprano.

2.5.3. Factores de Riesgo y de Protección del Alumnado con Trastorno Mental Frente al Abandono Escolar Temprano

Comenzaremos por mostrarles un meta-análisis en el que se analizaron artículos que desarrollaban la relación entre fracaso escolar y salud mental en la adolescencia. Estos artículos estaban comprendidos en un espacio temporal de 24 años, siendo publicados entre 1990 y 2014, y fueron rescatados de Medline, Embase, PsycINFO, and ERIC. (Esch et al., 2014). Las conclusiones a las que llegan las autoras inciden en la línea de que el consumo de estupefacientes y los trastornos disruptivos serían dos de los factores que mayor influencia tienen en el fracaso escolar. Otro elemento interesante que destacarán los autores es el hecho de que los trastornos internalizantes obtienen menos fracaso escolar que los trastornos externalizantes. En este sentido entenderán que los alumnos con menos competencias procedimentales y conceptuales tiene más dificultades y experiencias acumuladas negativas dado que externalizan sus problemas a través del comportamiento. Esta incidencia en elementos básicos para participar en la dinámica propia de un aula-clase pondría al alumnado externalizante con mayor vulnerabilidad frente al resto de alumnado dado que no reúnen las habilidades necesarias para desenvolverse en la dinámica metodológica propia de un aula. Por otro lado, los alumnos y alumnas con reducidas habilidades sociales desarrollan una interiorización del estilo de afrontamiento que les facilita más que a los trastornos externalizantes alcanzar éxito educativo. Estos mismos autores indicarán los factores de riesgo que mayor coincidencia suscitaron en las publicaciones con las que desarrollaron el estudio:

- Los factores económicos.
- La edad de aparición del trastorno mental.
- El rendimiento académico.
- El apoyo familiar.

Por otro lado, encontramos un estudio realizado con 332 estudiantes de secundaria en

el que se analizan las fortalezas socioemocionales de esta población de adolescentes. Estas fortalezas se pusieron en relación a su experiencias relacionales durante un semestre de curso. Moore et al., (2019) señalaron cuatro subtipos de grupos en los que diferentes factores de protección facilitaban distintos modelos vivenciales que se aproximaban más o menos a indicadores de salud mental. Los cuatro grupos que señalaron fueron: salud mental completa; salud mental moderada; sintomático pero contento; y preocupado. Lo realmente interesante para nosotros de este estudio es cómo pudieron evidenciar que los estudiantes que pertenecían a grupos con niveles más altos de fortaleza y niveles más bajos de angustia obtuvieron calificaciones más altas, realizaban una mayor contribución prosocial a la comunidad, mostraban mayor satisfacción con la vida y obtenían niveles más bajos de ansiedad y depresión.

Este es el elemento analítico sobre el que nos gustaría detenernos y sobre el que desarrollaremos parte de nuestro trabajo investigativo, ¿cuáles son las fortalezas, los factores de protección que tiene que reunir un/a adolescente que tiene trastorno mental para que su recorrido académico no se vea afectado, o se vea afectado mínimamente?

Definir algo implica un paso previo, decidir desde dónde queremos enunciar su definición. En función desde dónde nos posicionemos tendremos una óptica u otra, y esto, inevitablemente, condicionará nuestro campo de observación y nuestra forma de entender y conceptualizar la realidad. Es así como si observamos el trastorno mental como consecuencia de un proceso obtendremos determinados factores, tanto de riesgo como de protección que conducirán o no al trastorno mental. Desde esta óptica resultará fácil encontrar el fracaso escolar como una de las variables que forme parte de los factores de riesgo.

Pero si realizamos el análisis tomando el fracaso escolar, o por ir siendo ya más precisos el abandono escolar temprano –tendremos ocasión de profundizar en la diferenciación de estos dos conceptos un poco más adelante-, como punto de llegada

estaremos obteniendo un camino diferente y estableciendo relaciones diferentes. El mapa es el mismo, ya que la realidad lo es, pero el camino que queremos recorrer es distinto, por lo que nuestra experiencia intelectual de esa realidad también lo será. Para nosotros el viaje será otro, será entender cuáles son las variables que predisponen a una alumno o alumna con trastorno mental a fracasar escolarmente.

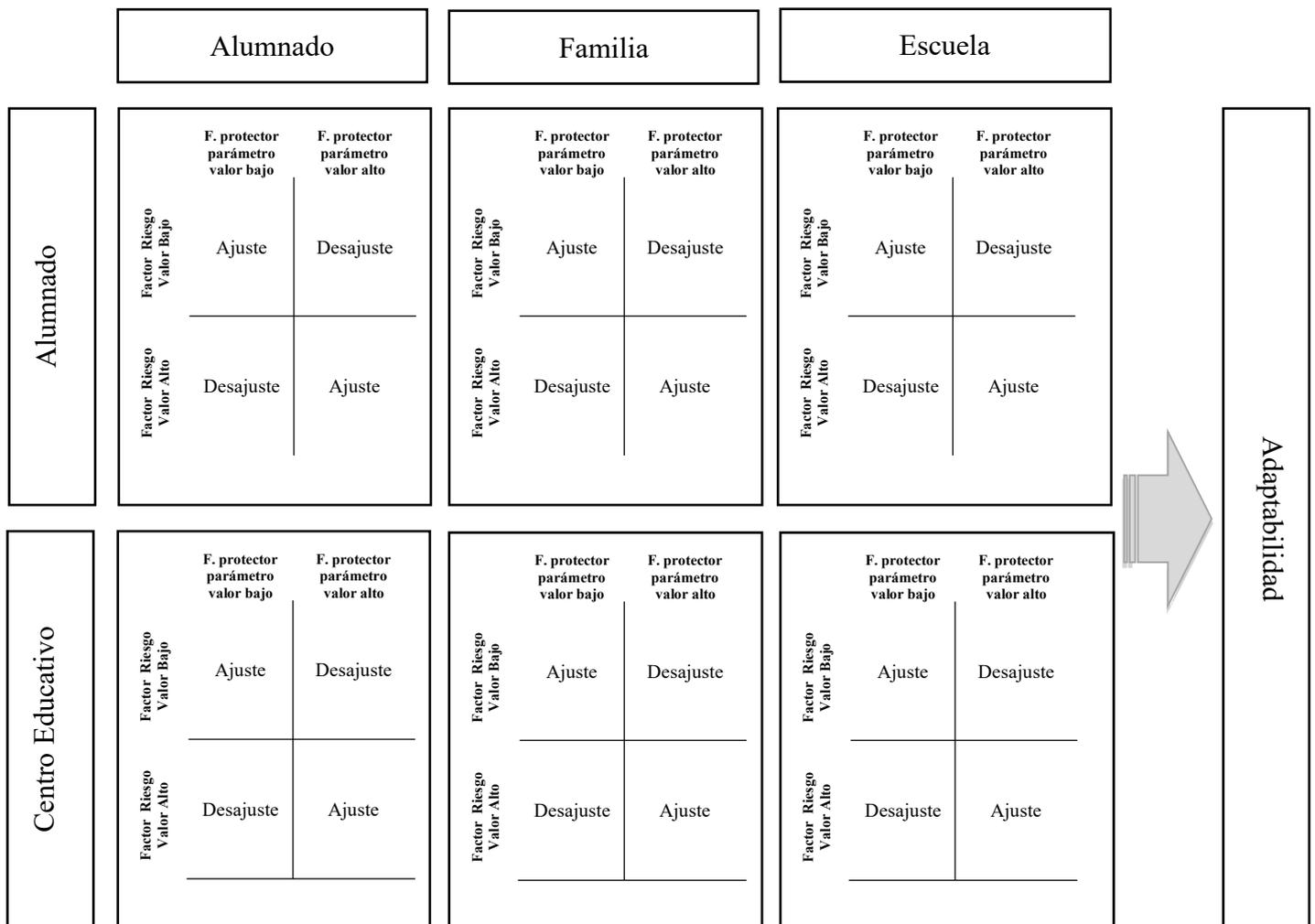
Ahora quisiéramos dar una vuelta de tuerca más al asunto, ¿y si giramos el mapa y lo vemos al revés?, ¿y si en lugar de analizar los factores que predisponen a un alumno o alumna con TMG a fracasar nos fijamos en qué es lo que le predispone a obtener éxito académico?

El matiz no nos parece baladí, ya que supone un cambio más de perspectiva y, por tanto, un cambio en los planteamientos que podamos realizar y enunciar como prácticas pedagógicas derivadas de nuestro análisis. Arriesgándonos a ser simplistas observamos dos opciones, o realizar un análisis con el que nos fijemos en lo negativo de un proceso para aprender de dicho proceso qué podemos evitar de cara a mejorar una realidad, o fijarnos en lo positivo con lo que aprender de una realidad concreta aquellos elementos sobre los que deberíamos trabajar para mejorar los procesos analizados. Como pueden observar, epistemológicamente son dos planteamientos diferentes. Inevitablemente nuestro enfoque metodológico también estará condicionado por esta lógica.

Una vez definidos los principales factores de protección que hemos encontrado en la literatura científica, estableceremos un diagrama relacional que nos ayude a entender cómo se clasifican estos en base a factores que agrupen variables independientes y que terminan condicionando la expresión del abandono escolar temprano, entendido como variable dependiente, en el alumnado con Trastorno Mental Grave. Es decir, el abandono escolar temprano se producirá y manifestará de una manera u otra en alumnado con TMG en función de los elementos explicativos que ayudan a definirlo. Es así como los factores, entendidos como agrupaciones de variables, se definirán en base a los diferentes contextos de

socialización o subsistemas que conforman el microsistema y su interacción en el mesosistema. Intentaremos visualizar cómo se explicitan estos en función de su interacción dinámica con los dos unidades de análisis que hemos utilizado, el alumnado y el centro educativo. Lo interesante para nosotros será observar cómo interaccionan estos factores y en qué medida el mayor o menor peso de alguno de los grupos factoriales señalados determinan que el alumno con Trastorno Mental Grave presente Abandono Escolar Temprano.

Figura 3



Relación Factores-Ámbitos

La tabla que les presentamos se basa en modelos explicativos que profundizan en la interacción entre los factores protectores y de riesgo en el ajuste o el desajuste psicológico (Gaxiola, 2015; Wright et al., 2013) Si observan la tabla de doble entrada que les mostramos

podrán encontrar en la columna de la izquierda las dos unidades de análisis, alumnado y centro educativo. En las columnas hemos situado los tres ámbitos sobre los que centraremos el análisis en términos relacionales de las dos unidades de análisis observadas. Como venimos desarrollando a lo largo del marco teórico, analizaremos los términos en los que los factores de riesgo y de protección se explicitan en la relación de cada unidad de análisis con respecto al ámbito en el que es analizado. Por lo que de la interacción total de las unidades de análisis con sus correspondientes ámbitos en términos de mayor o menor presencia de los factores de riesgo y de protección en cada una de las celdas obtendremos un resultado u otro. Es decir, el alumno con TMG se encontrará en situación de abandono escolar temprano o no en función de cómo interaccionen y compensen los términos en los que se desarrolle cada celda. Si realizamos un análisis celda por celda encontraremos que cuando se den valores bajos de factores de protección junto a valores bajos de factores de riesgo, la adaptabilidad del alumno/a será alta. De la misma manera, cuando se den valores altos de factores de protección junto a valores altos de valores de riesgo la adaptabilidad del alumno también será alta. El comportamiento será menos adaptativo cuando encontremos valores bajos de factores de protección junto a valores altos de factores de riesgo. Y por último, cuando encontremos valores altos de factores de protección junto a valores altos de factores de riesgo encontraríamos un escenario que también podría contribuir al desajuste adaptativo del menor. Esto se debe a que en este caso la presencia de valores altos de factores de protección no estarían actuando como adaptativos, sino justo como todo lo contrario. El exceso de factores de protección impiden al individuo que desarrolle conductas adaptativas por sí mismo. Un ejemplo claro de esto sería una familia sobreprotectora. La familia estaría protegiendo al menor y realizando sus funciones de cuidado, pero el exceso de protección convertiría la relación entre padres e hijo en una situación poco adaptativa para el menor. El mismo ejemplo podríamos ponerlo en el contexto del ámbito educativo, un exceso de supervisión por parte

del profesorado no redundaría en la adquisición de autonomía por parte del alumno o alumna.

En nuestro caso, dado que estamos trabajando con alumnado con TMG -teniendo como escenario de partida la sintomatología propia de la enfermedad mental de cada alumno- partiremos de la base de que en la celda que corresponde al alumnado encontraremos fundamentalmente valores altos de factores de riesgo y valores bajos de factores protectores, por lo que en definitiva estaremos trabajando con población que presenta valores altos de desajuste adaptativo si tomamos al individuo como unidad de análisis.

Si analizamos la sintomatología del alumno/a con respecto al centro educativo como unidad de análisis, en esa interacción también podríamos encontrar desajuste adaptativo, ya que la sintomatología de un TMG –internalizante o externalizante- sería un factor limitante para que el alumno o alumna se relacione con el contexto escolar con valores altos de adaptabilidad. No obstante, en este caso sí que podemos decir que los trastornos internalizantes reúnen mejores características adaptativas para la convivencia en un centro educativo y para el trabajo en un aula, por lo que en este caso sí que podríamos encontrar mayores valores de adaptabilidad.

Es así como nos encontramos con que cada alumno o alumna podrá establecer relaciones de compensación, en cada una de las seis celdas que les mostramos, de una manera u otra. Por lo tanto, nos encontramos con seis espacios de intersección que jugarán un papel decisivo a la hora de compensar, o no, las dificultades adaptativas del menor para el trabajo educativo. En este sentido, la hipótesis de partida será que cuando sea mayor el número de espacios de intersección que presenten valores altos de adaptabilidad, el desarrollo académico del menor no cursará en abandono escolar temprano. Nos queda por cuestionar y descubrir en qué términos la presencia de mayores niveles de adaptabilidad en una u otro celda y de cómo interactúen y se compensen entre ellas permitirían que el alumnado compense los valores bajos de adaptabilidad, y por lo tanto, pueda continuar sus estudios a pesar del TMG.

2.6. Construcción de Climas Amables

Son varios los enfoques por los que podríamos optar a la hora de desarrollar lo que nosotros hemos querido definir como *climas amables*. Desarrollaremos este apartado en base a dos propuestas, una desde el campo de la psicología y otra desde el campo de la pedagogía, para ayudarnos a definir y establecer los principios relacionales y organizativos sobre los que se sustentaría una propuesta de centro educativo que facilite la convivencia y la maximización del aprendizaje en la construcción del espacio desde una perspectiva ambiental.

Para desarrollar nuestra postura desde el campo de la psicología nos serviremos de un planteamiento fundamentalmente ecológico que beberá, para la construcción de sus categorías y elementos analíticos, de la psicología ambiental.

Entenderemos que la relación que se establece entre el individuo y el contexto se establece en términos bidireccionales, a través de lo que la psicología ambiental denominará transacción (Corral et al., 2014) -veremos más adelante qué significa este término-. En este sentido deberíamos preguntarnos por cómo el ambiente satisface las necesidades humanas y cómo el individuo a su vez, manipula el ambiente para que esto suceda. Conseguir que este proceso de interacción entre el individuo y el ambiente ayude a formular contextos y espacios ambientales que resulten positivos, dependerá en gran medida del grado de sostenibilidad con el que el sistema se exprese (Zamudio-Flores, 2019). Dicho con otras palabras, un ambiente solo será positivo si consigue ser sostenible.

Por otro lado, señalaremos dos conceptos de especial relevancia:

A) Accedencia

Nos parece interesante destacar el concepto de *accedencia*. A través de este concepto podemos referirnos a la relación que se establece entre el individuo y el objeto, o entre dos individuos, de manera contextual. El significado atribuido que tendrá el objeto en cuanto a lo que se puede esperar de él desde la atribución de significados culturales. Por lo que los

significados se establecen no en el individuo ni en el objetivo, sino en función del contexto. Al objeto se le atribuirá unas características que lo definen como tal. El concepto accedencia, que viene de la interpretación del término inglés *affordability*, nos resultará de mucha utilidad para entender -y es algo que estará estrechamente ligado con el interaccionismo simbólico del que ya hemos hablado- de qué manera la unidad de análisis no será estática sino dinámica (Gibson, 2014). La accedencia también será contextual, ya que la atribución de significados estará condicionada directamente por el contexto. En función del contexto utilizaremos unos códigos u otros, por lo que en esa interacción tendremos que tener presentes en todo momento las variables condicionantes del contexto. No obstante, permitámonos cuestionar el concepto mínimamente. Consideramos que el concepto accedencia presenta excesivo estatismo. Si bien se trata de un concepto dinámico que realiza su interpretación en función de la relación dinámica entre individuo y objeto y genera significados en movimiento, también es cierto que deja fuera de la ecuación la capacidad de agencia del individuo. Es decir, el individuo como agente autónomo cosgnoscente que es capaz de tomar decisiones que van más allá de la influencia del contexto y de las características innatas. Consideramos que esta capacidad de agencia, esta capacidad de, para pese a lo condicionante del contexto y de lo que uno lleva dentro, imaginar el futuro -la neurociencia está haciendo actualmente aportaciones muy interesantes con respecto a la descripción de los procesos por los que el prefrontal se convierte en parte fundamental de la toma de decisiones (Fuster, 2018)- también estará presente y nos ayudará a entender los elementos por los que la acción se desarrolla de una manera o de otra. Desarrollaremos más adelante esta cuestión y tendremos ocasión de profundizar en conceptos como el de resiliencia y el de adaptabilidad ambiental. Creemos que de esta manera podremos darle respuesta a la duda que nos genera el concepto de accedencia.

Una vez hemos definido la importancia de entender que para que un ambiente sea ecológico tiene que ser sostenible y de que la unidad de análisis la depositaremos no en los

objetos e individuos observados sino en su interacción, definiremos el concepto de escenarios de conducta positiva. Los escenarios de conducta positiva son aquellos escenarios que facilitan el comportamiento positivo. Partirán de la premisa de que dado que la conducta ocurre en un medio, en función de cómo definamos el contexto obtendremos un resultado u otro (Romaná-Blay, 1992). Es decir, el medio predispone la conducta. Esta será una máxima que intentaremos aplicar a nuestro análisis y partiremos de esta afirmación como elemento conceptual que impregne la totalidad de nuestro trabajo.

Señalaremos algunos elementos que resultan de importantes para entender cómo se construyen los ambientes positivos. Por lo que un ambiente positivo estará condicionado por (Corral et al., 2014):

- El equilibrio del sistema en términos de sostenibilidad, entendiendo esta como la capacidad del sistema para reciclarse y reintegrar sus recursos al sistema.
- Las relaciones que no son lineales, el contexto también estará sujeto a un principio de interdependencia. Es decir, cómo se tejen las redes relacionales que generan el sistema y mantienen su tensión y estructura en términos homeostáticos. Es decir, todos los miembros de un sistema son importantes, todos cuentan y todos desempeñan un papel que le da sustentabilidad al sistema.
- La visión relacional se establecerá como principio fundamental, la necesidad de asociación como elemento central. Esta asociación puede darse tanto en términos de cooperación como de competencia. En función de las dinámicas establecidas y de cómo se compense la asociación por cooperación y asociación por competencia el sistema funcionará de una manera más o menos saludable.
- La diversidad. Todos los sistemas estarán formados por agentes diversos, por lo que en función de cómo se gestione la diversidad el contexto resultará más o menos positivo.

B) Transacciones

Finalmente desarrollaremos el concepto de transacciones, que como decíamos proviene de la psicología ambiental. Las transacciones son el intercambio dinámico en acción entre el individuo y las cosas o entre el individuo y otro individuo (Íñiguez de Onzono, 1996). Es decir, si la accedencia explica la unidad de análisis al depositar la acción en sí misma en el objeto, el término transacción se centrará en la construcción del significado entre ambas partes. Por lo tanto, una escuela, entendida como ambiente positivo, sería aquella que incluya la mejora de factores sustentables basados en el bienestar personal y la conservación ambiental. Los ambientes positivos se generan en base a la construcción de relaciones sanas entre todos los miembros de la comunidad educativa, definiendo espacios físicos con equilibrio ambiental, normativas y currículos que se basen en transacciones persona-ambiente capaces de generar positividad en el entorno. Por lo tanto, la presencia de bienestar subjetivo y de satisfacción escolar serán dos elementos fundamentales que tendremos en cuenta para nuestro acercamiento a la realidad de estudio.

Ya hemos visto algunas aportaciones que nos puede hacer la psicología ambiental para ayudarnos a construir lo que nosotros hemos definido como contextos ambles. Veamos a continuación algunos elementos que nos puedan aportar la pedagogía para empezar a dibujar los elementos conceptuales sobre los que edificaremos nuestra propuesta de trabajo.

En este sentido quisiéramos basarnos en las reflexiones y aporte del trabajo de Medina (2009). De entre los muchos y diferentes modelos, tanto para la mejora de las instituciones educativas como modelos didácticos, quisiéramos tomar algunas de las aproximaciones más significativas que entendemos podrán ayudarnos a conformar algunos de los principios sobre los que construir un modelo de escuela ideal en el que nos miraremos. Para ello nos serviremos, de entre los modelos para la mejora de las instituciones educativas desarrollados por este autor, del modelo sistémico, intercultural y modelo de mejora de la escuela. Y en

cuanto a los modelos didácticos nos serviremos del modelo socio-comunicativo y del colaborativo.

El modelo sistémico entiende la escuela en términos de cambio y crecimiento constante (Roberts & Kleiner, 2000). Desde esta visión dinámica podemos encontrar características que ayudan a definir cuatro tipos de sistemas. El sistema ideal sería aquel que pudiese reunir elementos de las cuatro. Veamos en qué consisten cada uno de ellos.

- **Sistemas abiertos:** Se caracteriza por una continua interacción y transformación. La apertura del sistema implica que se establece una estrecha relación con su medio. El eje fundamental de este sistema es la relación entre la escuela y la comunidad en la que se circunscribe en búsqueda de un desarrollo sostenible e intercultural comprometido con la transformación. El análisis se realiza en términos holísticos. El fin último de los sistemas abiertos sería alcanzar una educación integral de los estudiantes y la transformación positiva de la escuela y de la comunidad educativa en su conjunto.
- **Sistema social:** Centra su atención en las relaciones sociales. Las personas de mayor rango en las organizaciones asumen la obligación de las normas y de impulsar su dinámica y cambios. Es importante conocer los grupos formales e informales, así como sus interacciones.
- **Sistema de proceso:** Centrado en el análisis de la tendencia al cambio y la potencialidad de las modalidades de formación. Se pregunta por cuáles son las actividades y procesos de sus miembros. Asumiendo principios de la re-ingeniería de procesos, presenta una visión creadora de los procesos desde la implicación de todos los participantes. El sistema debe ser revisado continuamente y sometido a análisis. La organización necesita re-diseñar los procesos pero fundamentando las decisiones. No obstante, está abierto a la participación. Buscará nuevos caminos que optimicen las

decisiones y mejoren las prácticas comunicativas.

- **Sistemas vivos:** Basado en la complejidad de principios holísticos y la teoría del caos. El cambio depende prioritariamente del proceso de mejora y del desarrollo de los participantes, y su razón de ser es la evolución y desarrollo integral de todos los participantes. La institución escolar desde este modelo busca avanzar en el conocimiento y asentar bases de constante aprendizaje. Centrándose en las creencias, los valores, las implicaciones de los miembros y el protagonismo que asumen todos los actores. Los sistemas abiertos han de identificar las necesidades y expectativas de toda la comunidad educativa implicándose en el desarrollo de la cultura y del clima institucional.

El modelo colaborativo entenderá la escuela como un proceso complejo que aporta nuevas realidades colaborativas entre las culturas desde la complementariedad y el enriquecimiento de los diferentes grupos que la conforman desde la interacción. Este modelo plantea como necesario atender la diversidad de subculturas que conforman la escuela actual para la construcción de un clima adecuado al desarrollo de las personas y de la institución educativa. Destacaremos algunas de sus características principales:

- Establecer relaciones de colaboración y de interacción empática en la metodología de aula y de centro.
- Diversidad de formas en la resolución de problemas.
- Generar climas en el aula que incorporen las aportaciones y valores de cada cultura.
- Estimar la pluralidad de aportaciones.
- Trabajo conjunto en búsqueda del principio de interculturalidad.

La escuela actual debería caracterizarse por la invitación a la reflexión, al intercambio y a la búsqueda de nuevos sentidos que impliquen para el profesorado un cambio de actitud y un compromiso epistemológico. La interacción profesorado-alumnado ha de generarse como

núcleo de la inclusión y encuentro entre las culturas y subculturas, apoyada en el pensamiento sistémico. Esta interacción precisa del intercambio y participación de todos los agentes sociales. Por otro lado, la interacción didáctica se explicita en el aula como una relación profunda entre las personas y las subculturas. Por tanto, el modelo intercultural se fundamenta en la colaboración entre la culturas, el pensamiento holístico y la interacción didáctica constituidos en los aspectos básicos del clima de la escuela. Los estudiantes han de ser considerados actores singulares de avance, los planes de estudio tienen que ser abiertos para que generen nuevas formas de aprendizaje que respeten lo local y lo global (Cortina-Pérez y Medina, 2019).

Continuando con los modelos de mejora expondremos brevemente algunos de los aspectos del modelo de mejora de la escuela. De este modelo nos ha interesado el hecho de que su visión sea la de transformar a la institución escolar en una organización transformadora de la sociedad. Este modelo identifica los aspectos de la organización de las instituciones que inciden en el rendimiento de los estudiantes y en su desarrollo integral como seres humanos. Destacan en este modelo la importancia de la participación y colaboración de docentes, familias, comunidad, estudiantes y de la administración. No obstante, las principales características serían:

- Combinar el desarrollo y mejora de la escuela con el de los procesos de planificación.
- Gran implicación en y de la comunidad.
- Participación interna y externa.
- Claridad de metas de enseñanza y aprendizaje.
- Desarrollo profesional de los docentes.
- Liderazgo.
- Evaluación formativa y sumativa.
- Planificación que atienda a los contextos de la organización y a la dimensión social.

Pasemos ahora los modelos didácticos. Para entender el modelo socio-comunicativo parece pertinente hacer una breve mención a algunos principios básicos de la teoría de la comunicación. Encontramos así algunos elementos que podrían ayudarnos a entenderla (Bateson & Ruesch, 1951):

- La imposibilidad de no comunicar. Siempre se está comunicando algo, es imposible la no comunicación. Si aplicamos este principio a la relación didáctica que se produce en el aula entre profesor/a y alumno/a, la influencia entre ambos no sería unidireccional, maestro-alumno, sino que sería bidireccional. Ambos elementos estarían afectados mutuamente en el proceso de aprendizaje. De lo contrario, uno no podría enseñar y el otro no podría aprender.
- Tipos de lenguajes. También nos encontraremos con dos tipos de lenguaje: Digital, que se transmitiría a través de símbolos lingüísticos o escritos y sería el vehículo del contenido de la comunicación. Y analógico, que vendría determinado por la conducta no verbal (tono de voz, gestos, etc...) y sería el vehículo de la relación en la comunicación. Por otro lado, ese lenguaje analógico nos permitirá pensar y buscar formas de generación de contextos amables que incidan en la parte subjetiva del participante y le permitan relacionarse con su entorno, en nuestro caso la escuela, de una manera relajada y vivenciada positivamente.
- El contenido. Toda información tiene un contenido, es decir, en la comunicación estarán presentes los mensajes explícitos y los menos explícitos. La semántica del significante, que diría Saussure. Se estaría comunicando mucho más de lo que conscientemente se pretendería. No solo se transmitirían contenidos o disciplinas, sino valores, creencias, formas de ver la vida, etc....A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y nuestra relación con el otro, lo cual implicaría un compromiso tanto para el que manda un mensaje como para el que lo

recibe, con una mayor o menor cantidad de elementos de aceptación o descalificación. Todos hemos oído hablar del currículo oculto. Deberíamos ser conscientes de que cuando comunicamos o enseñamos, lanzamos mensajes que van más allá de la intención directa.

En cuanto al modelo colaborativo, encontramos que se trata de un modelo que se sustenta en el trabajo en equipo y un clima de empatía y cooperación. Se puede observar en él el uso del liderazgo basado en la participación. Este modelo entenderá el aula como una comunidad de aprendizaje. Tiene un sentido holístico e integrador y desarrolla la idea de que esa comunidad de aprendizaje se da en el marco de un modelo de colaboración entre los estudiantes y el profesorado en la que todos los participantes se sienten miembros activos de un proyecto común. Tendrá en cuenta la creación de una cultura de la diversidad, intelectual, afectiva y socio-laboral. Las decisiones didácticas han de basarse en:

- Redefinir y actualizar el sentido de las competencias discentes y docentes.
- Seleccionar tareas, situaciones problemáticas y realidades provocadoras.
- Estructurar los saberes con un significado integrado y transdisciplinar.
- Generar métodos que inspiren a los estudiantes un proyecto global y compartido.
- Vivenciar las actividades y los medios compartiendo y haciéndola extensible a toda la comunidad educativa.
- Organizar el aula como un escenario de flexibilidad de agrupamiento de los estudiantes.
- Utilización creativa de los espacios.
- El uso de procesos de co-evaluación.

Este modelo se sustenta en un escenario de aula y de vida en convivencia constante entre docente y estudiante con aprovechamiento del ecosistema, impulsando hacia una acción didáctica compartida.

En resumen, e intentando sintetizar lo expuesto hasta el momento en este apartado, entendemos que la escuela tiene que basarse en principios de ecología ambiental en términos de sustentabilidad. Para ello el individuo y el entorno se relacionarán dialécticamente, y en esa compleja interdependencia que se establece, intervendrán procesos psicológicos y sociales que reflejan esta interacción sujeto-contexto y regulan la conducta del individuo en relación a éste. Es decir, el individuo desarrollará más o menos adaptabilidad. Si queremos que los centros educativos se conviertan en contextos más amables entendemos que en ese proceso de interacción el elemento *afectivo* representa un papel decisivo y fundamental. Nos parece interesante resaltar la importancia de los *procesos afectivos*, ya que entendemos que éstos, de manera primordial, se encargan de significar cómo influye el espacio físico sobre nuestro alumnado y también sobre nosotros como profesores y profesoras. En definitiva, qué significados le atribuimos, volviendo al interaccionismo simbólico.

Es así como consideramos fundamental valorar el hecho de que las personas intercambiamos constantemente información *con* y *en* el medio en el que nos desenvolvemos, y cargamos a éste de un significado personal, que depende en gran medida de la relación existente entre la información del propio contexto, los contenidos afectivos, motivacionales, las necesidades de las personas, su capacidad de agencia y su adaptabilidad. Este aspecto influye notablemente en la regulación y orientación de cada miembro de la comunidad educativa hacia los diferentes objetos y condiciones que se dirigen hacia la búsqueda de una mejora del clima del centro educativo. Es decir, hacia eso que hemos querido denominar *generación de climas amables*.

Desde una perspectiva organizativa, la manera en la que se vivencia el espacio y en cómo se construyan los ambientes, se convierte en el punto de partida para la transformación del entorno, ya que representa la unidad indivisible de las características personales y las características ambientales. Por lo cual, la influencia del entorno sobre el individuo va a

depender, no sólo de la naturaleza de la situación, sino también de la manera en que éste la percibe y la vivencia.

Una parte considerable del desempeño diario del profesorado depende de la capacidad para percibir adecuadamente los diferentes elementos y vivencias personales que conforman el medio en el cual nos desenvolvemos. Nuestras percepciones del contexto condicionan las actitudes, sensibilidades, e influyen considerablemente en la orientación y regulación de nuestras acciones hacia el entorno. Es decir, que si conseguimos generar espacios de aprendizaje en los que nuestros alumnos y alumnas se sientan significados y puedan valorar como propios, estaremos consiguiendo que el individuo perciba y vivencie su experiencia de manera positiva. Será esa positividad la que devuelva al entorno a través de un feedback que regule en términos positivos las relaciones entre profesorado, alumnos, alumnas y centro educativo.

Los centros educativos tiene que ser capaces de implementar, desde un ejercicio práctico que dé respuesta a esa diversidad que conforman las aulas, propuestas didácticas y organizativas que cubran las necesidades académicas y afectivas de todos los alumnos y alumnas, así como incluir en lugar de integrar, a las diferentes subculturas o sensibilidades que conforman nuestra realidad.

2.7. Adaptabilidad Psicológica

Para hablar de adaptabilidad psicológica nos parece oportuno empezar haciéndolo por un concepto que debido al uso corre el riesgo de desvirtuarse, nos estamos refiriendo a resiliencia. Adaptabilidad psicológica no es lo mismo que resiliencia –tendremos ocasión de aclarar la diferencia entre estos dos conceptos al final de este apartado-. En cualquier caso, cuando hablamos de resiliencia nos estamos refiriendo a la capacidad del individuo para mostrarse resistente a los estresores. En este sentido Friedman y Chase-Lansdale (2002) plantean tres características que distinguen a los niños vulnerables de los resistentes a los

estresores. Es así como, para hablar de resiliencia, la presencia de uno o más de estos factores protectores se asociaría con mejores resultados en niños y adolescentes en contextos de riesgo:

- El temperamento, habilidades cognitivas y auto-concepto. A este grupo lo denominarán Atributos Disposicionales.
- La calidez, cercanía y cohesión dentro del contexto familiar.
- Los apoyos externos a la familia.

Establecer relaciones afectuosas sanas con un miembro adulto organizado de la familia o próximo en su red relacional, que tenga rutinas y expectativas claras se convierte en un amortiguador muy importante a pesar de la presencia de otras características familiares negativas. Que la familia disponga de apoyos externos y de una red amplia son elementos que parecen ayudar a proteger a niños de ambientes difíciles.

Es así como en la realidad de cualquier niño o adolescente podremos encontrar tanto elementos salutogénicos –proveedores de salud- como elementos patogénicos –proveedores de enfermedad-. El elemento que marcará la diferencia para que un alumno o alumna con TMG pueda o no terminar sus estudios académicos y estructurar su vida como adulto será tanto la presencia de mayor número de elementos salutogénicos y menor número de elementos patogénicos como la interacción que se establezca entre ambos polos. Ya que, y de esta manera ya vamos adelantándoles parte de nuestras inferencias, existirán determinados elementos salutogénicos o factores protectores, que por si mismos tengan la fuerza suficiente como para contrarrestar la presencia de un mayor número de elementos patogénicos, y que pese a todo sean capaces de cambiar la trayectoria futura del desarrollo como adulto del menor. Cuando sucede esto, un cambio de trayectoria que se escapa a todo entendimiento propio de una lectura superficial y poco profunda de la situación del menor, es cuando podemos hablar de resiliencia. Es así como podemos decir que la resiliencia es la consecuencia de un proceso de adaptabilidad del menor hacia los factores de riesgos o

elementos patógenos que definen la realidad del menor.

En este sentido cabe preguntarse qué es lo que condiciona este proceso adaptativo, qué lo estimula. Por lo tanto, qué define que un alumno con TMG sea resiliente y pese a la presencia de la enfermedad mental en su vida sea capaz de terminar sus estudios. Dicho de otra manera, ¿qué factores de protección ayudan a que este menor sea resiliente? Como venimos diciendo en este apartado, para entender el contexto y la realidad del menor, resulta fundamental delimitar claramente el funcionamiento tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores. La resiliencia, por tanto, podremos entenderla como el producto de la experiencia, del contexto así como de los factores biológicos.

En este sentido tenemos que indicar que los factores de riesgo y de protección actúan como tal en función del individuo y de su interacción con el medio. Es así como podemos encontrar que algunos factores de protección podrían actuar como factores de riesgo en según qué persona o circunstancia relacional. Por ejemplo, la supervisión parental resulta un factor de protección pero también puede convertirse en un factor de riesgo, ya que un exceso de supervisión parental puede cursar como patogénica. Esto, en gran medida estará condicionado por el contexto. Por lo que, volvemos a insistir, los factores de riesgo y de protección tendrán que ser interpretados en función de la interacción del individuo con el contexto. Es así como habrá que establecer y delimitar bien el contexto en el que algunas condiciones funcionan como factores de riesgo y en otras ocasiones funcionan como factores de protección.

La comprensión del contexto nos permitirá entender los elementos que ayudan a definir el curso vital de un menor. En este sentido, la confrontación con los riesgos añadidos por la enfermedad mental que van más allá de los implícitos en la vida, puede desarrollarse de muchas maneras. No obstante, una persona resiliente será aquella persona que ha podido, le han permitido o potenciado, y/o se ha permitido ella misma experimentar y sentirse autoeficaz. La autoeficacia es necesaria y fundamental para enfrentarse y superar los riesgos y

dificultades. Si combinamos la autoeficacia con la posesión de capacidades y tendencias positivas “los mismos que con la presencia de factores de apoyo social, la adversidad de los entornos negativos pueden producir resiliencia” (Corral et al., 2014, p. 73).

En cualquier caso, consideramos que el término resiliencia corre el riesgo de construirse en términos esencialistas, por lo que nos permitiremos cuestionarlo como tal. Consideramos que esta visión estática del concepto quita dinamismo y posibilidades de que pueda construirse en términos causales. Es decir, cuando hablamos de resiliencia podemos caer en la tentación de olvidar que la resiliencia es una consecuencia que se explica y adquiere significación en las causas contextuales y en los factores protectores salutógenos que rodean al menor, al estudiante. No es una condición esencial de la persona. Dicho de otra manera, no se es resiliente, la resiliencia se construye. Y se construirá en base a factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre estos factores psicológicos encontraremos algunos factores que ayudan a definir a la persona que en interacción con el resto de factores biológicos y sociales contribuirán a que la persona sea más o menos resiliente. Por lo tanto la resiliencia no es un factor de protección, ni un rasgo interno de la persona, sino una respuesta determinada por una serie de factores protectores (Naglieri et al., 2013).

Por ese motivo, consideramos que resulta de mayor pertinencia hablar de adaptabilidad psicológica, ya que de esta manera planteamos una visión dinámica del término que no alude necesariamente a las características individuales de la persona, sino a la interacción de la persona con el contexto. Será esta interacción la que conforme el proceso de adaptabilidad psicológica (Mamani-Ruiz, 2017).

Terminaremos este apartado insistiendo en la importancia que la red relacional del menor tiene para su desarrollo saludable, de contar con personas cercanas en su entorno que se constituyan como referencias positivas y sólidas sobre las que construir y construirse. Coincidiendo con los ya citados Friedman y Chase-Lansdale (2002) afirmaremos que solo

teniendo un sitio firme donde apoyarse puede uno tomar el impulso necesario que le permita seguir andando, por lo que la presencia de figuras de referencia claves en la historia vital de cualquier adolescente en situación de vulnerabilidad, de personas que crean en ellos y ellas y les posibiliten tener oportunidades de desarrollo que sean respetuosas con su diferencia, se constituirá como una de las piezas fundamentales que permitirán a este adolescente definirse en términos de mayor adaptabilidad psicológica frente a las adversidades inherentes a su problemática.

2.8. Trastorno Mental y Ámbito Familiar

Los estilos parentales de crianza y relación con los hijos, y sobre todo cómo son percibidos por los hijos, interaccionan fuertemente con la autoestima y la sintomatología clínica (Rosa-Alcazar et al., 2014). Estas autoras realizaron un estudio en el que seleccionaron una muestra de 935 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Analizaron la existencia de diferencias en síntomas psicopatológicos, autoestima y estilos parentales percibidos en función de las variables sexo, edad y tipo de hogar. Entre otras conclusiones pudieron observar que aparecía menor puntuación en sintomatología psicopatológica en aquellos casos que habían recibido mayor afecto, habían tenido mayor control conductual y mayor revelación y humor. Mientras que aquellos casos que habían recibido mayor control psicológico por parte de los padres puntuaban más alto en sintomatología psicopatológica.

Artigue y Tizón manifiestan que “el vehículo transmisor de la influencia ambiental es la familia” (Artigue & Tizón, 2014, p. 339). Por nuestra parte consideramos que la comunicación positiva y las relaciones afectuosas con los padres son elementos fundamentales en el ajuste emocional del adolescente y contribuyen a su crecimiento positivo y sano. El estilo educativo de los padres y los cuidados que un niño/a recibe en su infancia influyen decisivamente en el desarrollo de un trastorno mental, tanto en la infancia como en la

adolescencia, así como de su cronificación en la adultez (Oliva et al., 2007).

Algunos estudios señalan relación entre la disrupción de inicio temprano representada en conductas de criminalidad, agresión, absentismo escolar, bajo rendimiento escolar y riesgo acumulativo de mal funcionamiento prosocial con padres que tienen trastorno mental previo (Roetman et al., 2018). Por otro lado, estos autores, vieron que también correlacionaba con madres con trastorno mental las conductas de incumplimiento de reglas y absentismo escolar. Una de las conclusiones principales que presentan es que el trastorno mental parental sitúa al menor en riesgo de obtener resultados negativos en la adolescencia. Por otro lado, el trastorno mental paterno se convierte en mejor predictor que el materno a la hora de estimar, en términos potenciales, el futuro funcionamiento prosocial del menor (Gútiez et al., 2011). Por lo que sugieren que la intervención con la figura paterna debería recibir mayor atención.

Si bien todo parece indicar, y así lo sugiere la literatura científica que hasta el momento les hemos mostrado, que los estilos parentales de crianza tienen un papel fundamental tanto en la aparición del trastorno mental como en los términos en los que este se desarrolle, cabe preguntarse por cuáles son los factores de riesgo que condicionan el crecimiento sano del menor dentro del ámbito familiar. En este sentido O'Brien et al. (2006) desde la Universidad de California realizaron un estudio en el que relacionaron cómo algunos factores familiares como el manejo de la crítica, el control emocional y el nivel de calidez y positividad relacional de los padres se convierten en predictores de aquellos individuos que están en riesgo de cursar una psicosis. Pudieron comprobar con su intervención que cuatro quintos de la muestra mostraron mejor funcionamiento y mejoría en conductas prosociales en el punto de evaluación de tres meses la intervención cuando la participación familiar era positiva.

En esta misma línea de estudios Lyke & Matsen (2013) desde la Universidad de Stockton en New Jersey señalan algunos factores disfuncionales en la familia que estarían

presentes en los trastornos alimentarios en mujeres adultas jóvenes, a saber: resolución de problemas entendido como la capacidad de la familia para resolver problemas en términos funcionales; la comunicación entendido como intercambio de información sano entre los miembros de la unidad familiar; claridad en los roles familiares; la capacidad de respuesta afectiva; la participación afectiva en la valoración, participación y preocupación por los demás miembros de la familia; el control conductual; y el funcionamiento general. Según los autores, la capacidad de respuesta afectiva poco saludable predice estados de insatisfacción, de ansiedad y el funcionamiento poco saludable. En sus conclusiones señalan la importancia de las relaciones afectivas sanas y el funcionamiento relacional sano en la familia como factor protector ante el riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación.

Thompson et al. (2007) desde la Silver School of Social Work de New York plantearon que los niños y niñas que estaban viviendo en la red de protección estatal y por lo tanto no vivían con sus familias, o estaban potencialmente en condición de hacerlo por estar en situación de riesgo social, son más propensos a tener problemas de salud mental. En este sentido, pudieron observar cómo el mal funcionamiento familiar, el poco apoyo social o la escasez de redes sociales y la angustia psicológica de los cuidadores se convirtieron en predictores de las necesidades de salud mental de los niños estudiados. Por otro lado, también pudieron observar que las familias vulnerables con peores recursos, tanto emocionales como económicos, para el cuidado de sus hijos son menos propensas a establecer cuidados adecuados cuando sus hijos tienen problemas de salud mental. Por lo que esta investigación plantea dos elementos fundamentales para nosotros y la contextualización del concepto gravedad en el marco del trastorno mental. Esta investigación señala cómo la familia tiene un papel fundamental tanto en la génesis del trastorno como en el cuidado del mismo. Por lo que de cómo se desarrolla el apoyo familiar una vez aparecido el trastorno mental, se establecerá un marco u otro en el que la enfermedad cursará de manera distinta. La familia pues, será un

factor protector o un factor de riesgo para el alumnado que se encuentre en situación de TMG.

En este sentido Reinherz et al. (2008) desde la Simmons University de Boston, examinaron si algunos factores protectores promotores de salud en la familia como sentirse valorado en la familia, la cohesión familiar y el apoyo social de la familia analizados en una muestra de adolescentes situados en la categoría de adolescencia media -15 años de edad- predecían el funcionamiento adaptativo en al adolescencia tardía -18 años de edad-. Marcarán estos tres factores como elementos fundamentales a la hora de definir una familia saludable, siendo estos elementos los que les ayudarán a definir el modelo relacional de las familias analizadas. Las variables dependientes que midieron fueron el funcionamiento académico, el estado de salud mental, los comportamientos suicidas y el funcionamiento social, psicológico y conductual. Estas variables analizadas reflejan áreas del funcionamiento global del adolescente que pueden seguir teniendo un impacto en su desarrollo personal más allá de la adolescencia hasta la adultez, como el abandono escolar y los trastornos mentales. En sus conclusiones observaron que sentirse valorado en la familia influye fundamentalmente de manera positiva en el funcionamiento social, psicológico y conductual, como el aumento de la autoestima y la disminución de problemas interpersonales. Esta influencia pudieron observarla tanto en trastornos internalizantes como en trastornos externalizantes. Con respecto a la cohesión familiar, observaron que promueve el rendimiento académico y también contribuye a reducir la aparición de problemas de salud mental, fundamentalmente externalizantes. Con los trastornos internalizantes no observaron niveles altos de correlación. Por último, con respecto al apoyo social de la familia sus datos sugieren que influye de manera muy directa en el rendimiento académico y en el consumo de alcohol y otras drogas. Por lo tanto, el ambiente familiar positivo en la adolescencia estaría relacionado tanto con resultados adaptativos como con una menor probabilidad de cursar en dificultades graves como el trastorno mental y los problemas conductuales. Es así como los patrones relacionales

de la familia convierten a esta en un contexto social que jugaría un papel decisivo como factor protector en el desarrollo sano del adolescente. Por lo que, según los resultados obtenidos por estos autores junto a las conclusiones que podamos encontrar en otras publicaciones (Paradis et al., 2011), la promoción de las relaciones familiares positivas en la adolescencia como periodo evolutivo podría ayudar a aumentar la probabilidad de un funcionamiento positivo del adolescente.

Y es que el contexto familiar como uno de los principales contextos de socialización del menor –junto al ámbito escolar- (Gútiérrez et al., 2011; Morrison et al., 2018) se convierte en un agente fundamental a la hora de entender los elementos contextuales que definen y posibilitan que el menor con TMG tenga mayores niveles de adaptabilidad y por tanto pueda transitar, pese a las dificultades intrínsecas de su enfermedad, hacia la adultez con mejores opciones y niveles de autonomía personal.

2.9. Niveles Preventivos

2.9.1. Prevención Universal y Diagnóstico

La relación entre los primeros síntomas de la enfermedad y el inicio del tratamiento es directa, por lo que en la medida que la detección del trastorno mental grave y la intervención se retrasen el pronóstico empeorará (Esch et al., 2014). Las consecuencias disruptivas en las redes sociales, familiares, relación con iguales y por supuesto también en el ámbito educativo pueden ser muy negativas. En definitiva, cuanto antes se intervenga, mejor será el pronóstico.

Si nos fijamos en las tasas de sintomatología afectivo-comportamental señaladas anteriormente, podremos observar que muestran una realidad muy concreta, hablan de la necesidad de prevenir para evitar el riesgo de que la sintomatología curse a enfermedad. Así pues, evidenciamos dos necesidades, la de detectar precozmente junto al papel que la escuela puede jugar en ese sentido y la de la atención a alumnado con problemas de salud mental en los institutos de educación secundaria. En este sentido ya podríamos ir avanzando en las

preguntas, ¿qué atención recibe en la escuela este alumnado?, ¿se ajusta a sus necesidades?, ¿se conoce su especificidad o no están detectados? La detección precoz, siendo una herramienta fundamental en términos preventivos, presenta enormes dificultades para que pueda desarrollarse en su máxima extensión pese a que una intervención temprana en la infancia y en la adolescencia sería de gran utilidad (Yung & McGorry, 1996).

En este sentido Thomson et al. (2017) realizaron un estudio con el que pretendieron identificar los perfiles de funcionamiento socioemocional –entendiendo en términos de competencia social, y sintomatología internalizante y externalizante¹¹- en niños y niñas de escuelas infantiles para observar en qué medida estos perfiles se relacionaban con problemas de salud mental de inicio temprano, es decir, entre los 6 y los 14 años de edad. Se trata de un estudio longitudinal realizado con una muestra de 34552 niños y niñas en Canadá desde su nacimiento hasta los 14 años de edad. En sus resultados identificaron seis perfiles de funcionamiento socioemocional a la llegada de los niños y niñas a la escuela infantil con un 41.6% de alumnado se mostraba vulnerable a sintomatología de tipo internalizante o externalizante. En la misma línea a de trabajo Green et al. (2018) concluyen que los patrones de vulnerabilidad o factores de riesgo se asocian a que el trastorno mental se haga realidad en la infancia y/o primera adolescencia, por lo que los factores de riesgo se convierten en buenos predictores que facilitan una información muy valiosa en términos preventivos. En su estudio obtienen que el trastorno mental temprano en niños y niñas de entre 6 y 13 años se incrementa aproximadamente tres veces en los aquellos niños/as que presentan perfiles de riesgo generalizado o riesgo de mala conducta a la edad de 5 años y aproximadamente siete veces en los niños y niñas con necesidades especiales.

Es así como podemos observar que retrasar la detección de la enfermedad o de cuadros sub-clínicos tiene una relación directa con una presencia de mayor sintomatología en la edad

¹¹ Consultar apartado Trastornos internalizantes y externalizantes.

adulta y un peor pronóstico del desarrollo de la enfermedad, por lo que prevenir en términos de salud mental a nivel clínico y subclínico se convierte en un campo de trabajo central para los profesionales de la salud mental (Ortuño-Sierra et al., 2016). Entendemos que esta apreciación podría tener una gran repercusión en otros ámbitos de la vida del menor con trastorno mental, entre ellos el ámbito educativo. Es así como dentro del ámbito educativo la sensación de los profesionales docentes es que cada vez es mayor el número de menores en sus aulas con problemas de salud mental. La enfermedad mental se convierte así en una de las pocas enfermedades que los sistemas de salud no consiguen que disminuya su prevalencia, y lejos de disminuir –como indican los autores citados- aumenta. Por lo que la priorización de prácticas preventivas universales en detrimento de selectivas o indicadas no solo se convierten en una prioridad ante una realidad determinada sino que también se están convirtiendo en una línea de trabajo emergente dentro de la orientación educativa (WHO, 2017).

Las dificultades de acceso a la atención en la red de salud mental impide que en muchas ocasiones los menores puedan acceder a intervenciones preventivas pese a que se sabe que la prevención es, a la postre, más eficaz para disminuir la sintomatología depresiva en menores (Hoagwood & Johnson, 2003; Mckeivitt, 2012). En este sentido no es de extrañar que se puede observar una intención creciente a entender los centros educativos como espacios desde los que trabajar a nivel preventivo los problemas de salud mental (Delaney et al., 2018). ¿Por qué planteamos este escenario? Consideramos que el contexto escolar, el ámbito educativo se convierte en un escenario privilegiado para trabajar preventivamente la salud mental en jóvenes y adolescentes, ya que en ese contexto es donde se manifestarán gran parte de las dificultades que se deriven de la sintomatología que pueda tener el menor. Por lo que tanto desde la detección precoz, como desde la intervención preventiva –universal, selectiva e indicada- el ámbito escolar es un marco excelente para el desarrollo de prácticas educativas concretas y especializadas que redunden en la salud mental de nuestro alumnado

(Lereya et al., 2019). En la combinación del ámbito escolar y sanitario “se pueden iniciar estrategias preventivas, específicas e inespecíficas, para los trastornos mentales más frecuentes” (Artigue & Tizón, 2014, p. 342).

En el marco de prácticas educativas preventivas encontramos una triple clasificación. Es así como la prevención Universal será aquella que esté dirigida a toda la población escolar, tenga o no tenga enfermedad, tengan o no tenga sintomatología clínica o subclínica (Vázquez et al., 2018) . La prevención selectiva está dirigida a aquel alumnado con riesgo específico de presentar sintomatología –en este sentido tendríamos que hablar de factores de riesgo, elemento que ya hemos desarrollado previamente- y la prevención indicada estará dirigida a aquel alumnado que presente sintomatología clínica o subclínica.

Evidentemente el tipo de intervención y los objetivos a desarrollar en cada uno de estos niveles preventivos serán diferentes. Desde el punto de vista de la prevención universal estableceremos la sensibilización ante el trastorno mental, la información sobre la enfermedad mental, la adopción de prácticas que redunden en la salud mental del individuo desde el refuerzo de los factores de protección y la detección de sintomatología en alumnado que presente factores de riesgo ante la enfermedad como elementos de trabajo sobre los que articular prácticas educativas preventivas.

En este sentido para algunos autores, el papel de la escuela debería ser el de prevenir, diagnosticar y abordar los problemas de salud mental que puedan tener sus alumnos/as (Asiel et al., 2013). Estos autores señalan cómo los síntomas prodómicos del trastorno mental grave suelen comenzar en la adolescencia, por lo que su detección precoz podría disminuir el impacto de la enfermedad en el desarrollo vital del menor. En este sentido, la relación entre institutos de educación secundaria y centros de salud mental se convierte en un puente fundamental para detectar tempranamente casos de trastorno mental así como de estados mentales de alto riesgo. Encontraron que el estigma social, individual y familiar que va

asociado a la enfermedad se convierte en un elemento que dificulta estrategias de intervención. Por este motivo, resulta importante insistir y señalar el valor de la prevención universal como elemento fundamental en la construcción de climas amables que generen espacios de trabajo adecuados para el resto de niveles preventivos.

Señalado el valor del contexto escolar para detectar casos de riesgo de trastorno mental insistiremos en que el ámbito educativo se convierte en un espacio excepcional por su connotación de ámbito natural. Este elemento podría ayudar tanto al diagnóstico en una relación estrecha entre profesionales de la educación y de la salud mental, como en la utilización de prácticas preventivas y no tanto paliativas. En cualquier caso, esta visión amplia de la escuela plantea la necesidad de dar respuestas educativas adaptadas a las necesidades de esta población para poder trabajar desde elementos conceptuales como son los de atención a la diversidad e inclusión.

2.9.2. Prevención Selectiva e Indicada

El abordaje de la salud mental versus enfermedad mental en el ámbito educativo se convierte en un espacio complejo y problemático de trabajo para el docente. Complejo porque a priori es algo de lo que el profesor/a se siente alejado. Los motivos pueden ser, y veremos a lo largo de este documento, muchos y variados. Pero lo cierto es que pese a su complejidad el alumnado con enfermedad mental está y estará sentado en nuestras aulas. Mirar hacia otro lado no resulta de ayuda para nadie, ni docentes ni discentes. Es así como un primer abordaje tendría que desarrollarse en términos preventivos –ya indicado en el apartado precedente-, y dentro del enfoque preventivo nos encontraremos con tres niveles de intervención.

La prevención universal es un tema que ya hemos abordado, por lo que no profundizaremos en ello. En cuanto a la prevención selectiva e indicada, se trata de un término que inició su recorrido a mediados de los años noventa introducido por Gordon (Gordon, 1983). Este concepto definía los niveles preventivos desde una visión de riesgos y

beneficios, rompiendo con la clásica división médica de prevención primaria, secundaria y terciaria. Es así como la prevención selectiva sería aquella que se dirige a aquella parte de la población en el que el riesgo es mayor que en la media poblacional. Dicho de otra forma, en nuestro caso, aquellos alumnos y alumnas que presentan algunos factores de riesgo. Por lo tanto, la prevención selectiva iría destinada a aquella población que manifiesta mayor vulnerabilidad ante algún agente externo, por las características del propio individuo o por factores contextuales. Se trataría de aquel grupo del alumnado a los que el trabajo de prevención universal no ha sido capaz de realizar su función preventiva. Por otro lado, se trataría también de intentar prevenir el paso de una situación de riesgo a un escenario de conflicto, donde ya no hablaríamos de prevención selectiva sino de prevención indicada. Esta etapa preventiva requiere de un mayor nivel de preparación por parte de los profesionales encargados de su implementación, por lo que sería conveniente la colaboración de profesionales especializados en la temática a trabajar (Vázquez et al., 2018), en nuestro caso el trastorno mental.

Los programas preventivos centrados en el nivel selectivo suelen focalizar su atención en el trabajo de las habilidades sociales. Los elementos que suelen conformar este tipo de intervención preventiva están dirigidos hacia el fortalecimiento de habilidades relacionales básica (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2003):

- Gestión de la presión social.
- Enfrentarse a situaciones conflicto y situaciones problema.
- Estilo relacional, adecuación al contexto.

La prevención indicada estaría dirigida hacia los factores específicos de vulnerabilidad que pueda presentar el individuo el alumno/a. Es así, que si la prevención selectiva está fundamentalmente pensada para la intervención con los grupos en su contexto, la prevención indicada hace referencia a los riesgos, no ya en potencia sino en acto, que el individuo

presenta (Burkhart & Helmer, 2019). Por lo que centrará su mirada en aquellos elementos más vulnerables que el individuo manifieste. La intervención sería, por lo tanto, individualizada y centrada en la problemática del menor.

Con respecto a la realidad del trastorno mental en los centros educativos, parece haber cierto consenso en la necesidad de atender desde la escuela las necesidades emocionales del alumnado (Asiel et al., 2013), ya que su estabilidad emocional será el caldo de cultivo sobre el que generar contextos amables de trabajo. En este sentido, articular programas preventivos con una visión universal -desde donde alcanzar a toda la comunidad educativa con una mirada preventiva y sensibilizadora-, selectiva -incidiendo en los factores de vulnerabilidad que el colectivo presente-, e indicada -atendiendo las necesidades específicas de cada alumno/a- se convierte en un modelo interesante desde donde trabajar la gestión de las emociones y las relaciones en los centros educativos. Es en el encuentro emocional y relacional donde se construye comunidad, por lo que los centros educativos tienen que ser capaces de conseguir que su alumnado vivencie su colegio o instituto con la mayor positividad posible. Tienen que conseguir que el alumnado pueda atribuir significados positivos a su vivencia del espacio, independientemente de cuáles sean sus circunstancias y condicionantes.

En este sentido, algunos estudios profundizan en la idea de que la recuperación de enfermedades mentales como la esquizofrenia estaría vinculado al bienestar afectivo del paciente. Es decir, el bienestar subjetivo que el paciente consiga establecer en base a su enfermedad y el contexto que le rodea. La percepción positiva del contexto posibilita que la persona escenifique el trastorno a través de acciones constructivas, por lo que el bienestar afectivo se convierte no solo en una manera de vivenciar la enfermedad sino en un potenciador de la recuperación de la esquizofrenia (Morgades-Bamba et al., 2019).

2.10. Salud Mental y Ámbito Educativo

El impacto del trastorno mental en el logro educativo de un estudiante se convierte en un importante factor que determina las posibilidades de desarrollo del futuro adulto, especialmente cuando hablamos de trastornos mentales que comienzan en la infancia o la adolescencia, ya que estos pueden aumentar el riesgo de un abandono escolar temprano (Morgades-Bamba et al., 2019). La salud mental infantil y juvenil se ha convertido en un tema que, cada vez más, genera preocupación en el contexto de las instituciones públicas (Hidalgo et al., 2014). Gran parte de las enfermedades de la población adulta tienen su comienzo en la infancia y en la adolescencia. Por otro lado, su diagnóstico en la infancia y la adolescencia resulta ser un ejercicio muy complejo, por lo que es frecuente que no sean bien diagnosticadas hasta la edad adulta.

La ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y supone un coste muy alto para las familias y una carga para la sociedad” (Muñoz, 2013, p. 226).

Este es el motivo por el que resulta tan importante disminuir la repercusión que la enfermedad mental tiene en la trayectoria educativa de un alumno o alumna. En este sentido la Pedagogía Hospitalaria juega un rol compensador, ya que la Pedagogía Hospitalaria:

está más allá de las ciencias de la educación, allí donde la reclaman la dignidad y la solidaridad con el niño hospitalizado. Se centra en prevenir y evitar la exclusión de los niños y adolescentes en edad escolar ingresados en el hospital en relación con el proceso educativo (Gutierrez & Muñoz, 2013, p. 128).

Tendremos ocasión de profundizar en este tema más adelante. No obstante, el trastorno mental como categoría analítica ha recibido poca atención desde el ámbito de la educación. Es fácil encontrar publicaciones que profundicen en una patología concreta, pero

no lo es tanto encontrar publicaciones que profundicen en el trastorno mental como unidad de análisis. En este sentido, en la medida en la que en el estado español se fue desarrollando como sociedad y definiendo una red de atención pública en elementos centrales del sistema social como son la salud pública y la educación, se pasó de un modelo educativo que centraba su mirada fundamentalmente en los contenidos curriculares a un modelo educativo –como ya hemos explicado anteriormente- que pretendía ser más inclusivo. Las múltiples leyes educativas que hemos tenido a lo largo de los años fueron prestando atención a colectivos de alumnado de aquello que vino a llamarse Atención a la Diversidad. No obstante, el campo de la salud mental –o el de su corolario el trastorno mental- no ha sido un ámbito que haya captado la atención de las diferentes leyes que han regulado los diferentes sistemas educativos que nos han acompañado durante todo este periplo.

La Substance Abuse and Mental Health Services Administration en coordinación con el Center for Medicaid and CHIP Services (McCance-Kart & Lynch, 2019) publicaron una guía para centros educativos en la que ponen de relieve la importancia que la escuela tiene, ya que para ellos puede jugar un rol decisivo a la hora de identificar a niños y adolescentes con problemas de salud mental y servir como enganche con otros recursos especializados para que puedan ser atendidos correctamente. En definitiva, ponen de relieve la importancia que tiene que la intervención clínica se produzca cuanto antes, por lo que es fundamental que la detección se realice tempranamente. En esta guía, se señala cómo la intervención temprana en escuelas que centren su mirada en el trabajo de la salud mental se asocia a mayores niveles de permanencia en la escuela del alumnado, se reduce la intervención a grupo de alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales, se producen menos sanciones disciplinarias, aumentan los niveles de compromiso con la escuela y se elevan las tasas de graduados. Algunos autores (Franklin et al., 2017, 2012) afirman que la escuela se convierte en un contexto adecuado para que puedan trabajar los servicios de salud mental. Estos autores

señalan cómo trabajar sobre programas educativos que se centren en la mejora de las emociones y problemas de conducta también ayuda a mejorar los resultados académicos. Para este grupo de autores los centros educativos deberían ser utilizados también por profesionales de otros sectores como la salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, consejeros...). Este tipo de dinámicas educativas abre un campo de trabajo que redundaría también en la formación del profesorado, por lo que desde esta perspectiva el profesorado también debería formarse e involucrarse en el trabajo de salud mental dentro del contexto escolar como actores activos, tanto en la prevención como en el tratamiento.

La relación entre los servicios de salud mental y la escuela podría establecerse a través de un continuum en el que las responsabilidades estuviesen compartidas entre los profesionales de salud mental y los profesionales del campo de la educación (Fazel et al., 2014), ya que de esta manera mejorarían tanto la atención que brindan los servicios de salud mental como la de los equipos educativos. La intervención de salud mental en el ámbito educativo podría ayudar no solo a la mejora del alumnado que presenta “morbilidad psiquiátrica significativamente clínica, con énfasis en el beneficio potencial de la intervención universal” (Fazel et al., 2014, p. 377). Es decir, el uso de prácticas educativas que centren su mirada en la atención al alumnado con dificultades de salud mental beneficiaría tanto a este grupo de alumnos y alumnas como al alumnado que no presenta trastorno mental.

Ninguna de las leyes educativas, tampoco la LOMCE ni la LOMLOE han prestado atención al alumnado con trastorno mental. Sí se han referido a algunas patologías concretas como es el trastorno del espectro autista, pero no se han centrado en el trastorno mental como categoría propia. Pese a todo, hay un grupo importante de alumnado que a pesar de no estar catalogado como alumno de Necesidades Educativas Específicas tienen serias dificultades para poder desarrollar su escolaridad en condiciones óptimas. Cuando estas necesidades están relacionadas con el trastorno mental, sean externalizantes o internalizantes:

la atención pedagógica de los alumnos con trastornos de salud mental puede ser proporcionada desde una escolaridad normalizada cuando las medidas de atención a la diversidad ofrecidas por el sistema se consideren suficientes o cuando se pueda llevar a cabo una intervención educativa mediante actuaciones pedagógicas extraordinarias individuales, de carácter curricular y organizativo. Ahora bien, en momentos críticos, este alumnado requiere recursos específicos no contemplados en la organización habitual de los centros docentes (Casanova & Reyzábal, 2007, p. 135).

Sabemos que el 75% de las enfermedades mentales se hacen evidentes y aparecerán antes de los 25 años de edad, por lo que ante este dato parecería evidente afirmar que la intervención en términos preventivos debería llevarse a cabo cuanto antes –así lo corrobora la literatura científica-, y que el modelo predominante de atención en salud mental ha sido fundamentalmente paliativo y en general enfocado a población adulta (Mcgorry & Mei, 2018).

Cuando las dinámicas de un centro educativo se ven alteradas en lo convivencial, bien sea por que el alumno manifiesta sintomatología externalizante o bien internalizante –en cuyo caso la convivencia no se vería alterada desde elementos conductuales y disruptivos sino desde la dificultad del centro educativo para atender las necesidades relacionales del menor– será cuando la comunidad educativa en su conjunto se sienta interpelada y se vea obligada a reaccionar para dar respuesta a la circunstancia concreta. En este sentido cabe preguntarse por las actuaciones que se realizan en un centro educativo. Plantearemos dos posibles tipos de actuación:

- Actuaciones con carácter preventivo. Que podríamos enmarcar dentro de los planes de atención a la diversidad que cada centro educativo esté implementando.
- Actuaciones de carácter sancionador. Se trataría de medidas que intentan paliar la consecuencia desde una visión disciplinaria.

Será en el momento en el que la enfermedad mental se hace visible cuando comience a

existir para el resto de la comunidad educativa. Por ese motivo las enfermedades mentales categorizadas como internalizantes pasan más desapercibidas que las externalizantes, interfiriendo estas de manera más incisiva en la convivencia del centro educativo y situándole más cerca de la expulsión del sistema (Lee et al., 2009). Algunos alumnos o alumnas con TMG que participan de los programas de Atención a la Diversidad forman parte de estos programas no por ser el recurso adecuado para sus circunstancias concretas sino por aproximación, ya que es la media educativa que reúne características más afines al tipo de atención que debería recibir, sin ser el recurso adecuado. No podemos olvidar que una parte del alumnado que forma parte del grupo categorizado como TMG presenta sintomatología internalizante, como ya hemos explicado en este caso es habitual que pasen más desapercibidos, ya que esto no supone un conflicto para la dinámica relacional del centro educativo. Por otro lado, cuando el alumnado con TMG muestra sintomatología externalizante, y tras un largo proceso de contención e intento de ajuste del trabajo a realizar con el menor por parte del centro educativo, se termina poniendo en marcha medidas del tipo punitivo –que hemos descrito más arriba-, esto pone al alumno con TMG en una situación de expulsión del centro educativo y de exclusión del sistema educativo, ya que el corolario de este proceso –profundizaremos con más detalle en esta parte en el siguiente epígrafe- podría ser el abandono escolar temprano.

En el contexto de la Comunidad de Madrid los Programas de Atención a la Diversidad que podamos encontrar serían: Programa de Compensación Educativa, Programa de Atención a Alumnos con Necesidades Educativas Específicas y Especiales y el Programa de Mejora del Aprendizaje. Cada uno de estos programas tiene definido profesionales que juegan roles diferentes y atienden a este alumnado de manera especializada. En cambio, con la atención educativa al alumnado con TMG o trastorno mental leve/moderado, no sucede lo mismo. Recordarán que en apartados precedentes desarrollábamos tres niveles preventivos:

prevención universal; prevención selectiva; y prevención indicada. En el caso de la prevención indicada, la atención educativa se llevaría a cabo cuando las consecuencias, la sintomatología se ha hecho presente. En estos casos la formación del profesorado que trabaje con esta población debería ser muy concreta y especializada.

Es así como señalaremos que la presencia de profesorado formado tanto en elementos propios de didácticas y metodologías válidas para la atención a la diversidad, como en herramientas propias de la atención clínica, permitiría desarrollar prácticas educativas más adecuadas para el trabajo con alumnado TMG. Allen-Meares, Montgomery, & Kim (2013) realizaron un estudio con la intención de analizar las prácticas educativas que centran su atención en Trabajadores/as Sociales u otros profesionales de la intervención social dentro del ámbito educativo. Entre sus conclusiones destacarán cómo pese a la heterogeneidad de las prácticas educativas encontradas y analizadas todas ellas centran su mirada en la atención psicosocial, académica y en necesidades psicológicas. La manera de trabajarlo es muy plural y variada, pero en todas ellas está implícito en trabajo con los ámbitos relación, familiar y contextual del centro educativo.

Lejos de querer desarrollar en estas páginas modelos teóricos de carácter comunitario y prácticas educativas de corte psicosocial, creemos que la combinación de modelos diferentes y el trabajo compartido por diferentes roles profesionales procedentes del campo de la educación y de la salud podrían facilitar y mejorar el escaso trabajo que se realiza con alumnado TMG.

Desde una perspectiva interdisciplinar, trabajar con el contexto en el que se circunscribe el centro educativo junto al ámbito familiar, así como trabajar con programas diseñados específicamente para atender al alumnado con TMG bajo la premisa de dar a las intervenciones que se realizan un carácter contextual, amplio y complejo -incluyendo visiones y prácticas desde diferentes instituciones, tanto educativas como sanitarias- presenta un

campo de estudio innovador y emergente (Fazel et al., 2014).

2.11. Trastorno Mental Grave en el Ámbito Educativo¹²

Llegados a este punto nos preguntamos, ¿qué intervención educativa se realiza con alumnado con trastorno mental en el ámbito de la Comunidad de Madrid?

Fuera del ámbito nacional existen diferentes experiencias que abogan por modelos de intervención educativa amplios e inclusivos. Para ello podemos destacar la Red de Escuelas para la Salud en Europa y las Escuelas Promotoras de Salud Mental en EE.UU (Lezcano, 2013). Especialmente interesante nos ha parecido el modelo de Escuelas Promotoras de la Salud Mental. Este modelo trabajará a través de programas dentro de los centros educativos desde diversos focos de actuación:

- La formación y promoción social y emocional.
- El 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 preventivamente.
- La intervención en problemática concreta.

Este enfoque parte de la inclusión como modelo educativo, prioriza en las necesidades de los estudiantes de manera contextual y positiva, favorecen la participación de los destinatarios y tienen una perspectiva de evaluación continua. En cualquier caso, varios estudios demuestran que las escuelas promotoras de salud alcanzan mejores resultados que otros centros educativos que no siguen este modelo (Stewart-Brown, 2006).

La inclusión como intención conceptual y metodológica se convierte en elemento central para este tipo de experiencias educativas, pero no solo el ámbito educativo debería

¹² Este epígrafe responde al marco teórico utilizado y publicado en: Crespo, F. 2019. Centros Educativos Terapéuticos. Atención al Alumnado con Trastorno Mental Grave. Revista de Educación Inclusiva.

trabajar desde esta perspectiva sino que encontramos otros ámbitos de intervención que deberían conducir y guiar su trayectoria hacia experiencias más inclusivas.

Lezcano (2013) señala cómo la ley de Sanidad vigente en España –que data de 1986– profundiza en el capítulo tercero sobre la salud mental. En dicho capítulo plantean la atención comunitaria como metodología de intervención haciendo mención expresa a la psiquiatría infantil. Lo interesante para nosotros es ver cómo inciden en la necesidad de buscar mayor participación social a través de los recursos comunitarios para el trabajo con la enfermedad mental. Como vemos la inclusión en el medio educativo estaría más que justificada solo valorando aspectos clínicos, pero la realidad nos dice otra cosa.

Es así como podemos ver que el planteamiento por parte de algunos autores así como de algunas instituciones es complejo, inclusivo y de visión comunitaria. La respuesta educativa para alumnado con trastorno mental grave, por tanto, deber ser contextual:

de tal forma que cuando más saludable, generalizable e inclusivo sea, menos necesidades especiales habrá. Partimos de la base de que detrás de una necesidad específica hay una multicausalidad que no incluye exclusivamente al sujeto discapacitado o diferente: inadecuación o limitación de recursos, actitudes negativas, incompetencia profesional, barreras arquitectónicas, exceso de ratio...pueden ser, y de hecho lo son de forma más que habitual, las razones de peso que frecuentemente se encuentran detrás. (Alonso y Sánchez, 2015, p. 162).

En definitiva, no podemos hablar de educación inclusiva que atienda a la diversidad sin recursos que apoyen estos principios teóricos e intencionales, de lo contrario estaríamos utilizando discursos contradictorios generadores de confusión.

La escuela, como miembro activo de un contexto social concreto, se convertirá en reproductora de sus defectos y de sus virtudes. Por este motivo, la atención educativa que se ofrece al alumnado atendido dentro de los programas de atención a la diversidad en el

contexto de la Comunidad de Madrid se realiza desde un modelo integrador, que no inclusivo, en el que se da una atención especializada a problemas concretos de manera técnica, aséptica y descontextualizada. Esta manera de concebir el hecho educativo impide e imposibilita el desarrollo de prácticas educativas innovadoras que respondan a otros principios epistemológicos. Esta visión tecnológica de la sociedad impregna a los centros educativos y termina calando en forma de prácticas educativas que redundan en la mayoría normativa del grupo-aula pero que excluye a una gran mayoría. Es decir, la visión tecnológica de la sociedad, y por tanto de la escuela, impide que veamos la diversidad como un hecho positivo en sí mismo y reduce el trabajo educativo al punto medio la curva dejando a un lado todo aquello que se queda a ambos lados de la cola de la curva. La manera de trabajar educativamente con la diversidad está pensada para trabajar con los problemas del individuo, y será ahí donde depositará todo el peso, en paliar sus problemas. El problema queda definido con respecto a lo normativo, por lo que todo aquello que no se acerque a lo normativo estará más cerca de ser un problema. Esta gnoseología que acabamos de describir plantea una relación del individuo con su entorno unidireccional, en la medida que el entorno queda definido y el individuo no reúne condiciones óptimas de adaptabilidad al entorno adecuadas, el trabajo que queda por realizar será el de ayudar al individuo adaptarse al contexto dado que la conducta problema está en él/ella. Será ahí donde entrarán los Profesores/as Terapéuticos, las Profesoras/es de Compensatoria, los Profesores/as de Audición y Lenguaje, en definitiva, profesionales que atienden el problema concreto de manera concreta pero desde un camino unidireccional. Será el alumno el que tenga que adaptarse a la escuela.

Este tipo de intervenciones individualizadas atiende una parte de la realidad, pero deja fuera a la otra parte, el propio centro educativo. Desde nuestro planteamiento conceptual y epistemológico, la unidad de análisis –y por tanto de intervención- debería estar depositada en la interacción misma del individuo con el entorno, no tanto en el individuo y no tanto en el

entorno. Ambos elementos son susceptibles de ser intervenidos, pero no como agentes separados sino como agentes dialogantes que están en interacción constante. Será en la interacción donde encontremos el espacio sobre el que intervenir, haciendo corresponsable tanto al individuo como al entorno. En este sentido el paradigma apropiado para una intervención educativa que deposite la mirada en pedagogías comunicativas y complejas será el de inclusión educativa. Ya hemos profundizado en la inclusión como referente teórico, por lo que les dirigimos a dicho apartado para saber más al respecto.

Desde esta perspectiva consideramos que ambos tipos de intervención no son excluyentes, se pueden trabajar bajo el modelo de escuelas promotoras de salud en términos preventivos desde donde atender las necesidades de una población específica como es alumnado con Trastorno Mental Grave.

Por otro lado, desde el análisis de las prácticas educativas específicas que se llevan a cabo para atender al alumno/a con Trastorno Mental Grave observamos como dentro del ámbito nacional encontramos que hay pocas experiencias de atención específica hacia la salud mental salvo programas puntuales a nivel preventivo centrados en algún trastorno concreto y programas con un carácter más institucional y mayor peso en la dinámica de los centros como son los programas de prevención de uso de drogas¹³. Las únicas intervenciones que focalizan la atención, no ya en la salud mental sino en la enfermedad mental estarían englobadas dentro de lo que hemos llamado prevención indicada.

Analizando la atención que se lleva a cabo en el ámbito de la enfermedad mental a nivel nacional podemos observar que son muy similares en todas las Comunidades Autónomas, y aunque puedan presentar matices sí que reúnen elementos comunes.

¹³ Para más información sobre programas de prevención en drogodependencias se puede consultar Díaz-Aguado et al. (2013) y Rodríguez-Salinas (2015). Para saber más sobre programas de prevención de los trastornos mentales se puede consultar Jané-Llopiz (2004). Para saber más sobre programas de prevención de la depresión se puede consultar Sánchez-Hernández et al. (2014). Para saber más sobre programas de prevención de la salud consultar Vega et al. (2015).

Destacaremos tres tipos de intervención (Lezcano, 2013):

- Atención Educativa Domiciliaria.
- Aulas Hospitalarias.
- Centros Educativos Terapéuticos.

La acción educativa dentro del ámbito hospitalario, la Pedagogía Hospitalaria, tiene un papel fundamental en la atención educativa a alumnado con Trastorno Mental Grave, pero no es y no debería ser el único foco sobre el que depositemos nuestra atención. Nuestro objeto de estudio –tendremos ocasión de profundizar con nuestro trabajo investigativo en lo siguientes apartados- es al alumnado de la Comunidad de Madrid que está diagnosticado con un Trastorno Mental Grave, pero junto al trastorno grave encontramos otros alumnos/as enfermos que en función de la gravedad podrían estar hospitalizados o no. Es así como diferenciaremos entre trastornos mentales:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

Los trastornos leves y moderados responde al tipo de alumnado que está recibiendo atención educativa en su centro educativo y atención clínica en el Centro de Salud Mental de referencia, o en ningún sitio si no está diagnosticado. Los alumnos/as con trastorno mental grave son los que están hospitalizados o asistiendo a un Hospital de Día y reciben atención educativa en las aulas hospitalarias que atienden dicho recurso. En este último caso es donde sí podemos hablar de Pedagogía Hospitalaria, entendiendo ésta como aquella pedagogía que busca como objetivo “que la ruptura con lo cotidiano sea mínima y que tenga el menor impacto posible en el funcionamiento y desarrollo del niño enfermo” (Gutiez & Muñoz, 2013, p. 132).

Tabla 8*Relación trastorno-atención educativa*

Tipo de Trastorno	Atención Educativa	Atención Terapéutica
Leve o Moderado	Centro Educativo Ordinario	Centro de Salud Mental o ninguna.
Grave	Centro Educativo Terapéutico	Hospital de Día

2.11.1. ¿Qué Atención Recibe el Alumnado con TMG?

La atención que desde el ámbito educativo reciben en la Comunidad de Madrid los alumnos y alumnas con Trastorno Mental Grave se enmarca dentro de los Hospitales de Día-Centros Educativos Terapéuticos que la Comunidad de Madrid ofrece para tal fin. En primer lugar destacaremos que los Hospitales de Día-Centros Educativos Terapéuticos responde a la voluntad de colaboración entre dos Consejerías, la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Juventud y Deporte. Será en el curso 1999/2000 cuando se comience a planificar lo que sería el primer HD-Centro Educativo Terapéutico que comenzó su andadura en Madrid. Es así como en el año 2002 se implementa el primer Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico en Pradera de San Isidro de manera experimental.

La colaboración entre ambas consejerías quedará establecida en la Orden 992/2002 de 11 de diciembre (ORDEN 992/2002, 2002) para la atención de la población hospitalizada en edad de escolaridad obligatoria con el fin de:

- dar continuidad al proceso de aprendizaje del alumnado.
- facilitar su promoción académica.
- crear un marco educativo en los hospitales próximo a las necesidades psicosociales y afectivas de los alumnos y alumnas hospitalizados.

Sin ser una Orden que desarrolle y regule el funcionamiento de los HD-Centros Educativos Terapéuticos, sí que recoge las condiciones mínimas que tienen que reunir estos centros. Más adelante se irán publicando y actualizando Instrucciones que definen el funcionamiento de los HD-CET y que han variado muy poco desde sus inicios. Las últimas

Instrucciones que enmarcan el trabajo de los HD-CET datan del año 2018 (Instrucciones Dirección General de Educación Infantil Primaria y Secundaria, 2018).

Las instrucciones, del 29 de noviembre de 2018, desarrollan el trabajo a realizar en un Centro Educativo Terapéutico, dejando algunos aspectos sin definir y generando por tanto alguna ambigüedad en su funcionamiento. En cualquier caso, establece de manera clara que el trabajo se desarrollará con alumnado derivado por los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid siendo sus objetivos los siguientes:

- a) Proporcionar atención educativa a sus alumnos para asegurar la continuidad del proceso educativo y evitar el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.
- b) Establecer y consolidar normas y hábitos de comportamiento que mejoren el proceso de adaptación de los alumnos al contexto escolar y social.
- c) Establecer una adecuada coordinación entre el equipo docente y el equipo terapéutico, así como, con el centro educativo de referencia, para ofrecer la respuesta más ajustada a las necesidades específicas de cada alumno.
- d) Promover la coordinación y la relación con otros recursos educativos, psicopedagógicos, sociales servicios de salud mental.
- e) Favorecer el proceso de comunicación entre los alumnos con sus centros de referencia y entre los profesionales de educación y sanidad mediante el uso, entre otros, de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- f) Facilitar la incorporación de los alumnos a sus centros educativos fomentando procesos de acogida que favorezcan la integración del alumno en su centro escolar una vez transcurrido el periodo de estancia en el Centro Educativo-Terapéutico.
- g) Promover la colaboración y el apoyo de la familia ofreciendo las orientaciones que se consideren necesarias.
- h) Fomentar la utilización del tiempo libre programando actividades formativas de ocio,

en coordinación con otros profesionales y entidades que desarrollan acciones en el entorno del Centro Educativo-Terapéutico.

Es así como los Centros Educativos Terapéuticos se convierten en un modelo de centro que ofrece atención integral e intensiva. El alumnado con trastorno mental grave recibe atención educativa y terapéutica en horario de mañana. Una de las grandes virtudes de este modelo de atención integral radica en la posibilidad de mantener al alumnado, pese a su hospitalización, vinculado a su contexto familiar y contextual –entre los que incluimos el centro educativo al que pertenece-. Este tipo de intervenciones resulta menos agresivo que una hospitalización completa, ya que sus referencias socio-familiares continúan presentes a lo largo de su recorrido hospitalario y, por otro lado, le da la posibilidad de continuar sin rupturas con su proceso formativo. Es decir, la situación de gravedad que obliga al alumno o alumna a estar hospitalizado/a no impedirá que pueda continuar realizando sus estudios.

Este elemento de análisis resulta esencial, ya que los Centros Educativos Terapéuticos asientan gran parte de su potencial, como recurso integral que busca la maximización de los logros clínicos, en el anclaje de los logros educativos. La mejora o mantenimiento del recorrido académico de un menor adquiere un valor fundamental en su recuperación clínica, ya que el menor está en plena construcción vital. Cualquier impedimento que surja en los logros académicos se puede convertir en una dificultad añadida que dificulte su mejora clínica y su construcción personal como futuro adulto. Estructurar al menor en torno al ámbito educativo es un elemento de trabajo que en sí mismo resulta terapéutico.

Señalaremos que no se trata de un recurso permanente si no temporal –la media de estancia oscila en función del Centro Educativo Terapéutico, pero podríamos decir que está entorno a los 12 meses- con el que se pretende estabilizar al paciente/estudiante para que pueda dar el salto a su vida ordinaria en condiciones óptimas. Una vez que termine su tratamiento el resto de recursos adquieren un papel fundamental para el seguimiento del caso,

por lo que este será un aspecto que se cuidará especialmente. El mantenimiento del proceso educativo como elemento central que dificulta la ruptura con su contexto más inmediato, así como el establecimiento de elementos de continuidad tanto a lo largo del tratamiento terapéutico como una vez terminado, se lleva a cabo a través de la coordinación con otros agentes externos al recurso que estén implicados en el proceso. En este sentido, la coordinación con los Servicios Sociales Generales, Servicios Sociales Específicos como el Centro de Atención a la Infancia, Comisión de Tutela, Centro de Salud Mental, asociaciones, etc., se convierte en una pieza fundamental del puzle.

Por lo tanto, podemos ver que el alumnado con Trastorno Mental Grave de la Comunidad de Madrid puede beneficiarse de un recurso específico que atiende sus necesidades, y sin entrar a valorar las virtudes y defectos del funcionamiento del recurso, sí que observamos que este tipo de alumnado puede verse favorecido por una atención muy especializada que concilia su necesidad de mejora clínica con su necesidad y obligación de recibir atención educativa de manera adaptada y específica.

Hemos diferenciado entre dos tipos de alumnos con Trastorno Mental Grave, los que externalizan la sintomatología y los que no la externalizan. El impacto de la enfermedad en su recorrido académico puede darse en cualquiera de los dos casos, en el primero hay más probabilidades de generar conflicto en el aula dificultando la convivencia en el centro y en el caso del segundo por descenso del rendimiento académico y/o absentismo escolar en el peor de los casos (Crespo & Sánchez, 2019). Dentro de la Comunidad Educativa preocupa e inquieta las dificultades de convivencia que en ocasiones están motivadas por alumnado con problemas conductuales. Esta es una realidad que cada vez resulta más evidente y que parece ir en aumento. En este sentido, habría que preguntarse si el alumnado disruptivo que presenta problemas conductuales en el aula responde o no a un perfil de alumnado con trastorno mental, ya que no tiene que ser así necesariamente.

Así pues, señalaremos cuatro elementos que a priori podríamos relacionar potencialmente con el Trastorno Mental Grave y que están muy presentes en la cotidianidad y la realidad de cualquier instituto de educación secundaria:

- Fracaso escolar.
- Abandono escolar temprano.
- Conductas disruptivas, conflicto en la convivencia del centro.
- Descenso del rendimiento académico del alumno.

Planteémonos otra pregunta, ¿cómo se atiende al alumnado que presenta alguna de estas problemáticas? Para ello lo primero que habría que hacer es ser capaces de detectar el Trastorno Mental desde prácticas pedagógicas preventivas, cosa que como los datos indican no sucede con tanta facilidad. Una vez detectado el Trastorno Mental, y teniendo en cuenta la realidad actual de los centros educativos- vendría el encaje en alguna de las alternativas que actualmente ofrece la administración educativa, y eso tampoco sucede siempre porque no siempre encajan las necesidades del alumnado en el recurso ofrecido. Como ya hemos mencionado con anterioridad, dentro de las posibilidades que la atención a la diversidad ofrece al alumnado de la Comunidad de Madrid existen:

- Programa de Mejora de la Educación / Programa de Diversificación Curricular¹⁴.
- Programa de Compensatoria.
- Necesidades Educativas Especiales. Apoyo de Profesorado Terapéutico.
- Aulas específicas TEA.

En cuanto a los Programas de Mejora el alumnado con Trastorno Mental Grave no siempre tiene vocación académica ni pretende desarrollar su itinerario formativo a través de la titulación de la ESO. En otras ocasiones quiere, pero sus dificultades clínicas se lo ponen muy difícil. En cuanto a los programas de compensatoria no tienen por qué tener dos años de

¹⁴ LOMCE y LOMLOE respectivamente.

desfase curricular ni desventaja social. En cuanto al dictamen alumnado con necesidades educativas especiales no siempre tienen cabida en las posibilidades que ofrece la legislación ya que su categoría no viene especificada, por lo que no podría beneficiarse del recurso. Y en cuanto a las aulas para alumnado con trastorno del espectro autista tendríamos que decir que al ser tan específico ignoran el resto de trastornos mentales, que son muchos. Por lo que podemos afirmar que hay un gran número de alumnos y alumnas en la Comunidad de Madrid que no reciben la atención necesaria que les permita continuar con sus estudios contando con el apoyo de la institución educativa. Por lo tanto volvamos a preguntarnos, ¿qué sucede con los alumnos con Trastorno Mental Grave que no llegan a los Hospitales de Día – Centros Educativos Terapéuticos?, ¿qué atención reciben en sus centros? y ¿cuál es su expectativa educativa?

En definitiva, los Centros Educativos Terapéuticos (CET) dan una respuesta educativa a un momento de gravedad que obliga al alumno con trastorno mental grave a permanecer hospitalizado. Se trata de un recurso temporal y excepcional que responde a unas características excepcionales. No se trata de un recurso definitivo. El alumno enfermo con trastorno mental debería volver a su centro educativo antes o después, y es para eso para lo que los centros educativos deberían estar preparados, para dar atención educativa al alumnado enfermo con trastorno mental de manera inclusiva, permaneciendo y participando activamente en sus centros educativos.

Y la pregunta que subyace en todo esto, ¿incluye o excluye la escuela a estos alumnos/as? No desarrollaremos en este apartado –podrán encontrar elementos de análisis de este paradigma teórico en el epígrafe correspondiente- lo que entendemos por escuela inclusiva ni cómo podrían hacerse propuestas de trabajo pedagógicas que respondan a las características del alumnado con trastorno mental dentro de los centros educativos. Pero en cualquier caso, sí podemos decir que la escuela inclusiva será inclusiva si consigue atender a

todos y a todas, sin categorías. Las categorías deberíamos utilizarlas como una herramienta que permita entender la idiosincrasia del alumnado con el que trabajamos y desde ahí ser capaces de modificar en el entorno y en el currículo aquellos elementos que sean necesarios para posibilitar el acceso de todos y todas. Cuando usamos las categorías para definir cajones estanco donde trabajar con el alumno integrándole en el mejor de los casos pero no incluyéndole, dejan de tener sentido. Cualquier alumno y alumna tiene que poder participar en su centro educativo, ya que consideramos 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” (Lezcano, 2013, p. 253).

2.12. Fracaso Escolar y Abandono Escolar Temprano¹⁵

En apartados precedentes hemos hablado de inclusión educativa. Hablar de inclusión, indefectiblemente nos lleva a su opuesto, la exclusión. Y es esa, precisamente, una de las consecuencias que se derivan del abandono escolar temprano (Jiménez et al., 2009). Son muchas las instituciones -desde Eurostat hasta la UNESCO- que se ocupan y preocupan por el impacto que el fracaso escolar tiene no solo sobre la persona que alcanza esa situación, sino también y sobre todo por el impacto que supone para la sociedad en términos socio-económicos. Como venimos diciendo, el abandono escolar está estrechamente relacionado con los procesos de exclusión social. No queremos entrar aquí en el desarrollo de esta relación compleja ya que se excedería de los límites que nos hemos conferido para este trabajo de tesis doctoral. Pero sí queremos señalar que el abandono escolar temprano puede actuar como causa y detonante de los procesos de exclusión social, con todo lo que ello conlleva.

Un elemento fundamental a la hora de analizar el impacto del trastorno mental en el

¹⁵ Este apartado responde al marco teórico utilizado en: Crespo y Sánchez. 2021. The repercussion of severe mental disorder at school: early school dropout, *Culture and Education*, 33:1, 134-159, DOI: [10.1080/11356405.2020.1859736](https://doi.org/10.1080/11356405.2020.1859736)

ámbito educativo es la relación entre fracaso escolar y trastorno mental. Esto nos llevaría a preguntarnos por la situación de desventaja en la que un alumno o alumna con enfermedad mental se posiciona frente al resto del alumnado, ya que el alumno normativo que responde a los patrones conductuales y cognitivos necesarios para desenvolverse en la escuela no tiene esa dificultad añadida.

Antes de adentrarnos en datos definamos qué entendemos por fracaso escolar. El fracaso escolar es un proceso complejo que centra su atención en el hecho de que el alumnado no obtenga la titulación mínima exigida en su sistema educativo de referencia, siendo en el caso de España la Educación Básica Obligatoria (Rujas, 2017). Dentro de la confusión terminológica podemos encontrarnos con un concepto similar como es el de Abandono Escolar Temprano. Pese a la semejanza de los conceptos, cada uno de ellos hará énfasis en elementos diferentes de la definición. Es así como para entender el concepto Abandono Escolar Temprano tomaremos como referencia la Clasificación Internacional Normalizada de Educación (CINE). Desde aquí se entenderá el abandono escolar temprano se produce cuando una persona con edad comprendida entre los 18 y los 24 años haya abandonado o no haya alcanzado un nivel CINE 1, 2 ó 3, es decir, Educación Primaria, Educación Secundaria, Bachillerato y/o Ciclos Formativos de Grado Medio respectivamente y tampoco está cursando enseñanzas conducentes a las modalidades señaladas en las cuatro semanas antes de solicitarle su información académica. De esta manera podemos observar que ambos hacen alusión a la no obtención de una titulación mínima. La diferencia estribará en que el abandono escolar temprano incide más en la edad como elemento diferenciador que define y concretizando la unidad de análisis con mayor rigor (UNESCO, 2020).

Una vez definidos ambos conceptos señalaremos cómo podemos encontrar algunos estudios que profundizan en la relación entre trastorno mental y la obtención de resultados académicos. Lereya et al. (2019) realizan una investigación con el objetivo de analizar la

relación entre el logro educativo, el absentismo escolar y los trastornos de salud mental con una base muestral de 15301 niños y niñas de una media de edad de entre 11 y 12 años. Encuentran que hay una relación directa entre los logros académicos y las dificultades de salud mental, es decir, los niños y niñas con problemas de salud mental obtenían peores resultados académicos. También encuentran asociación entre los problemas de salud mental y el absentismo escolar persistente. Esta relación será mayor en aquellos alumnos y alumnas que mostraban sintomatología externalizante, ya que obtienen peores resultados académicos. Estos autores concluyen en que la necesidad de apoyar a la salud mental pasa por la implementación de programas que enfatizan su mirada en el bienestar de las escuelas.

Algunos estudios muestran la relación negativa entre los resultados académicos o logros académicos y los trastornos externalizantes así como con los trastornos internalizantes. Veldman et al. (2014) realizaron un estudio con la intención de observar si los problemas de salud mental a los 11 años y su persistencia en la adolescencia hasta los 16 años podían predecir el logro educativo del adolescente a los 19 años. Para ello utilizaron una muestra de 1711 adolescentes con un estudio de corte longitudinal por un periodo de 9 años. Pudieron observar una asociación significativa entre los alumnos y alumnas que mostraban tanto sintomatología externalizante como internalizante a los 11 años y el bajo nivel educativo a los 19 años. Aquel alumnado/a que veía aumentar sus problemas de externalización entre los 11 y los 16 años mostraba mayor predisposición a obtener un bajo nivel educativo a los 19 años. Cuando la sintomatología internalizante, fundamentalmente en niñas, se mantenía entre los 11 y los 16 años también aumentaba el riesgo de obtener a los 19 años un bajo nivel educativo. En definitiva, mostrar sintomatología clínica, tanto internalizante como externalizante a los 11 años y mantenerla a lo largo de la adolescencia se convierte en un predictor del bajo nivel educativo a los 19 años.

En la misma línea Von Simson et al. (2021), en comparación con pares sanos, el

alumnado con trastornos externalizantes presenta un 38% menos de probabilidad de completar la educación secundaria en el caso de los niños y un 40% menos en el caso de las niñas. En el caso de los trastornos externalizantes los niños presentarían el 29% menos de probabilidad de terminar la educación secundaria y las niñas el 26%.

Resulta inevitable realizar intuitivamente una relación entre el acceso al mundo laboral y la formación educativa que obtenga una persona. Es decir, no diremos nada extraño si afirmamos que conseguir una titulación mínima –no fracasar escolarmente- facilita el acceso al mundo laboral y por lo tanto acerca a la persona a tener mayores niveles de autonomía e independencia. En este sentido algunos estudios han profundizado y demostrado la relación entre el trastorno mental y el desempleo. En esta línea de trabajo encontramos el estudio de Moustéri et al. (2019) que analizarán la relación entre desempleo y trastorno mental a través de un estudio longitudinal durante 20 años en Suecia. Estos autores concluyen que la salud mental de los adolescentes pronostica un riesgo elevado de desempleo que se mantiene a lo largo de la vida.

En la misma línea de trabajo encontramos la publicación de Helgesson et al. (2018). Realizan un análisis con una muestra de 7245 individuos con edades comprendidas entre los 19 y los 30 años de edad con algún diagnóstico de trastorno mental y fueron comparados con un grupo control compuesto por el mismo número de individuos sin trastorno mental, concluyendo que casi el 50% de la población estudiada mostraba niveles altos de discapacidad laboral o desempleo durante todo el periodo en el que realizaron el seguimiento. Niveles educativos bajos y la comorbilidad con otros trastornos mentales resultaron factores decisivos que aumentaban la probabilidad de encontrarse fuera del mercado laboral. Es decir, estos dos factores, bajo nivel educativo y padecer algún trastorno mental, son elementos que condicionan en términos de factores de riesgo el acceso al mundo laboral y por lo tanto a conseguir niveles mínimos de autonomía.

También sabemos que en EEUU el 46% del alumnado que no ha terminado la educación secundaria padece algún trastorno mental Stoep et al. (2003). Por otro lado, destacaremos la relación entre el bajo rendimiento académico y la incidencia del trastorno mental, en este sentido Crespo y Sánchez (2019) indican cómo el 77.78% del alumnado con Trastorno Mental Grave con el que llevan a cabo su investigación obtiene malos resultados académicos cuando se encuentra en situación de gravedad. Es decir, los datos parecen señalar claramente que el Trastorno Mental Grave impacta de una u otra manera negativamente en el desarrollo académico de un adolescente.

Si centramos la atención en el abandono escolar temprano, y por lo tanto focalizamos sobre la población con edades comprendidas entre los 18 y 24 años de edad podremos observar cómo el alumnado con Trastorno Mental representa el 14.2% del alumnado que abandona tempranamente la educación secundaria y el 4.7% de aquellos que abandonan la etapa universitaria (Simón et al., 2003). En otras publicaciones podemos encontrar que la proporción de abandono escolar imputable a problemática derivada de falta de salud mental sería de un 10.2% en educación secundaria (Kessler et al., 1995). Recordarán que uno de los datos más benignos que hemos utilizado previamente donde desarrollábamos la prevalencia del trastorno mental grave en la adolescencia era de entre un 0.6% y un 1% de la población. En el epígrafe de inclusión educativa señalábamos cómo la población con trastorno mental presentaba mayor índice de abandono escolar temprano. Según nuestras estimaciones un 4.3% más que el resto de la población, utilizando datos que hacen referencia a EEUU.

Los datos parecen indicar que el trastorno mental grave tiene cierta responsabilidad en que el alumnado que lo padece se encuentre en situación de desventaja frente al resto de la población y que sus logros académicos se vean condicionados directamente por la enfermedad.

Tendremos ocasión de profundizar en esta parte de la investigación empíricamente, ya que se trata de uno de los elementos analizados y a los que hemos intentado dar respuesta.

Capítulo 3. Metodología

3.1. Descripción Metodológica

En este capítulo vamos a tratar de dar respuesta a cómo hemos desarrollado nuestro trabajo desde una perspectiva metodológica. No obstante, antes de pasar a explicar las técnicas y métodos utilizados que nos han servido para desarrollar este trabajo de investigación, quisiéramos explicar cuál ha sido nuestro punto de partida, nuestra intención metodológica. Solo así se podrá entender por qué nos hemos decidido por unas técnicas y no por otras. Más adelante, en el capítulo cuatro, iremos explicando cada uno de los instrumentos que nos han permitido desarrollar los diferentes ejes sobre los que se vertebra este trabajo y con los que hemos pretendido dar respuesta a las preguntas planteadas al inicio de este texto.

Nuestra metodología se ha basado, en términos epistemológicos, en la tradición del trabajo cualitativo. Por lo que esa manera de observar la realidad ha sido la que ha sustentado nuestra investigación. En cualquier caso, si los principios epistemológicos nos han servido para organizar el conocimiento, explicaremos cómo los hemos aplicado sobre la problemática observada. Es decir, cómo hemos desarrollado nuestra metodología.

En primer lugar, no hemos querido ser dogmáticos a la hora de enfrentarnos al trabajo investigativo. Creemos que las técnicas y los instrumentos a utilizar se deben, por un lado a las referencias teóricas, por supuesto, pero también se tiene que priorizar en una técnica y no en otra en función del principio de necesidad y de oportunidad.

En este sentido, sabemos qué realidad queremos analizar, nos hemos hecho las preguntas y finalmente las hemos estructurado y plasmado en afirmaciones, que como hipótesis, nos han servido de guía para realizar esta investigación. Para ello, hemos utilizado una serie de objetivos que nos han permitido cimentar el suelo sobre el que construir nuestra práctica indagadora. Pero, ¿qué técnica es la mejor para recoger la información que necesitamos? Desde el principio tuvimos claro que lo importante no era tanto la técnica, sino

su capacidad para, en función del acceso a la información que teníamos, permitimos recoger información válida que diese respuesta a las preguntas planteadas. Por lo que no había técnica buena o mala, y no quisimos perdernos en la disyuntiva cuantitativo/cualitativo. Entendimos que la posibilidad de trabajar bajo esta doble referencia nos permitía expandir el horizonte en la mirada, ya que consideramos que los hallazgos son mayores cuando nos servimos de elementos que provienen del trabajo cuantitativo y cualitativa (Bazely, 2009). Como ya hemos dicho anteriormente, si bien nuestra manera de mirar la realidad ha sido siempre de carácter cualitativa, nos hemos permitido ser pragmáticos y utilizar aquella técnica que mejor se adaptaba a nuestra capacidad para acceder a la información.

Por lo tanto, pese a que nuestra mirada ha sido cualitativa, nuestro planteamiento se ha desarrollado sobre un enfoque *mixed methods*. El hecho de que hayamos querido mirar la realidad bajo una mirada cualitativa y no de otra manera se debe a muchos factores, pero baste decir que el proceso de socialización académica y laboral de quien les escribe ha condicionado sobremanera el porqué de esa elección. Pese a todo, en ocasiones la realidad nos ha indicado el camino del trabajo cuantitativo para, adaptando nuestra forma de trabajar al interés superior de la investigación, y bebiendo de ambas disciplinas, recoger información de manera útil y suficiente.

Algunas técnicas metodológicas son más apropiadas para dar respuesta a según qué pregunta (Sánchez-Gómez et al., 2018), por lo que en este sentido hemos querido transitar entre métodos cuantitativos y cualitativos bajo la premisa de encontrar la mejor manera de recoger información para dar respuestas válidas. Dado que por la esencia de la propia investigación, y por el espacio al que hemos tenido acceso para seleccionar las diferentes muestras con las que hemos trabajado, no nos ha sido posible trabajar con muestras grandes, hemos considerado que en la triangulación de métodos encontrábamos elementos que daban rigor y validez metodológica suficiente al trabajo realizado.

El hecho de recoger datos a través de los dos enfoques nos ha permitido enriquecer la información que obteníamos de cada uno de ellos. El dato que nos daba la información cuantitativa lo hemos podido contrastar con la descripción obtenida con el trabajo cualitativo, y así hemos podido obtener un mayor número de matices y detalles. Por otro lado, la indagación cualitativa nos ha permitido dibujar mapas a brocha gorda, desde donde de especular e inferir para luego indagar con mayor precisión a través del dato cuantitativo, y viceversa. Por lo que el uso de técnicas metodológicas de carácter cuantitativo y cualitativo a través de un modelo mixto de indagación, ha sido en todo momento el diálogo que hemos mantenido durante estos años de estudio y trabajo. En definitiva, hemos pretendido ser eficaces en nuestro trabajo y el modelo mixto era una buena manera de alcanzar esa eficacia pretendida (Hesse-Biber, 2016).

Quisiéramos señalar que hemos contado con la aportación de información obtenida a través de diversas fuentes, iremos viendo poco a poco qué técnicas e instrumentos hemos utilizado con cada uno de ellos. Consideramos que de esta manera hemos podido ofrecer a la investigación diferentes perspectivas que han ayudado a enriquecer y contrastar la información recogida no solo contrastando sino también ampliando.

Por otro lado, el enfoque de metodología mixto nos ha permitido establecer mecanismos de control interno, aportando así rigor científico a nuestra investigación (Tashakkori & Teddlie, 2003). Hemos tenido presente la necesidad de dotar de fiabilidad a nuestra investigación, elemento que creemos haber conseguido a través del aporte de diferentes técnicas metodológicas con las que se ha recogido la misma información de diferentes formas y de diferentes informantes. En cuanto a la validez interna hemos utilizado la contextualización. “Significa que el fenómeno que se está observando o analizando sea puesto en su contexto real. De esta manera se intenta comprenderlo y explicarlo mejor reduciendo las posibilidades de cometer errores en su interpretación.” (Coller, 2005, p. 87).

La contextualización de nuestra investigación queda recogida en la primera parte de este trabajo en la que hemos podido profundizar en el marco contextual que define la realidad del alumnado con Trastorno Mental Grave. Por otro lado, la explicación rigurosa de cada una de las técnicas metodológicas utilizadas para la recogida de información, desde su coherencia con la investigación, la selección de los informantes y los pasos procedimentales dados permitirán dar rigor y establecer un marco referencial a cada una de ellas.

En definitiva, hemos utilizado un enfoque de metodología mixto con la intención de recopilar y analizar datos, e integrar los hallazgos a través de inferencias. Para ello hemos utilizado tanto técnicas de carácter cuantitativo como cualitativo (Tashakkori & Creswell, 2007). No sé si esto tiene algo que ver con nuestra visión inclusiva y diversa de la vida. Si hemos sido capaces de ver el trabajo pedagógico de manera inclusiva, ¿por qué no hacerlo metodológicamente también?

3.2. Técnicas Metodológicas

Las acciones que nos han permitido analizar y describir esta investigación son las que han conformado su marco metodológico. Este marco metodológico se ha servido de unos procedimientos que se han apoyado en el uso de determinadas técnicas a la hora de observar y recopilar los datos obtenidos. Todo este conjunto de procedimientos, técnicas e instrumentos son los que han definido el cómo hemos realizado el trabajo investigativo (Azüero, 2019).

La selección de las técnicas utilizadas se ha realizado teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- El marco teórico.
- El tipo de pregunta formulada.
- El acceso a la información.
- La intención del objetivo sobre el que trabajábamos.

Les mostramos una tabla en la que pueden observar qué técnica metodológica se ha utilizado en cada parte del trabajo investigativo. En el siguiente capítulo les explicaremos cada uno de los instrumentos desarrollados para la recogida de la información. En cuanto a la intención del objetivo, entendido como un criterio a la hora de seleccionar una técnica concreta, quisiéramos señalar que en algunas casos hemos utilizado tanto el trabajo inductivo y en otros el trabajo deductivo. Es así que en la primera de las hipótesis - *El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave*- partimos de un marco teórico concreto que nos permitió explorar e indagar en la hipótesis planteada, pero de manera inductiva fuimos construyendo un cuerpo teórico más sólido y estableciendo campos de trabajo que permitieron desarrollar las dos siguientes hipótesis de manera adecuada y fundamentada. Dicho de otra manera, la primera hipótesis facilitó el desarrollo de un trabajo exploratorio generador de preguntas para que, esta vez de manera deductiva, hayamos podido indagar bajo la intención de confirmar o refutar las dos siguientes hipótesis - *La población escolar con Trastorno Mental Grave presenta mayor fracaso escolar que el resto de la población escolar y El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección*-.

Tabla 9
Relación Objetivos de Trabajo-Técnica Metodológica utilizada

Hipótesis	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Técnica Utilizada
1. El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave.	1. Analizar la atención que se da en el Sistema de Educación Público Madrileño al alumnado con Trastorno Mental Grave y entender si se ajusta a las necesidades específicas de dicho alumnado.	1.1.1. Analizar la situación de la población infanto-juvenil con Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo. 1.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través del profesorado que trabaja en los Centros Educativos Terapéuticos. 1.1.3. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través de las coordinadoras que trabaja en los Centros Educativos Terapéuticos.	Entrevista Encuesta Estudio de Casos
2. La población escolar con Trastorno Mental Grave presenta mayor fracaso escolar que el resto de la población escolar.	2.1. Valorar el impacto que tiene el Trastorno Mental Grave en la escolaridad de un adolescente en términos de abandono escolar temprano.	2.1.1. Estimar el porcentaje de población con TMG que presenta abandono escolar temprano en una muestra dada. 2.1.2. Estimar el porcentaje de población con TMG que accede a un empleo de trabajo en una muestra dada. 2.1.3. Estimar la relación entre acceso al mundo laboral y el nivel de estudios adquiridos en alumnado con TMG.	Encuesta
3. El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección.	3.1. Definir los factores de protección que permiten que un alumno/a con Trastorno Mental Grave obtenga éxito académico.	3.1.1. Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG. 3.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través de la visión del alumnado con Trastorno Mental Grave que ha obtenido éxito académico.	Entrevista Estudio de casos

A continuación, pasamos a describir las técnicas metodológicas utilizadas. El desarrollo de los instrumentos que han concretado cada una de esas técnicas podrán encontrarlo en los siguientes capítulos, donde describimos el trabajo investigativo de manera pormenorizada.

3.2.1. Entrevista Semi-Estructurada

De entre los muchos procedimientos que utilizan la interrogación como elemento indagador, nos hemos decantado por la entrevista, entendiendo que resulta un buen método para investigar de manera amplia y exhaustiva. Esta decisión no fue tomada porque pensásemos que en esencia, per se, se tratase de un buen método, sino porque entendimos que se trataba de una herramienta metodológica que se adaptaba muy bien a la muestra sobre la que queríamos trabajar en los dos momentos investigativos que hemos hecho uso de ella.

Por otro lado, también nos ha permitido recoger información de manera descriptiva, y esa era una de nuestras prioridades, describir la realidad sobre la que hemos trabajado para

entender desde los significados y las vivencias de sus protagonistas en términos emic. Hemos optado por la entrevista semi-estructurada como paso intermedio entre la rigidez de la entrevista estructurada y la apertura de la entrevista no estructurada o abierta. Es así como las dos entrevistas estructuradas que hemos utilizado estaban conformadas por preguntas preestablecidas (Vargas, 2012). Pese a todo, y pese a habernos dotado de una estructura que ha sustentado los instrumentos que más adelante les explicaremos, no hemos querido renunciar al acercamiento profundo de las ideas, creencias y supuestos que están en el pensar y sentir de los informantes, ya que esa es precisamente una de las grandes ventajas de la entrevista abierta. Por lo que en la búsqueda de las virtudes de ambos modelos de entrevista no hemos querido renunciar a ninguna de las ventajas que ofrecían y nos hemos decantado por el uso de la entrevista semi-estructurada. Las entrevistas que hemos diseñado nos han facilitado una estructura sobre la que construir y delimitar los campos indagadores, pero a la vez hemos podido disfrutar de la amplitud necesaria con la que improvisar en un diálogo constante entre la visión del investigador y la visión del informante.

Es por ello, que en el uso de diferentes técnicas metodológicas, la entrevista en profundidad abierta nos dificultaba muchísimo la operación de triangulación con el resto de técnicas. Por otro lado, consideramos que el uso de la entrevista estructurada nos exigía demasiada rigidez y nos quitaba dinamismo, por lo que no facilitaba momentos en los que extraer de los informantes respuestas amplias y de mayor elaboración. Esto solo podíamos hacerlo a través de la modulación de una entrevista en profundidad en la que el entrevistador tuviese márgenes amplios para transitar, indagar, repreguntar y conducir la conversación en función de cómo fuese desarrollándose la interacción con el entrevistado, siendo este un dato importante para nosotros. Por esta razón, entendimos que la entrevista semi-estructurada se convertía en la mejor herramienta a utilizar en este trabajo, ya que nos daba la posibilidad de ir armonizando la entrevista sobre la marcha sin renunciar al guión realizado con preguntas

pre-establecidas que permitiesen establecer respuestas fácilmente comparables entre sí, junto con otras técnicas metodológicas.

En los siguientes capítulos tendremos ocasión de definir cada uno de los instrumentos utilizados para el desarrollo de las entrevistas. En cualquier caso, señalaremos que han sido dos los momentos investigativos que se han servido de la entrevista como técnica metodológica. En concreto en el trabajo que profundiza sobre la primera hipótesis *-El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave-*. Podrán encontrar más detalles al respecto en el capítulo cuatro. Con respecto a la tercera hipótesis *-El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección-* podrán encontrar una descripción más detallada del instrumento utilizado en el capítulo seis.

Tan solo nos permitiremos hacer una última reflexión. La entrevista está considerada una técnica cualitativa, de hecho es una de las herramientas más utilizada en diferentes disciplinas dentro del trabajo cualitativo. No obstante, al inicio de este capítulo tres ya les indicábamos que en algunos momentos hemos trabajado de manera inductiva y en otros momentos hemos trabajado de manera deductiva, siempre bajo el paraguas de la metodología mixta. En ese cruce de miradas y técnicas, podemos observar cómo nos hemos servido de una técnica cualitativa que se ha utilizado en dos momentos distintos de la investigación, y en cada momento se ha utilizado con una intención diferente. En la indagación de la primera de las hipótesis *- El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave-* nuestra intención era claramente inductiva, y eso nos permitió, en términos exploratorios, armar el resto del trabajo. El uso de la entrevista en el trabajo investigativo realizado en la tercera de las hipótesis *- El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales*

diferenciales que actúan como factores de protección-, el trabajo ha sido de carácter deductivo. Teníamos claro lo que buscábamos y queríamos ver si se cumplía la hipótesis o no. El hecho de que hayamos preferido utilizar una técnica cualitativa en este segundo caso, no se debe a que nuestra intención fuese ceñirnos a confirmar o refutar sin más la hipótesis. Queríamos acceder a los detalles sentidos y vivenciados por los protagonistas para ser capaces de entender los significados profundos que los informantes le otorgan a su realidad. Ese relato de lo vivido y sentido que ofrece la entrevista no es menos real que un número, nosotros solo nos hemos permitido sintetizar la información para ponerla en orden y hacerla más entendible.

3.2.2. Encuesta

Nos hemos servido de la encuesta como técnica que utiliza la interrogación con la pretensión de recoger información a través de muestras amplias. La encuesta busca analizar a una población basándose en datos recogidos en una muestra representativa de dicha población (Cabrerizo, 2019). Posiblemente, el instrumento más utilizado para realizar una encuesta con la pretensión de llegar a muestras amplias sea el cuestionario.

En nuestro caso hemos utilizado dos cuestionarios. El que hemos utilizado para el desarrollo de la primera hipótesis *-El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave-* no tenía la pretensión de llegar a una población muy grande, no obstante consideramos que se convertía en una buena herramienta para nosotros, ya que si bien la muestra no fue muy grande nos permitió recoger información a través de otra técnica metodológica, con lo que podíamos ahondar en la fiabilidad de esa parte de la investigación al trabajar desde la triangulación de técnicas metodológicas. También se optó por el cuestionario en esta parte de la investigación por considerar que el cuestionario nos permitía recoger la información de manera estructurada, facilitando su posterior análisis.

El segundo cuestionario que hemos utilizado fue definido para la segunda de las

hipótesis *-La población escolar con Trastorno Mental Grave presenta mayor abandono escolar temprano que el resto de la población escolar-*. En este caso la intención sí era llegar a un número amplio de población, por lo que consideramos que el cuestionario sería una buena herramienta, ya que respondía a nuestra pretensión metodológica.

Como venimos diciendo, el cuestionario es la herramienta metodológica que hemos utilizado en dos momentos diferentes de esta investigación. El trabajo que se llevó a cabo para la indagación de la segunda hipótesis *- La población escolar con Trastorno Mental Grave presenta mayor fracaso escolar que el resto de la población escolar-* y parte del trabajo realizado en la indagación de la primera hipótesis *-El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave-*.

En las investigaciones de carácter cuantitativo, si los instrumentos que se utilizan están bien contruidos se convierten en garantes de la calidad y robustez de la investigación (Einola & Alvesson, 2020). En este sentido hemos querido establecer mecanismos de control interno que nos han permitido utilizar el cuestionario como una herramienta de trabajo bien construida y contrastada para mostrar datos válidos a la hora de establecer relaciones e interacciones entre las variables observadas. En el capítulo cuatro y seis podrán encontrar información detallada que desarrolla este aspecto en cada uno de los cuestionarios utilizados. En cualquier caso, en aras de establecer mecanismos de control a nuestra investigación podemos explicitar que por las características de nuestros informantes no hemos podido controlar siempre las condiciones en las que se recogía la información pero para contrarrestar esto sí que hemos explicado el contexto en el que se han producido cada una de los instrumentos utilizados. Por el diseño investigativo utilizado tampoco hemos podido confrontar la información recogida en nuestros cuestionarios con las respuesta de otros grupos para controlar la aparición de variables extrañas, pero sí que hemos podido triangular la información obtenida con los datos recogidos a través de otras técnicas metodológicas,

estableciendo así condiciones mínimas de validez y fiabilidad estadística.

El diseño de un cuestionario puede realizarse de diferentes formas y su clasificación responder a diferentes criterios. Pero una manera de clasificarlos podría ser diferenciando entre cuestionarios autoadministrados y cuestionarios administrados por el entrevistador (Farooq, 2018). En nuestro caso hemos hecho uso de los dos tipos de cuestionarios. El cuestionario autoadministrado, en concreto se ha tratado de un cuestionario en línea a través de la plataforma de cuestionarios de Google, fue usado en la primera hipótesis - *El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave* - mientras que el cuestionario administrado por el entrevistador, en concreto hemos utilizado un cuestionario telefónico, se ha utilizado en la primera hipótesis - *La población escolar con TMG presenta mayor abandono escolar temprano que el resto de la población escolar* -.

3.2.3. Estudio de Casos

Uno de los posicionamientos implícitos en la reflexión desde el campo de las ciencias sociales es el análisis de problemas concretos a través de los individuos (Jociles, 1999). Nosotros hemos querido problematizar nuestro trabajo a través del uso de estudios de casos concretos para que sean las propias realidades de un grupo de alumnos y alumnas con Trastorno Mental Grave las que nos den luz sobre las dificultades que en sus condiciones pueden encontrar a la hora de encarar su proceso educativo.

El estudio de casos, como estrategia indagadora, busca la particularidad y la complejidad de un caso concreto y singular (Cuadrado, 2013). Esta técnica nos ha permitido acceder a la información de manera sencilla. Entendimos que teníamos que partir de condiciones reales de acceso a los informantes, y desde aquí plantearnos un diseño de trabajo coherente con las posibilidades de acceso y con el tiempo de trabajo definido previamente. Es así como, para tomar la decisión de quiénes serían los informantes clave, nos parecía

interesante incorporar la voz de los estudiantes como uno de los actores fundamentales en todo el entramado de relaciones y vivencias que conforman el campo de estudio que nos habíamos planteado. El estudio de casos nos permitía analizar datos secundarios sobre los que estructurar la indagación de manera rigurosa, fidedigna y amplia. Por otro lado, nos permitía salvar cualquier tipo de conflicto ético, dado que se ha trabajado bajo un riguroso anonimato sobre datos secundarios.

En definitiva, la capacidad descriptiva de esta técnica nos pareció una herramienta muy interesante para, de manera fácil y complementaria al resto de técnicas utilizadas, poder exponer realidades concretas de actores concretos.

Las opiniones son muchas y variadas, pero sí quisiéramos dejar claro qué es para nosotros y cómo hemos utilizado el análisis de casos para entender el caldo sobre el que hemos cultivado técnicas metodológicas tanto cualitativas como cuantitativas. El estudio de casos, como técnica metodológica, se ha utilizado tradicionalmente desde diferentes corrientes próximas al paradigma cualitativo como son la psicología ecológica, la etnografía holística, antropología cognitiva, etnografía y sociología de la comunicación e interaccionismo simbólico, pero es una técnica que –aún no siendo una de las más utilizadas– ocupa un espacio definido en el ámbito de la investigación educativa (Martínez, 2006).

El estudio de casos tiene una larga tradición dentro de las ciencias sociales, y ha estado implícito en algunos de los trabajos más importantes, desde Weber con *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo* (1998), Durkheim con *Las Formas Elementales de la vida Religiosa* (2007) y Marx con el *Dieciocho Brumario* (2011), hasta Malinowski con sus *Argonautas del Pacífico Occidental* (2001) en las Islas Trobriand. En definitiva, y asumiendo la validez de la técnica, su capacidad analítica dependerá de la construcción del caso. “Construir un caso significa justificar su elección para servir como plataforma de investigación....destacando dos aspectos: la relevancia y la naturaleza del caso” (Coller, 2005,

p. 29).

Nuestra intención ha sido analítica y explicativa. No obstante, hemos utilizado el estudio de casos en dos momentos investigativos diferentes. El primero de ellos consistió en el análisis de dieciocho casos en el desarrollo de la primera de las hipótesis investigadas *-El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave-*. Esto nos sirvió como trabajo exploratorio para el trabajo que más tarde realizamos en la tercera hipótesis *-El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección-*. En este caso se seleccionó una muestra mucho más amplia desde donde sí pudimos trabajar bajo criterios de estadística paramétrica. Tendremos ocasión de profundizar en la construcción de los instrumentos en sus respectivos capítulos.

De esta manera hemos observado y analizado unos casos determinados apoyándonos previamente en el marco teórico, en el primero de los instrumentos, y en el trabajo de campo que habíamos realizado hasta ese momento en el segundo de los instrumentos. Por lo que se trata de un trabajo que ha tenido una intención deductiva en la primera de las ocasiones e inductiva en la segunda de ellas. Para ello, hemos realizado un análisis de *casos múltiple* (Yin, 1998) de naturaleza comparativa, también se le suele llamar *colectivo* (Ylikoski & Zahle, 2019). Consiste en la compilación de informaciones sobre casos que se asemejan o difieren entre sí. El grado de similitud o de diferencia es un factor que se suele tener en cuenta a la hora de seleccionar los casos en función de los intereses y la estrategia del investigador, siendo este uno de los elementos que nos han ayudado a perfilar nuestro análisis de casos.

Tendremos ocasión de explicar con mayor detalle en el apartado correspondiente, pero adelantamos ya que hemos utilizado un muestreo motivado (Otzen & Manterola, 2017) en el que ha primado la representatividad analítica. Para ello hemos utilizado aquellos casos que consideremos eran los más apropiados para presentar la realidad de estudio. Pese a que la

intención de representar nuestro universo no ha sido estadística, consideramos que la selección de los casos elegidos representa la heterogeneidad que existe en la interacción del TMG y el ámbito educativo sin renunciar a los criterios de validez y fiabilidad que permiten realizar un control interno. Este elemento de control, creemos haberlo conseguido con el uso de diferentes técnicas metodológicas. En la triangulación de los datos bajo la mirada de una metodología mixta es donde, al menos esperamos que así haya sido, hemos conseguido fortalecer la investigación bajo criterios de validez y fiabilidad.

Capítulo 4. Hipótesis 1. El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de Trastorno Mental Grave

4.1. Introducción

Para conocer el tipo de trabajo educativo que desde la Comunidad de Madrid se ofrece a alumnado con TMG necesariamente tenemos que indagar y conocer cómo impacta el TMG en el ámbito educativo y entender qué reacción tiene el contexto frente a las enfermedades mentales graves dentro del campo de la educación. Señalaremos que parte de este trabajo ha sido publicado en dos revistas de impacto en el año 2019 como parte del proceso formativo que está implícito en el transcurrir de cualquier tesis doctoral, siendo este compartir con la comunidad científica los avances que vayamos realizando a lo largo de nuestra investigación.

Esta parte de la investigación se ha desarrollado utilizando tres técnicas metodológicas diferentes. Para ello nos hemos servido de entrevistas en profundidad semi-estructuradas, estudio de casos y de un cuestionario. Veamos detalladamente cada una de ellas.

Tabla 10
Relación primera hipótesis objetivos de trabajo

Pregunta	Hipótesis	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Publicaciones
¿Qué atención se da desde el sistema público de educación al alumnado con trastorno mental?	<p>H0. Como hipótesis nula planteamos que el sistema público madrileño realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de TMG.</p> <p>H1. Como hipótesis alternativa afirmamos que el sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de TMG.</p>	1. Analizar la atención que se da en el Sistema de Educación Público Madrileño al alumnado con Trastorno Mental Grave y entender si se ajusta a las necesidades específicas de dicho alumnado.	<p>1.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través del profesorado que trabaja en los Centros Educativos Terapéuticos.</p> <p>1.1.3. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través de las coordinadoras que trabaja en los Centros Educativos Terapéuticos.</p>	<p>Crespo Molero, F., & Sánchez Romero, C. (2018). Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo de adolescentes. <i>Revista Complutense De Educación</i>, 30(1), 205-223. https://doi.org/10.5209/RCED.56082</p> <p>Crespo, F. y Sánchez, C. (2019). Trastorno Mental Grave: análisis de la atención educativa en la Comunidad de Madrid. <i>Psychology, Society & Education</i>. 11(1), pp. 113-124. http://dx.doi.org/10.25115/psye.v11i1.2124</p> <p>Crespo Molero, F., (2021). Centros educativos terapéuticos. Atención a alumnado con trastorno mental grave. <i>Revista de Educación Inclusiva, Monográfico</i>, Aulas Hospitalarias, 124-138.</p>

4.1.1. Entrevista Semi-Estructurada

4.1.1.1. Participantes. Para la elaboración de esta entrevista seleccionamos a informantes clave que se encontraban en una posición privilegiada de observación e

interacción con la realidad de estudio. Dado el tipo de población sobre el que queríamos indagar, en base a un criterio de informantes clave, el tipo de información descriptiva que queríamos obtener y la dimensión del universo muestral, decidimos recoger la información en base a una entrevista en profundidad semi-estructurada. Se realizaron cinco entrevistas.

Para la selección de la muestra de informantes utilizados en la realización de las entrevistas en profundidad se priorizó en criterios etnográficos desde donde dar importancia no tanto a la representatividad estadística de la muestra de los informantes sino al conocimiento de la realidad objeto de estudio. Siendo más precisos, diríamos que los entrevistados/as se han seleccionado por el muestreo teórico (Hernández, 2014). Es decir, se consideró que debido a la especificidad de su trabajo y nivel de conocimiento experto en el tema a trabajar, se convertían en actores privilegiados a la hora de trasladar su visión y experiencia.

Para ello, decidimos centrar el uso de esta técnica metodológica en las Coordinadoras de los Centros Educativos Terapéuticos de la Comunidad de Madrid, ya que se trata de informantes clave que están en una situación privilegiada dentro del trabajo que se realiza en la Comunidad de Madrid con alumnado de Trastorno Mental Grave. Existen solo seis centros públicos en toda la Comunidad de Madrid que desde el ámbito educativo trabajen con alumnado que responde a un perfil tan concreto y cada uno de ellos está conformado por un equipo educativo que a su vez está coordinado por un responsable. Esta figura de coordinación tiene el privilegio de conocer globalmente el trabajo educativo que se realiza en su centro con todos los alumnos y alumnas a los que atienden y a su vez se coordinan con todos los institutos y colegios de referencia de cada uno de estos alumnos/as ubicados en su zona. En este sentido, reciben información constante y de primera mano de todos los centros educativos de su área, por lo que tienen el pulso y el acceso a la realidad de cada centro educativo con el que se coordinan.

Enunciemos los motivos por los que consideramos que las coordinadoras de los Centros Educativos Terapéuticos se convierten en informantes clave para la recogida de datos a través de la técnica metodológica de entrevista:

- Atienden directamente a alumnos/as con Trastorno Mental Grave.
- Al tratarse de seis centros que reciben a todo el alumnado de la Comunidad de Madrid, cada centro recibe alumnos/as de una zona concreta, por lo que la perspectiva de los seis recursos podrían completar una visión conjunta de toda la Comunidad de Madrid.
- No solo realizan trabajo directo con el alumnado, sino que tienen el privilegio de reunirse con todos los centros educativos de donde provienen los alumnos/as que ingresan, por lo que reciben información real de la vivencia que cada centro educativo tiene en el trabajo con alumnos y alumnas con Trastorno Mental Grave.
- Pueden aportar la visión del trabajo de campo en aula así como un punto de vista más institucional, ya que también se coordinan con instancias educativas como son la Unidad de Programas Educativos, Inspección Educativa y la Dirección General de Educación Infantil, Primaria, Especial y Secundaria.

Esta visión privilegiada les da la posibilidad de tener una información amplia desde donde obtener respuestas a nuestras preguntas en base a criterios globales del objeto de estudio. Por otro lado, el número de entrevistas viene definido por el número de centros existentes. Como ya hemos dicho se trata de seis centros en toda la Comunidad de Madrid. Del total de los seis centros se han realizado cinco entrevistas.

4.1.1.2. Procedimiento. Tanto la presencia en el campo de trabajo como el acceso a las informantes es un elemento que se pudo resolver con facilidad, de hecho podríamos decir que lejos de encontrar resistencias han sido todo facilidades. En lo que respecta a las informantes clave la disposición y facilidad para realizar las entrevistas en profundidad ha sido muy grande una vez realizada la petición. Para la realización de las mismas, y con la

intención de facilitar a las interesadas los desplazamientos y los tiempos, se han llevado a cabo todas ellas en sus centros de trabajo salvo una, que se llevó a cabo por video-conferencia a través de Skype. En todas las ocasiones ha sido el entrevistador quien se ha desplazado al centro de trabajo de las profesionales para realizar las entrevistas. Este dato no solo es interesante de cara a facilitar el desplazamiento, sino que también nos permitió realizar las entrevistas en un contexto donde podían sentirse cómodas y seguras. Por otro lado, ¿qué mejor sitio que allí donde suceden las cosas?, poder realizar una entrevista en su espacio de trabajo nos ha brindado una posibilidad de observación muy interesante que creemos ha aportado mucho al trabajo y a la mirada del investigador.

También nos parece interesante destacar el elemento de la cercanía a cada una de las personas entrevistadas. Pérez et al. (2012) hablan de la necesidad de establecer el *rapport*, un nivel de confianza que sea facilitador y generador de un contexto adecuado para realizar la entrevista. Rodríguez et al. (1996) hablan de confianza, para ellos la entrevista en profundidad es “un proceso de entendimiento y confianza mutua entre entrevistador y entrevistado” (Rodríguez et al., 1996, p. 171). Este contexto de confianza es uno de los elementos que destacaremos como facilitadores del proceso de las entrevistas realizadas en esta parte de la investigación, ya que se estableció de manera natural sin ninguna dificultad.

4.1.1.3. Diseño de Instrumento. Para elaborar el instrumento que finalmente se utilizó en esta parte de la investigación Realizamos un guión de entrevistas lo suficientemente cerrado como para considerar que se trata de una entrevista estructurada. Por otro lado, pensábamos que establecer un guión de preguntas fundamentales nos permitía incidir en los mismos elementos de estudio con todos los informantes, así como triangular con otras técnicas. La apertura y el carácter que le hemos dado como entrevista en profundidad se ha vinculado más al dinamismo aplicado por el entrevistador en cada una de las entrevistas, por lo que finalmente hemos realizado una entrevista que clasificaremos como entrevista semi-

estructurada. Nos ha interesado establecer un control interno en el desarrollo de las entrevistas, para ello, y siguiendo a Pérez et al. (2012):

- Hemos prestado atención a la coherencia de los relatos relacionando lo que dicen las entrevistadas en diferentes ocasiones.
- Hemos comparado unos pasajes con otros prestando también atención al lenguaje no verbal.
- Hemos diferenciado entre elementos perceptivos y subjetivos del informante de la información objetiva.

El primer guión que utilizamos para desarrollar el instrumento de nuestra entrevista surge tras analizar pormenorizadamente el marco teórico. Las preguntas planteadas se propusieron como primera lluvia de ideas. Posteriormente se ordenaron y filtrado en base a dimensiones de estudio. Una vez definidas las preguntas, y sabiendo que las mismas preguntas que íbamos a utilizar para la entrevista serían utilizadas en el cuestionario, se sometió dicho cuestionario a un juicio de expertos formado por una Doctora en Educación, dos Doctores en Psicología y una Psicóloga Experta en Psicología Educativa.

Para su validación se procedió a enviar por correo electrónico, y usando la herramienta Formularios de Google de la plataforma Google Drive, un cuestionario formado por las preguntas a validar en base a dos criterios y medidos del 1 al 5 en escala Likert donde 1 significaba muy baja y 5 muy alta. Los criterios usados fueron:

- Adecuación y coherencia interna de las preguntas con respecto a las dimensiones.
- Grado de comprensión de los ítems. Valorar si el ítem está bien definido y se entiende con claridad.

La generosidad de los expertos permitió no solo recibir las valoraciones numéricas de cada pregunta sino también poder contar con apreciaciones y matizaciones de carácter cualitativo que permitieron redefinir algunas preguntas, eliminar otras y establecer un criterio

diferente en cuanto a las dimensiones de estudio. Es así como finalmente optamos por analizar 2 dimensiones y agrupar las preguntas que posteriormente pasaron la validación de los expertos en base a esas dos dimensiones. El instrumento que hemos utilizado en esta parte de la investigación ha sido el siguiente:

Tabla 11
Dimensión 1 y 2

Dimensión 1. Impacto del TMG en el trayecto educativo del menor

1. ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con Trastorno Mental Grave?
 2. ¿El alumnado con TMG presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún TMG?
 3. Dirías que el Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar, ¿por qué?
 4. ¿Tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa?, ¿cuáles?
 5. ¿Qué dificultades de convivencia plantea un alumno/a con TMG en su centro?
 6. Si un gran número de ellos/as fracasa y/o abandona, ¿conseguir mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico?
 7. ¿Cuáles son los predictores del fracaso escolar en una alumno/a con Trastorno Mental Grave? O planteado de otra manera, ¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con TMG para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar?
 8. ¿Qué piensas de esta frase?, El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece
 9. ¿La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo?
 10. A qué edad consideras que el fracaso en alumno/a con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia:
Entre 10 y 12
Entre 12 y 14
Entre 14 y 16
Entre 16 y 18
 11. Por tu experiencia, ¿qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a?
-

Dimensión 2. Respuesta del ámbito educativo al alumno/a con TMG

1. Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con trastorno mental grave en la escuela pública qué dirías.
 2. ¿Los institutos están adaptados para dar respuesta educativa al alumnado con Trastorno Mental Grave?
 3. Desde tu experiencia profesional, ¿conoces algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo? y ¿cuál?
 4. ¿La escuela incluye o excluye al alumnado con Trastorno Mental Grave?
 5. El profesorado, ¿tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con TMG?
 6. ¿Necesitarían mayor formación específica para trabajar con esta población?
 7. ¿Consideras que hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave en la Comunidad de Madrid?
 8. ¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave?
 9. En los institutos de la Comunidad de Madrid cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave se interviene de manera:
psico-educativa en el centro / se deriva a recursos especializados
 10. ¿Hay suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave?
 11. Cuando un alumno/a con Trastorno Mental Grave plantea problemas de convivencia en su centro, cuál es la respuesta?
-

El instrumento utilizado en la entrevista se asemeja mucho al instrumento utilizado en el cuestionario. Esto se hizo con el fin de poder triangular la información obtenida. Es así como les remitimos al apartado de este capítulo donde describimos la construcción del cuestionario donde podrán encontrar detalles pormenorizados de cómo se elaboró y los pasos que se dieron para su validación. De esta manera podremos explicar algunos de los pormenores que han diferenciado la elaboración del cuestionario con respecto a las entrevistas.

Tendríamos que decir, y en definitiva se trata del carácter dinámico y dialógico que toda investigación debería tener, que pese a que teníamos establecida una secuencia y un procedimiento muy claro de cómo realizar la construcción de las herramientas de recogida de información, finalmente no hemos podido realizar una secuencia lineal, sino que hemos ido dando pasos hacia delante y pasos hacia atrás. Nuestra primera intención consistía en elaborar y validar el cuestionario para que una vez concluido pudiésemos proceder a la realización de las entrevistas utilizando las mismas preguntas para facilitar así la triangulación, pero esto no pudo hacerse tal y como lo habíamos definido.

Por complicaciones de agenda o por azares, confluencias y coincidencias, tuvimos que realizar las entrevistas antes de obtener la respuesta de los cuestionarios. Este dato, que en principio no parece ser relevante, finalmente sí que lo fue ya que pudimos introducir alguna matización en el cuestionario como consecuencia de la experiencia recogida tras las entrevistas y no al revés que era lo que pretendíamos en un principio. Es así como por ejemplo, la pregunta siete de la primera dimensión estaba planteada en negativo y tras vernos obligados a reformularla sobre la marcha en el transcurso de las entrevistas, pudimos observar que formulada en positivo permitía situar mejor al informante su opinión y experiencia, por lo que la información que obteníamos era de mayor valor descriptivo. Esta posibilidad que da la entrevista de repreguntar es algo que el cuestionario no nos permitía, por lo que consideramos que el ejercicio casual y no planificado de comenzar el trabajo de campo con las entrevistas

nos ha permitido mejorar el instrumento metodológico.

4.1.1.4. Análisis de Datos. Pese a la complejidad que implica analizar la cantidad de datos y e información que genera la técnica de la entrevista, hemos intentado aportar un poco de orden metodológico a la hora de enfrentarnos a su análisis, solo así podremos acercarnos a algo que nos atrevamos a considerar como científico. Para ello hemos sistematizado nuestro trabajo con el fin de encontrar relaciones cargadas de significado y bien contextualizadas para distinguir “a nivel teórico lo que en la práctica se da sin distinciones dentro de un todo” (Osse et al., 2006, p. 120), para buscar las relaciones que hay entre lo que se hace y el discurso final de los actores.

Para sistematizar las tareas a realizar durante el análisis de las entrevistas hemos procedido de la siguiente manera (Piza et al., 2019):

- En primer lugar hemos realizado una reducción de los datos obtenidos.
- Posteriormente hemos procedido a transformar los datos.
- Y por último hemos obtenido resultados y realizado una verificación de conclusiones.

Entendimos la reducción de datos como una manera de simplificar y resumir la selección de la información para hacerla más manejable, en definitiva estamos hablando de categorizar y codificar. Es así como la categorización ha consistido en recuperar de los textos producidos por el trabajo de campo la información de manera clasificada en base a categorías. En esta parte de la investigación hemos utilizado la generación inductiva de categorías con el propósito de incorporar al análisis aquellos elementos conceptuales que fuesen surgiendo a lo largo del proceso de investigación. Es decir, hemos partido de unas preguntas de indagación establecidas previamente para posteriormente, de manera inductiva, ir extrayendo y definiendo las categorías y subcategorías desde donde realizar un trabajo relacional.

Para realizar el trabajo de análisis de textos y categorización de unidades de análisis, así como la realización de redes semánticas hemos utilizado el programa informática

ATLAS/ti versión 1.0.45 (185). La utilización de este software no solo nos ha permitido agilizar la categorización y codificación de la información obtenida sino que nos ha facilitado el trabajo relacional e interpretativo a través de redes semánticas. Estas redes semánticas nos han posibilitado vincular y visualizar gráficamente las categorías extraídas para posteriormente relacionarlas entre si en base a unidades conceptuales. Hemos entendido red semántica como el mapa relacional que genera un espacio formado por conceptos distintos que comparten significados comunes (Friese, 2012). Es decir, una red de conceptos que comparten un espacio semántico conformándose como unidad de análisis relacional.

Con el ejercicio de categorizar hemos profundizado en un modelo de trabajo que nos ha permitido hacer los datos más entendibles y accesibles para el análisis. Los pasos que hemos dado para realizar el análisis de la información han sido (Bergua, 2011):

- Hemos descompuesto el texto decidiendo las unidades de registro a las que hemos atribuido categorías. Partimos de las preguntas previamente definidas para analizar cada una de ellas y descomponer su contenido en categorías de análisis.
- Encontrada las palabras clave buscadas hemos definido contextualmente su carga semántica para atribuir categorías concretas.
- La atribución de categoría se realizó en base a criterios temáticos y semánticos.

En definitiva, hemos partido de una unidad hermenéutica que ha sido definida en base a preguntas. De las respuestas obtenidas a estas preguntas hemos ido extrayendo inductivamente categorías y subcategorías de análisis que nos han permitido construir relaciones semánticas entre categorías. El análisis se ha realizado pregunta a pregunta en cada uno de los métodos de recogida de datos utilizados. A continuación hemos procedido a la triangulación de la información recogida contrastando todas las preguntas entre los diferentes métodos utilizados, entrevistas, cuestionarios y análisis de casos.

Por otro lado, entendemos que los actores dan un sentido a sus acciones, por lo que

para nosotros ha sido prioritario entender sus atribuciones semánticas desde donde encontrar explicaciones. La diferencia entre *significante* y *significado*, entre las acciones y los significados que se le atribuyen nos ha permitido entender las narraciones de los actores. Ruiz (2009) plantea tres niveles de análisis –textual, contextual e interpretativo-. Hemos usado estos tres niveles de manera conjunta. No obstante, el nivel que más nos ha interesado ha sido el interpretativo, ya que éste nos permitió sacar conclusiones.

La disposición y transformación de los datos ha consistido fundamentalmente en realizar una síntesis y agrupamiento de las categorías extraídas de los textos desde donde aportar orden a la cantidad de categorías establecidas y definidas en el paso anterior. Para realizar este ordenamiento fuimos analizando cada una de las preguntas utilizadas en el trabajo de campo en un análisis interno y a su vez una triangulación con su misma pregunta utilizada en el resto de técnicas. Es así como hemos establecido un mapa semántico que nos ha servido para presentar la información de manera resumida junto con una descripción interpretativa que contextualice la información presentada en base a los criterios de observación del investigador y de la cohesión y unidad aportada por el marco teórico. La descripción del mapa semántico nos permitió no solo presentar los datos, sino observar relaciones y descubrir su estructuras internas, convirtiéndose así en una herramienta fundamental que nos permitió establecer relaciones entre categorías y triangular la información obtenida de manera simplificada.

Pero ¿qué mejor forma de explicar algo que haciéndolo? Pasemos a analizar las preguntas de nuestra investigación en cada uno de los métodos ya citados. A continuación triangularemos las conclusiones obtenidas desde donde aventuraremos conclusiones finales en esta parte de la investigación.

4.1.1.5. Resultados.

**Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 1: ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para un alumno/a con Trastorno Mental Grave?**

Son varios los elementos a destacar en la interpretación de esta primera pregunta. Nos hemos encontrado con cierta dispersión en las respuestas, por lo que cada una de las entrevistadas ha puesto el acento en sitios distintos, ofreciéndonos diversas interpretaciones que nos dan un abanico amplio de posibilidades interpretativas. Por un lado el significado de lo educativo para la población con trastorno mental grave representa un Campo Pedagógico Emergente poco explorado y definido. En este caso estaríamos hablando de la percepción del profesional. Pero este Campo Pedagógico Emergente tiene que concretarse en lo que representa y significa para el alumnado. Aquí es donde encontramos que el análisis de las respuestas de las entrevistadas nos ofrece dos grandes posibilidades. La visión de la representación de aquellos elementos positivos que están depositados en el ámbito educativo para un alumno con trastorno mental grave y la visión de aquellos elementos que se centran en las dificultades.

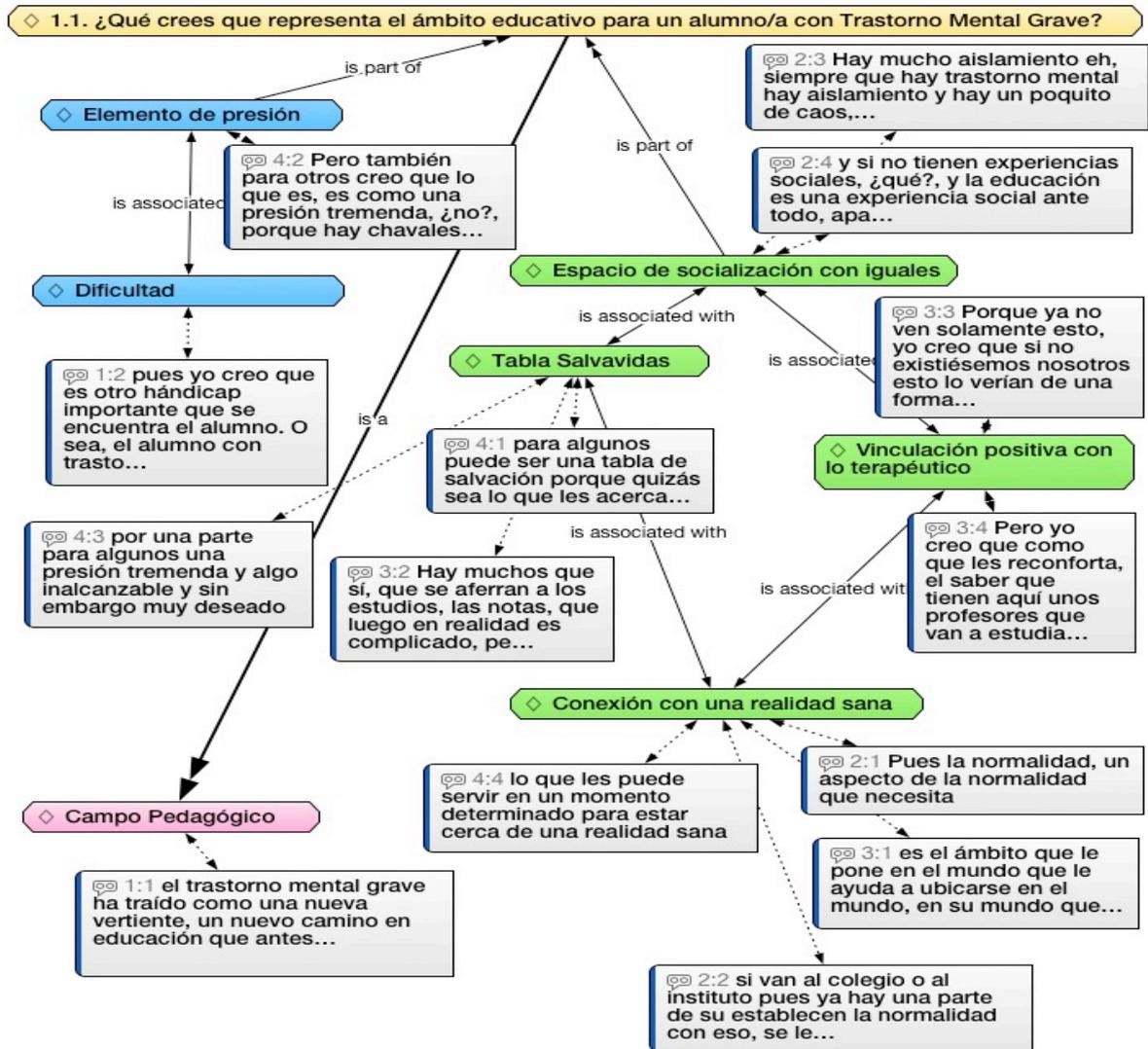
Es así como lo educativo para un alumno/a con trastorno mental grave representa fundamentalmente una conexión con la realidad, con una realidad que alguna de las informantes define como “sana”. Es un enganche normativo que les permite establecer referencias sanas de orden cotidiano, así como una referencia de obligado cumplimiento que les ayuda a centrar su vida y pautarles normativamente. En definitiva, se convierte en un contexto de socialización que les ofrece “estar cerca de una realidad sana”. En este sentido, destacamos que uno de los riesgos recurrentes que tiene un alumno/a con trastorno mental grave es el aislamiento. Bien sea por rechazo de los demás, por introversión o por las dos. Por lo que el instituto se convierte en un campo desde el que exponerse a experiencias sociales, por lo que “si ellos van al instituto o al colegio, eh, también están haciendo experiencias

sociales”. El contexto escolar se convierte en espacio fundamental donde el alumno interacciona socialmente, sea con mayor o menor éxito. No solo es un espacio de aprendizaje académico. Desde aquí, el instituto se convierte en el lugar principal desde el que adquirir, probar y ensayar con iguales y adultos competencias sociales.

Lo académico también se puede visualizar como un conector, un elemento de enganche con lo terapéutico. En esta visión se está valorando la experiencia directa de los CET, donde lo educativo permite que el alumno/a perciba el Hospital como menos Hospital. Una de las informantes decía que “si no existiésemos nosotros, esto lo verían de una forma negativa.....pero yo creo que como que les reconforta, el saber que tienen aquí unos profesores, que van a estudiar, que va a seguir con sus ritmos, dentro de sus limitaciones claro”.

Y por último, lo educativo representa una gran dicotomía en la que para algunos llega a ser un referente al que vincularse, una “tabla de salvación” que les permite descentrar la atención de su enfermedad y relacionarse con algo positivo, es algo “que les acerca a la vida real”. Pero por otro lado, para otros se convierte “en una presión tremenda, y algo inalcanzable y sin embargo muy deseado”. Es decir, la interpretación de lo educativo como una dificultad añadida que adquiere la condición de doble dificultad. Por un lado la dificultad vital del posible fracaso académico, con todo lo que ello implica. Y por otro es un elemento más de presión, de fracaso personal que no beneficia el proceso terapéutico.

Figura 4
Dimensión 1, pregunta 1



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 2: ¿Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún Trastorno Mental Grave?

En principio parece que hay una opinión compartida en cuanto a la relación entre fracaso escolar y trastorno mental grave entre las entrevistadas. Sí es cierto que pese a la primera afirmación espontánea más o menos compartida por todas las informantes se desgranar una serie de matices que nos permitirá desarrollar y entender la complejidad de una pregunta aparentemente sencilla. Nos encontramos con 3 elementos que desarrollan la relación entre fracaso escolar y trastorno mental grave:

- Las dificultades que presenta el sistema educativo unidas a la responsabilidad del profesorado,
- Dificultad añadida y diferenciadora con respecto al alumnado general,
- Historia de fracaso de la que forma parte y/o está relacionada la dificultades de vinculación que el alumno/a con trastorno mental grave tiene y encuentra en su contexto.

Una de las informantes nos comentaba como “el sistema educativo está centrado en aspectos cognitivos”, dejando a un lado aspectos relacionados con la educación emocional y elementos conceptuales como las inteligencias múltiples. Esto ya define un escenario en el que el alumno/a con trastorno mental grave tiene más dificultades para encontrar una respuesta educativa que se adapte a su idiosincrasia y necesidades específicas. Junto a este escenario que plantea el sistema educativo aparece el factor profesorado. En cuanto a la responsabilidad del profesorado es algo que tendremos ocasión de desarrollar más adelante en la dimensión de análisis dos. No obstante sí es interesante como elemento discursivo, ya que deposita el acento en aspectos contextuales que tienen más que ver con la responsabilidad de la administración educativa y de los profesionales que formamos parte de dicha administración que con las condiciones personales y contextuales que definen la realidad del

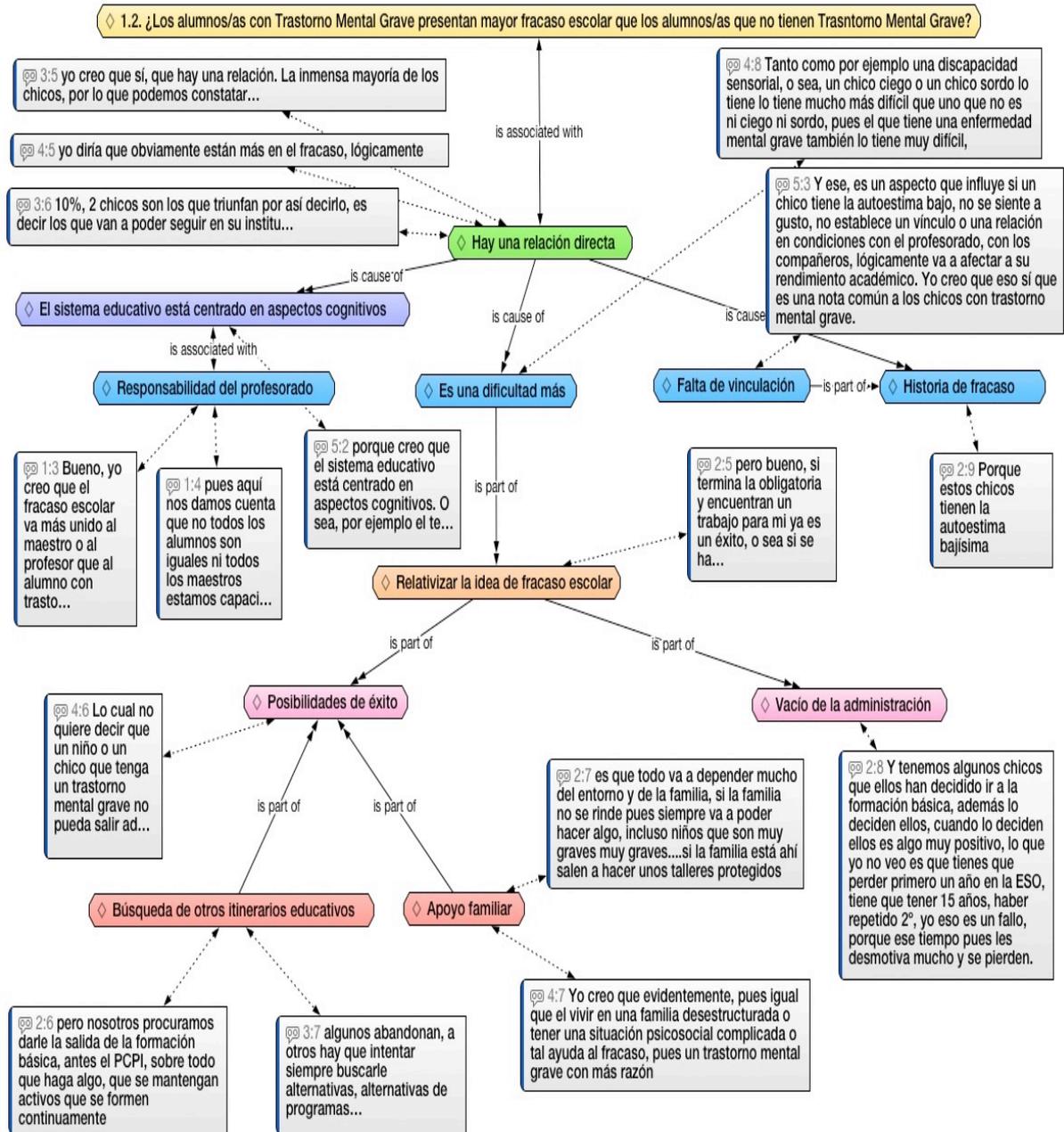
alumno. En una situación de enfermedad el tipo de atención que reciba el paciente o el alumno será un factor definitorio de su fracaso o éxito académico, ya que dispone de menos recursos que le permitan afrontar las dificultades propias del estudio. Por otro lado encontramos la visión del trastorno mental grave como una dificultad más añadida a un proceso cargado de dificultades en sí mismo. Por lo que el alumno/a con trastorno mental grave se encuentra con un obstáculo más que salvar que le pone el camino más difícil que al resto de alumnos. Esta categoría de análisis está muy relacionada con la acumulación de fracasos no solo académicos, sino también personales que predisponen al alumnado con trastorno mental grave a confrontarse con su autoconcepto -entendiendo este como la manera en la que se perciben- y que se traduce en una autoestima generalmente baja -entendiendo esta como la valoración que hacen de su autoconcepto-. Nos ha parecido interesante relacionar la idea sentida de fracaso acumulado con la falta de vinculación que un alumno con trastorno mental grave presenta. No establecer vínculos estables y sanos con profesorado, con centro educativo y con compañeros de clase es algo que tiene una relación directa con la baja autoestima, y ambas cosas pueden afectar directamente al rendimiento académico del alumno/a.

En cualquier caso, nos parece interesante destacar que la idea de fracaso escolar tendría que ser explicada y definida en mayor profundidad, ya que resulta muy difícil desligar el ámbito escolar del ámbito vital o personal. Es así como en el caso de algunos alumnos/as podríamos decir que "si termina la obligatoria y encuentran un trabajo para mi ya es un éxito, o sea si se han incorporado al mundo laboral o se han hecho una pequeña FP una salida modestita, porque luego ellos se afianzan...". Por otro lado, ya hemos visto que la dificultad para vincularse es algo que está presente en el alumnado con trastorno mental grave. Pues bien, sin entrar a valorar las dificultades que presenta el sistema educativo, que las tiene, también tiene sus virtudes. Existen posibilidades de éxito formativo pese a que se fracase

escolarmente. Cuando se produce un deterioro académico y la patología del alumno lo permite -porque no ha habido deterioro cognitivo y otras series de características personales, familiares y sociales acompañan- existen márgenes de re-definición de itinerarios formativos que tienen más que ver con la formación profesional. En muchos casos no responderá a las expectativas que en un principio se planteaban el alumno y la familia del alumno en su trayectoria educativa, por lo que tendrán que trabajarse la adaptación a esos nuevos itinerarios. En otras ocasiones representan posibilidades alternativas al estudio académico que permiten al alumno continuar con su formación y preparación para la vida laboral y en definitiva para la adquisición de herramientas que faciliten su autonomía.

No obstante no podemos olvidar que las posibilidades formativas alternativas que el sistema educativo ofrece adquieren valor y entran en juego cuando se ha producido el fracaso escolar, no antes. Por lo que una es consecuencia de la otra. En cualquiera de los dos casos, resultaría importante reseñar como en gran medida el éxito del periodo formativo del alumno con trastorno mental grave "va a depender mucho del entorno y de la familia, si la familia no se rinde pues siempre va a poder hacer algo, incluso niños que son muy graves, muy graves, psicóticos muy graves, si la familia está ahí salen a hacer unos talleres protegidos" y finalmente estructurarán su vida desde las dificultades que la enfermedad les genere, pero siempre con mayores posibilidades de éxito que aquellos alumnos que no tienen una familia que acompañe positivamente en su proceso.

Figura 5
Dimensión 1, pregunta 2



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 3: ¿Dirías que el Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar?, ¿por qué?

Hemos encontrado dos tipos de respuestas aparentemente contradictorias, pero una vez desarrollas y profundizando en las contestaciones ofrecidas por las informantes se puede observar como estamos hablando de respuesta complementarias. Las entrevistadas coinciden en señalar que sí es un predictor pero no considerado de manera aislada, sino en combinación con otros factores. Es así como considerar el TMG en sí mismo como un predictor sería una equivocación. Se han destacado cuatro elementos o factores que asociados al TMG podrían otorgarle a éste la capacidad de predecir el fracaso escolar de un alumno con TMG, a saber:

- Cuando no se sabe cómo actuar.
- El nivel de tolerancia del alumno para tolerar el fracaso académico.
- El nivel de tolerancia de la familia para tolerar el fracaso académico.
- Niveles de gravedad del trastorno mental.

Las dificultades que presenta un alumno con TMG –como señalábamos en el marco teórico- pueden ser de sintomatología internalizante o de sintomatología externalizante, y en ambos casos nos encontraremos con dificultades de tipo académico y de tipo relacional - tendremos ocasión de profundizar en estos elementos en el análisis de la pregunta 1.7.-, pero en todas ellas subyace la misma pregunta, ¿qué puede hacer el profesor/a?, pues sin adelantarnos con las respuestas sí que podemos asegurar que esa es una de las preguntas que más se hacen los profesores/as cuando trabajan con este tipo de alumnado, no saben cómo actuar con un alumno/a con TMG.

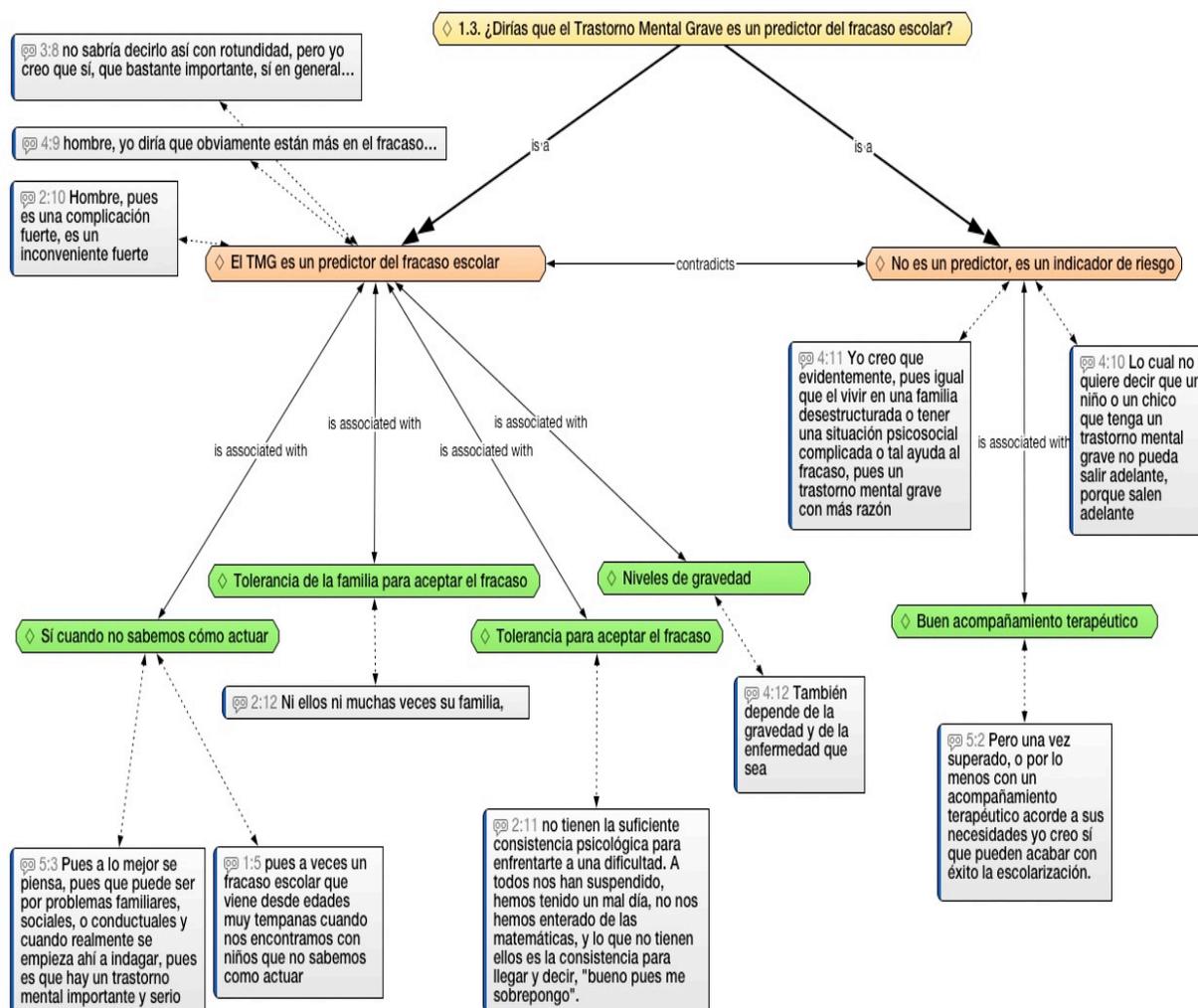
Por otro lado nos encontramos con el nivel de tolerancia ante el fracaso escolar que puedan tener tanto los alumnos/as como las familias. En palabras de una de las informantes "no tienen la suficiente consistencia psicológica para enfrentarse a una dificultad. A todos nos

han suspendido, hemos tenido un mal día, no nos hemos enterado de las matemáticas, y lo que no tienen ellos es la consistencia para llegar y decir, bueno pues me sobrepongo”. Cómo se sitúan frente a las dificultades y la carencia de estrategias y elementos de superación para enfrentarse a las dificultades es algo que está implícito en el trastorno mental. Esto es algo que se da tanto en aquellos alumnos/as con TMG que fracasan escolarmente como en sus familias.

Por último, nos encontramos con la gravedad de la enfermedad. En función de la gravedad de la enfermedad podremos prever mejor un recorrido académico o no. Por lo tanto, podríamos decir que en base a la información facilitada por las informantes el TMG se convierte en un predictor del fracaso escolar cuando va acompañado de mayores dificultades por parte del profesorado para enfrentarse al trabajo con el alumno, los recursos propios y familiares del alumno para sobreponerse a las dificultades añadidas que el alumno con TMG encuentra en su trayectoria académica, así como del nivel de gravedad que el trastorno mental del menor tenga. En la medida que alguno de estos cuatro factores condicionantes perdiesen valor, la capacidad predictiva del TMG podría ser menor.

El último elemento a añadir en el análisis de esta pregunta vendría planteado en términos positivos. Los cuatro que hemos citado hasta el momento hacían alusión a elementos que suman desde las dificultades añadidas, por lo que en la medida que están menos presentes sería de esperar que los resultados académicos fuesen mejores. Pero también encontramos elementos positivos que tiran hacia otra dirección. Por lo que cuando el TMG va acompañado de un buen tratamiento terapéutico se reducen los riesgos de fracaso escolar.

Figura 6
Dimensión 1, pregunta 3



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 4: ¿Tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa?, ¿cuáles?

Todas las respuestas han partido de la misma premisa, por lo que vienen a coincidir en que sí tienen mayores dificultades académicas que el resto de alumnado. Lo interesante de esta pregunta no era tanto reflexionar sobre la afirmación de la pregunta en sí misma, ya que tanto desde la experiencia, como desde la literatura científica, como incluso desde el sentido común, se puede inferir que sí tienen más dificultades. Lo realmente interesante es el análisis de cuáles son esas dificultades. Las informantes han definido tres tipos de dificultades:

- Dificultades propias del alumno/a con trastorno mental grave

- Dificultades de carácter temporal
- La respuesta que da el profesorado

Sabiendo que cada trastorno es un mundo en sí mismo y que en la búsqueda de características comunes podemos olvidarnos del detalle de lo concreto y de lo particular, también es cierto que las informantes coinciden en señalar en algunos casos, y en otros indican elementos no analizados antes, como el trastorno mental genera un tipo concreto de dificultades, a saber:

- Dificultades cognitivas. Cuando aparecen dificultades cognitivas, por ejemplo en el deterioro cognitivo que puede sufrir un alumno/a que ha sufrido algún brote psicótico.
- Dificultades de motivación. El trastorno mental grave hace que el alumno/a deposite la atención en otros aspectos de su vida que se alejan de lo educativo, dado que es en ellos donde encuentra mayores dificultades. Por lo que es habitual que la desmotivación sea una constante que podrían tener en común muchos de ellos/as. Esto no siempre es así, ya que como decíamos en la pregunta 1.1. en otras ocasiones lo educativo se convierte en “un salvavidas” al que aferrarse. Por otro lado el trastorno mental grave no sigue una trayectoria lineal, sino que tiene altibajos. Por lo que el mismo alumno/a en ocasiones está desmotivado y en otras ocasiones se encuentra con más fuerza y mayor motivación hacia el estudio. En cualquier caso, el trabajo de motivación por parte del profesorado que trabaje con alumnado con trastorno mental grave se convierte en una constante. “Implicarles de alguna forma pues para que, por lo menos para que la motivación y la respuesta por su parte, la actitud ante las clases sea diferente y distinta”.
- Dificultades relacionales. Pese a que en esta pregunta no hemos querido centrarnos en las dificultades de convivencia y esto será algo que haremos en el análisis de la siguiente pregunta realizada a los informantes, también es cierto que delimitar y

separar una cosa de la otra resulta muy difícil. Es así como algunas de las contestaciones iban encaminadas precisamente hacia eso, hacia lo relacional. “Sobre todo porque va muy unido a lo social y al resto del grupo”, es decir, el ámbito académico es fundamentalmente social, es un espacio de socialización por lo que si el alumno/a tiene dificultades relacionales lo académico se verá directamente afectado. Se evidenciarán dos tipos de dificultades convivenciales, las externalizantes y las internalizantes. Lo veremos en la siguiente pregunta.

- Dificultades de atención. La atención es una de las áreas que afecta negativamente en el alumnado con trastorno mental grave. En algunas ocasiones es derivada directamente del trastorno, como son los TDAH. Pero en otras ocasiones tiene más que ver con el momento de gravedad en el que se encuentra el alumno/a, con la presencia de dificultades y problemáticas afectivas y relacionales, así como por la medicación que también en muchos casos están tomando. No podemos olvidar que estamos hablando de trastorno mental grave, y es esa condición de gravedad la que provoca que en mayor probabilidad se dé alguna de estas circunstancias. Como consecuencia de la dificultad atencional del alumno/a nos encontramos con la temporalidad como barrera, siendo así como “por el tema de las medicaciones es verdad que nosotros notamos que los chicos hay veces que es imposible que se centren, en los periodos de tiempo en los que pueden trabajar son muy cortitos”.
- El alumno/a no puede cubrir las exigencias. El alumno con trastorno mental se encuentra que en la medida que avanza y promociona en el sistema educativo la exigencia es mayor, algo que no es solo para él o ella, sino que está implícito en el propio funcionamiento del sistema educativo. Esas exigencias tiene que ver fundamentalmente con una metodología de trabajo que prima en la cantidad de contenidos y en la adquisición y consolidación de éstos. “Hay edades escolares en las

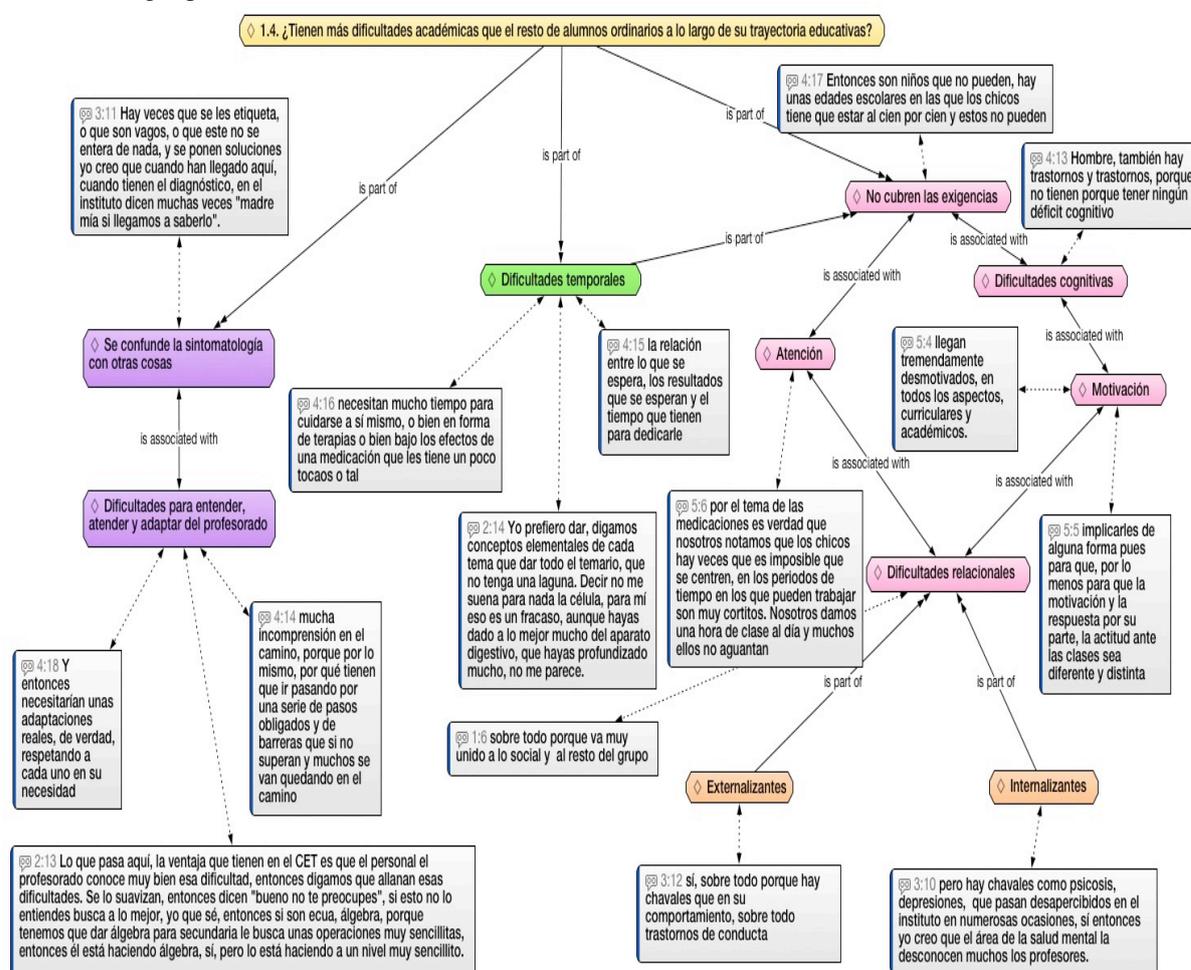
que los chicos tienen que estar al cien por cien y estos no pueden”, no aguantan el ritmo y la temporalidad que el sistema impone. Por lo que la dificultad temporal será una constante que estará presente a lo largo de su recorrido académico. Una de las informantes nos decía como “yo prefiero dar, digamos conceptos elementales de cada tema que dar todo el temario, que no tenga una laguna”. Por lo tanto, hay una *disincronía* entre lo que el sistema dice que tienen que dar y lo que el alumno/a puede asumir. Esta falta de ajuste temporal tiene que ver con “la relación entre lo que se espera, los resultados que se esperan y el tiempo que tienen para dedicarle”, dado que por su circunstancia personal necesitan “mucho tiempo para cuidarse a sí mismo, o bien en forma de terapias o bien bajo los efectos de una medicación”. Y cuando esto no sucede, el resto de dificultades que señalaremos a continuación se convertirán en obstáculos que dificultarán el acceso al ámbito educativo no ya solo desde una visión temporal sino desde el ámbito personal del alumno/a con TMG.

Por otro lado encontramos dificultades que se derivan, no tanto de las características personales o de las condiciones personales del alumno/a, sino que se producen como respuesta de terceros hacia el trastorno mental grave. Es así como “hay veces que se les etiqueta, que son vagos, o que este no se entera de nada,.....en el instituto dicen muchas veces “madre mía si llegamos a saberlo””. Es decir, existe un gran desconocimiento por parte del profesorado hacia el trastorno mental, y de este desconocimiento se desprende que no se entienda la problemática del alumno/a, que no se pueda atender su especificidad y que el profesorado no sepa adaptarse al alumno/a. La consecuencia es que no se hacen adaptaciones reales a sus necesidades ya que existe “mucho incompreensión en el camino”.

Invisibilizar las cosas conduce a que no se perciban y por lo tanto no preocupen o preocupen de una manera distinta y no fundamentada. Visibilizar las cosas permite acceder con mayor facilidad al conocimiento de las mismas y por lo tanto a tenerlas en cuenta y a

entenderlas. No podemos culpar al profesorado de falta de conocimiento cuando el propio texto de la LOMCE no recoge la especificidad del trastorno mental y en cambio sí recoge la especificidad de las Altas Capacidades para hablar de las Necesidades Educativas Específicas. Lo que no se enuncia no se conoce y es responsabilidad de las instituciones asumir ese papel. Esto se aprecia claramente cuando descienes a un contexto en el que el alumno/a con trastorno mental grave sí es entendido porque se le conoce. “La ventaja que tienen en el CET es que el personal, el profesorado conoce muy bien esa dificultad, entonces digamos que allanan esas dificultades. Se lo suavizan...”

Figura 7
Dimensión 1, pregunta 4



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 5: ¿Qué dificultades de convivencia plantea un alumno/a con Trastorno Mental Grave en su centro?

Hemos diferenciado entre dos tipos de conductas, ya que son los dos grandes grupos que las entrevistadas describen y que por otro lado coinciden con la clasificación que desde nuestro marco teórico hacíamos. Si bien a lo largo del análisis estamos trabajando con categorías obtenidas de manera inductiva, estas dos categorías son las únicas que nos habíamos planteado analizar de manera deductiva. En cualquier caso, las dificultades de convivencia que un alumno/a con Trastorno Mental Grave puede presentar en su instituto las hemos diferenciado entre:

- Internalizantes
- Externalizantes

“Una que se repite mucho y que está muy oculta es la que acompaña de depresión e introversión, que son los alumnos que no dan guerra que son los más graves y que son los que menos nos fijamos en ellos”, “ese es el difícil de rescatar, el alumno que es bueno que no da nada de guerra pero es introvertido, no se relaciona, está triste....porque es muy difícil que si un alumno no te da ningún tipo de conducta que tú puedas ahí trabajar con él”, “realmente no está percibiendo la ayuda del resto, porque como no es llamativo.....y te aprueba los exámenes, nunca te pregunta nada, no incordia, se suele quedar al final de la clase”. Es decir, hay alumno/as que no muestran su sintomatología, o si la muestran es mucho más difícil entenderla como tal y pasan inadvertidos. En este tipo de alumnado el centro educativo es consciente de que tienen un alumno/a con problemas cuando la situación es muy extrema y ya sí se hace evidente para el centro, bien porque haya tenido un intento de suicidio o bien por que haya tenido una conducta muy desadaptada que ha llamada la atención de algún profesor/a o compañero/a.

“Hay chavales como psicosis, depresiones, que pasan desapercibidos en el instituto en

numerosas ocasiones, sí entonces yo creo que el área de la salud mental la desconocen mucho los profesores”. Especialmente en estos casos de aparente invisibilidad es donde se pone con mayor evidencia la dificultad del ámbito educativo para detectar, ya que como bien indica la informante, aquello que no se conoce es más difícil que capte la atención del observante. Más adelante hablaremos de la falta de formación del profesorado, pero lo cierto es que un campo de trabajo interesante desde el que trabajar consistiría en establecer mecanismos dentro de los institutos que permitan visibilizar lo invisible, que permitan detectar esta sintomatología de carácter internalizante para que permita intervenir con el alumnado con tiempo suficiente.

En cuanto a la sintomatología internalizante, “ellos mismos tapan sus dificultades, las esconden en ocasiones, o prefieren no ir al instituto o ir al colegio antes que demostrar, o mostrar sus carencias o dificultades”. Abrimos con esto otro interrogante, cuántos casos de trastorno mental hay detrás del alumno absentista. El absentismo es un concepto que recoge una realidad cuantificable y objetivamente observable. Lo que no explica el absentismo es por qué se produce la falta de asistencia a clase. En la búsqueda de explicación a la hora de relacionar absentismo y trastorno mental es muy fácil pensar en fobia como explicación a la falta de asistencia, fobia escolar, fobia social. Lo cierto es que no siempre es así, detrás de un alumno absentista diagnosticado de fóbico no siempre encontramos componentes fóbicos de base y lo que hay es un complejo entramado de circunstancia, de experiencias previas, de estructuras de personalidad y de pautas educativas y familiares que terminan provocando la falta de asistencia del alumno/a a clase. “Muchos de ellos vienen con problemas de acoso, o por lo menos en algún momento se han podido sentir acosados, o como centro de atención de risas, de insultos”.

Continuemos avanzando y analicemos el otro tipo de sintomatología, la externalizante. Nos encontramos con un tipo de alumno/a que presenta conductas disruptivas, y por lo tanto la visibilidad de su malestar resulta más evidente. “Porque el alumno disruptivo que te

permite ver muchas conductas y poner muchas medidas de atención“. Luego la realidad de cada instituto será la que sea, pero el hecho de que se puedan percibir las dificultades del alumno/a permite que se puedan establecer medidas de atención. Su manera de comportarse interfiere en la convivencia del centro y genera alarma y malestar. En algunos casos tiene que ver con la sintomatología propia del trastorno como son algunos trastornos de conducta y algunos trastornos de la personalidad. Y en otros casos la conducta problemática se da como respuesta a la interacción de las dificultades al trastorno con el medio escolar. “Hay otros que para disimular lo que están haciendo dan mucha guerra esperando que les echen. También tenemos muchos de estos que hace mucho ruido que les echen que les expulsen antes de demostrar, pues que no saben hacer la tarea, que no se pueden enfrentar al examen, que no se centran, que no estudian”.

En cualquiera de los dos casos, internalizantes y externalizantes, lo que destacan las informantes es que en definitiva se trata de dificultades para interactuar y de cómo de esa interacción fallida del alumno/a con su centro deberían derivarse alternativas metodológicas y de intervención específicas. En estas prácticas específicas de intervención con alumno con trastorno mental grave podríamos distinguir entre aquellas que tienen que ver con lo normativo y sancionador y aquellas que tienen que ver con prácticas metodológicas en el aula:

- Sancionadoras. Tendremos ocasión de profundizar en ello en las preguntas 2.10. y 2.12., pero avancemos como “entre nosotros, por ejemplo en el CET, sí que hay momentos en los que expulsamos a algún chico si en algún momento se descontrola mucho, pero es verdad que luego a la hora de volver al aula se le dan unos poquitos recursos y "si en algún momento ves pues que te estás poniendo nervioso, o que no te motivas nada, tú me lo dices..””. Es decir, la búsqueda de alternativas constructivas que sirvan como castigo positivo al alumno/a, que tenga márgenes de reconducir y mejorar su situación respetando lo normativo pero con caminos alternativos para

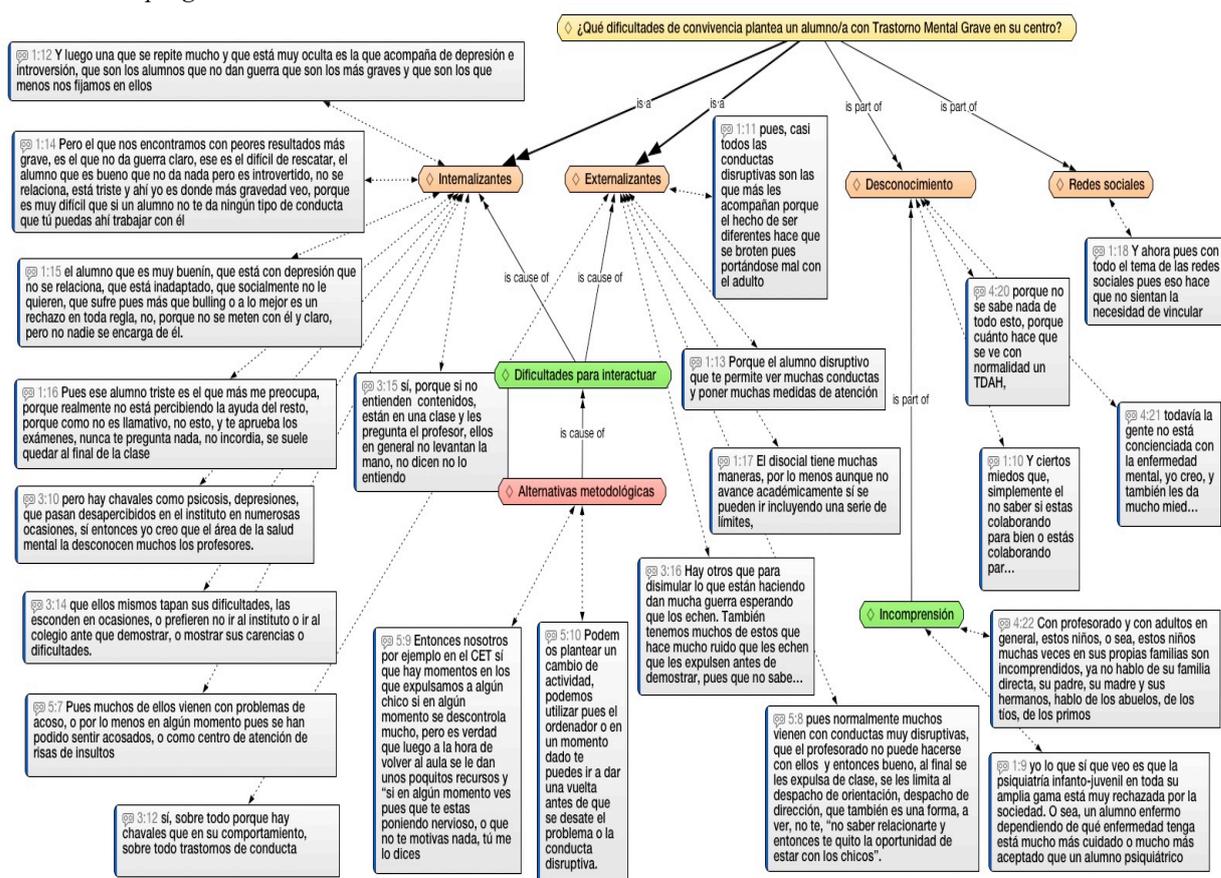
mejorar y no solo recibiendo el castigo negativo en el que se le quita sin ofrecerle otras opciones. La aplicación del reglamento de régimen interno sin considerar la circunstancia específica del alumno lleva a que en la práctica la sanción punitiva sea la más utilizada por los centros ya que siempre se apela al sacrosanto principio de mantener estable la convivencia del centro en base a unas normas de obligado cumplimiento para todo el alumnado. Aquí nos encontramos con un dilema en el que hay que surfear en búsqueda del equilibrio. La norma regula y facilita la convivencia desde la igualdad de derechos y deberes de todos y todas, pero también excluye a lo diferente que se sale de ese campo normativo y, en principio, mayoritario para el que se pensó. ¿Qué márgenes de movimiento podríamos permitirnos incluir en las normas de convivencia de un centro que incluya la diferencia y especificidad del alumno/a con trastorno mental grave y a la vez respete la necesidad de establecer normas claras para todos/as?

- Metodológicas. Volvemos a lo mismo, la rigidez de una estructura facilita que el edificio se mantenga en pie, pero delimita un campo de trabajo muy concreto que impide que podamos mover alguna pared sin que se caiga el edificio. “Podemos plantear un cambio de actividad, podemos utilizar pues el ordenador o en un momento dado te puedes ir a dar una vuelta antes de que se desate el problema o la conducta disruptiva”. La clase, el aula no permite que esto que la informante hace en el día a día de su clase con cinco alumnos/as se pueda realizar en el aula del instituto con más de treinta alumnos/as. Partiendo de este imponderable que no podemos negar, ¿qué margen podemos permitirnos en los institutos para introducir prácticas metodológicas que sabemos funcionan con este alumnado puesto que están contrastadas en las aulas CET? La definición de esos márgenes nos permitiría establecer prácticas concretas que facilitasen el trabajo con alumnos/as con trastorno mental grave. Tendremos

ocasión de hablar de ello más adelante.

Es así como hemos observado una categoría de análisis, el desconocimiento que los centros y los institutos tienen con respecto a la enfermedad mental. El desconocimiento lleva a la incomprensión y desde aquí el riesgo de responder con prácticas pedagógicas no adecuadas es muy grande. “Porque no se sabe nada de todo esto, porque cuánto hace que se ve con normalidad un TDAH”, “todavía la gente no está concienciada con la enfermedad mental, yo creo, y también les da mucho miedo”. En definitiva, el desconocimiento sobre el trastorno mental grave en los centros es grande. En cuanto a su incomprensión, una de las informantes nos contaba como esta se da “con profesorado y con adultos en general,...estos niños muchas veces en sus propias familias son incomprendidos, ya no hablo de su familia directa, su padre, su madre y sus hermanos, hablo de los abuelos, de los tíos, de los primos”. Es fácil entender que si no se les entiende en su ámbito más cercano desde el ámbito educativo sean varias las dificultades que puedan encontrarse. “La psiquiatría infanto-juvenil en toda su amplia gama está muy rechazada por la sociedad. O sea, un alumno enfermo dependiendo de qué enfermedad tenga está mucho más cuidado o mucho más aceptado que un alumno psiquiátrico”. Por lo que nos planteamos ya otro reto, romper con las barreras que el desconocimiento genera, es decir, hay que hacer pedagogía del trastorno mental.

Figura 8
Dimensión 1, pregunta 5



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 6: ¿Conseguir mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico?

Las cinco informantes coinciden en señalar que mantener vinculado a un alumno/a con trastorno mental grave al ámbito educativo es beneficioso tanto para su desarrollo y promoción académica como para su recuperación o mejoría terapéutica. “Me parece primordial, yo creo que los alumnos afectados con trastorno mental, lo que más les ayuda a avanzar en su tratamiento es el engancharse o reengancharse, terminar, empezar dentro de un sistema escolar regularizado”.

Por lo que partiendo de la base de que hay plena coincidencia en la afirmación, veamos cuáles son los matices por los que todas ellas consideran que es importante mantenerlos vinculados al contexto educativo:

- Es el momento que les corresponde vitalmente, es la edad en la que socialmente

hemos decidido que les toca formarse para asentar las bases de lo que serán de adultos. Vincularse con los que les corresponde hacer en ese momento de su vida les permite tener un indicador de referencia claro. Por otro lado, los logros y fracasos académicos que consigan a esta edad condicionaran en gran medida lo que podrán hacer de adultos. Este es un elemento que no podemos perder de referencia ya que nos sitúa ante la responsabilidad que la institución educativa tiene frente a un alumno con trastorno mental grave. “porque claro, un chico de 16 años que se plantea dejar los estudios, ¿qué opciones tiene?”, unámonle a eso las dificultades del trastorno mental y volvámonos a hacer la pregunta de otra manera, ¿qué opciones les ofrecemos?

- “Socialmente necesitan compartir espacios y compartir proyectos y actividades con adolescentes y gente de su edad”. El instituto también es un espacio de socialización, es un sitio donde no solo se aprenden contenidos curriculares. Es una escuela donde el alumno aprende a relacionarse y en definitiva, aprende a vivir en sociedad. Es un espacio donde experimentar, observar, guiar, ofrecer, encontrar y descubrir junto a profesores/as y compañeros/as formas de compartir y convivir con los otros. Si esto ya es suficiente motivo para cualquier adolescente lo es aún más para un alumno/a con trastorno mental grave, ya que necesita más ayuda y tiene más dependencia que un adolescente ordinario para aprender a convivir con los demás.
- “Igual que tienes que tener un vínculo con tu familia, con tu centro donde trabajas, donde estudias, creo que es muy importante y además les daría seguridad”. La vinculación permite tener referentes claros y además un acompañamiento de los demás. Cuando uno se desvincula pierde el apoyo del medio, se aleja afectiva y materialmente de lo que la institución pueda ofrecerles. Por lo que cómo trabajar la vinculación del alumno con trastorno mental grave será una de las preguntas que nos hagamos para incorporar a nuestras conclusiones. Tendremos ocasión de verlo más adelante.

- Ver la escuela como un entorno próximo. “Porque yo creo que un alumno enfermo de salud mental que no tenga acceso a su pequeña sociedad que es su cole....su grupito de amigos, que es su entorno próximo, es que es imposible que se cure”. Se plantea aquí la dimensión social de la enfermedad y el apoyo que en las instituciones debería encontrar el alumno enfermo. Los institutos deberían ser por tanto, espacios cercanos a los que poder vincularse para que puedan cumplimentar su periodo formativo básico en un contexto de ayuda que atienda sus dificultades y necesidades específicas de manera adecuada.

Esto nos llevará a plantearnos las opciones que desde la escuela podemos utilizar para mantener vinculado a un alumno/a con trastorno mental grave. Por un lado nos encontramos con las dificultades que el propio sistema plantea. Alguna de ellas vuelve a aparecer como es la dificultad temporal, “el mantener una escolarización durante tantos años tan académica...tan competitiva, todo ese sistema que al final es difícil mantenerse, o te mantienes o te saca”. La escuela no se adapta a los ritmos y necesidades metodológicas de este alumnado. Por otro lado están las dificultades derivadas de la respuesta que la institución ofrece, y volvemos a hablar de los miedos derivados del desconocimiento, ya que “para que se vinculen con el centro educativo lo primero que tiene que pasar es que sean aceptados realmente....tiene que estar de verdad. Para que se vincule tiene que estar asimilado por todos, por el sistema”. Como ya hemos señalado, esto no sucede con la normalidad que debiera.

Siguiendo con las alternativas que la escuela pública ofrece tendremos que señalar que al no existir ningún programa específico para alumnos con trastorno mental grave tienen que adaptarse a los programas e itinerarios que hay. “Un crío de los nuestros que ya no tiene edad porque ha superado un 3º de la ESO y no puede volver a una FP Básica se le cierran mucho las puertas, porque las opciones son o tiras hacia bachillerato o una FP de Grado Medio, y los contenidos curriculares de la FP de Grado Medio creo que son ya muy altos, se nos escapan

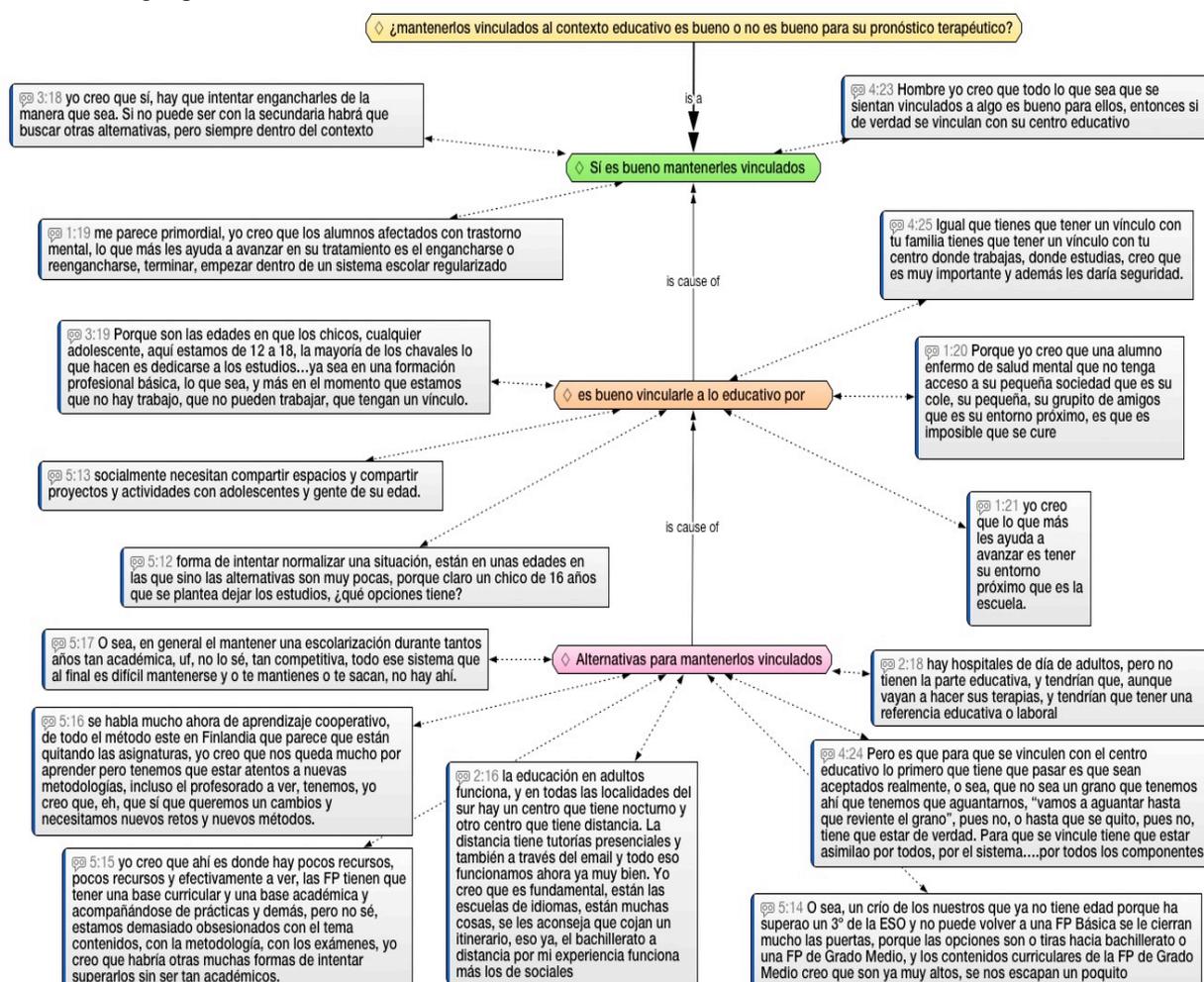
un poquito”. Ya hemos dicho que los malos resultados académicos y el trastorno mental no tienen porque ir unidos necesariamente, pero que las dificultades que tienen añadidas estos alumnos por encontrarse en situación de enfermedad y mayor vulnerabilidad genera fuerzas de empuje que les aleja de lo académico, plantea un escenario en el que el alumno/a con trastorno mental grave tiene que hacer mayor esfuerzo para superar las dificultades propia de la etapa educativa en la que se encuentre. Las posibilidades que el sistema educativo plantea no acompaña en el esfuerzo que el alumno con trastorno mental grave tiene que hacer, y cuando lo hace lo hace de manera temporal a través de los CET. Cuando un alumno sale del CET la enfermedad le sigue acompañando, pero el sistema no. Subyace, por lo tanto, una pregunta en lo que acabamos de decir, ¿la atención que reciben de los CET es suficiente?

En nuestro marco teórico ya hemos hablado de que una vez que cumplen la mayoría de edad las posibilidades se diversifican lo suficiente y se hacen más dúctiles, por lo que un alumno con trastorno mental grave puede adaptar y modelar los recursos educativos de los que dispone a su temporalidad, ya que ese tipo de modalidad educativa permite mayor libertad acumulando los logros obtenidos respetando el aprobado desde la asignatura y no desde el curso. De nuevo vuelve a aparecer la temporalidad como dificultad. “La educación de adultos funciona....la distancia tiene tutorías presenciales....y todo eso funciona ahora muy bien”.

Pero por otro lado, y descendiendo a lo metodológico. “Aquí es donde hay pocos recursos....las FP tienen que tener una base curricular y una base académica y acompañándose de prácticas y demás, pero no sé, estamos demasiado obsesionados con el tema contenidos, con la metodología, con los exámenes, yo creo que habría otras muchas formas de intentar superarlos sin ser tan académicos”. “Se habla mucho ahora de aprendizaje cooperativo....yo creo que nos queda mucho por aprender pero tenemos que estar atentos a nuevas metodologías....si queremos un cambio y necesitamos nuevos retos y nuevos

métodos”. Es decir, la práctica docente se convierte en un elemento fundamental, junto a los itinerarios que el sistema ofrece, para que el alumno con trastorno mental grave se sienta vinculado al ámbito educativo.

Figura 9
Dimensión 1, pregunta 6



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 7: ¿Cuáles son los factores de protección que debería tener un alumno/a con trastorno mental grave para tener éxito académico?

Ante la pregunta de cuáles son aquellos factores que les hace pensar que un alumno/a con trastorno mental grave podrá tener un buen pronóstico en su trayectoria educativa las respuestas emitidas se plantean desde dos vertientes:

- Factores de protección
- Factores de riesgo o factores que dificultan

En relación a los primeros:

- La familia
- Acompañamiento terapéutico
- Capacidad de análisis
- Modelo de interacción
- El centro educativo y la metodología utilizada

En relación a los segundos, los factores de riesgo:

- Agresividad de la enfermedad
- Entrada en la adolescencia
- Dificultades conductuales
- Dificultades de relación
- Bilingüismo

Analicemos cada una de ellas. En cuanto a los factores de protección el primero y que más consenso ha generado es la familia. Todas las entrevistadas coinciden en señalar que “la familia es fundamental”. La familia, como primer ámbito de socialización tiene que entender “lo que tiene su hijo, que lo tengan asumido, porque primero los padres se lo tienen que tragar, entender y asumir y una vez que tengan eso asumido y que quieran a su hijo de verdad como hijo que es y no como enfermo...Es muy difícil que los padres sepan ver a ese hijo como hijo y no como hijo enfermo”. Es decir, la visión de los padres y el modo en el que se relacionen con la enfermedad de su hijo se convierte en un factor de protección para que el alumno con trastorno mental grave conserve en mejores condiciones el ámbito educativo. Y esto es así porque “una de las cosas que más daño puede hacer a un hijo es la visión que tengan los padres del él”. Las expectativas de logro que los padres, la familia se hagan de la trayectoria educativa de su hijo/a tienen que estar basadas en elementos de realidad, ya que es otra de las cosas que vimos en la pregunta 1.1. que aparecen con mucha frecuencia, tener unas

expectativas desproporcionadas a la gravedad de su hijo/a. Pero, de la misma manera que no es bueno excederse en las expectativas, tampoco es bueno amplificar de manera desmedida los aspectos negativos de la enfermedad y no plantearse metas alcanzables como estímulo catalizador de la mejoría académica y terapéutica. Por lo tanto, la manera en la que la familia vivencie la enfermedad y se relacione con su hijo será un elemento que podremos considerar factor de protección o factor de riesgo si finalmente se decanta hacia un lado o hacia otro.

En este proceso en el que la familia aprende a relacionarse con la enfermedad “llega un momento en el que aprende a querer al hijo, lo que pasa es que en ese tiempo pues se han podido trastocar muchas cosas, por ejemplo el famoso trastorno del vínculo...padres demasiado protectores o todo lo contrario”. Este aprendizaje en el que la familia evoluciona es fundamental para la vinculación del alumno/a al ámbito educativo, ya que cuando se produce fracaso, rechazo o fricción entre alumno/a e instituto el apoyo de la familia será fundamental. Este proceso es importante que se haga de manera acompañada, “porque la familia sola no puede salir ante estos problemas, entoncesva al orientador...”. Por eso, la familia “que es consciente de que tiene una dificultad va a buscar los medios y los profesionales que puedan ayudarles”. Estas serán las familias que pueden jugar un papel protector.

Pensemos en el siguiente factor de protección del ámbito educativo para el alumno/a con trastorno mental grave, el acompañamiento terapéutico. Cuando esto sucede, las posibilidades de éxito académico aumentan, porque un “alumno que sea muy inteligente pero que tenga problemas de relación social, o que sea muy disruptivo, o que su CI está por encima del resto del grupo...si no hace un buen tratamiento terapéutico...”. Parece obvio, pero sucede, hay muchos alumnos/as que están en los institutos que no han sido diagnosticados y no reciben tratamiento terapéutico. En el marco teórico podrán encontrar información al respecto. No obstante, en el capítulo cinco tendremos ocasión de analizar este dato, ya que es

un elemento que ha formado parte de nuestra investigación.

Otro de los factores de protección que mayor relieve han adquirido en la descripción de las informantes es el del centro educativo. Tanto desde la posición que el centro como institución asume frente al trastorno mental como a las prácticas concretas y metodológicas que utilizan con el alumnado enfermo. En definitiva, la predisposición del centro, la actitud que como centro educativo toma es fundamental. Y desde ahí podríamos establecer dos unidades de análisis. Por un lado todo lo que tiene que ver con la acogida del alumno/a enfermo y el establecimiento de un proyecto personalizado y adaptado a sus necesidades. El trabajo, no solo con el alumno/a enfermo, sino también con el grupo-clase en el que estará, es decir, la preparación del contexto también es fundamental para entender que hay elementos de protección. Es así como “hay tutores que hacen una labor excepcional, trabajan con la clase para que ese niño sea acogido”. Y por supuesto, adaptaciones curriculares que combinen bien las necesidades del alumno/o enfermo con los indicadores que por ley tiene que alcanzar. Todo esto se puede hacer en mejores condiciones cuando se puede trabajar en grupos pequeños, con profesorado especializado como es el modelo de trabajo de los CET. Cuando estas condiciones se dan podríamos decir que el ámbito educativo se convierte en un factor de protección.

Otro factor de protección, otra de las fortalezas que nos permitiría prever que un alumno con trastorno mental grave pueda tener éxito académico es que sean conscientes de sus dificultades y hayan asumido su trastorno, “que sean niños capaces de hablar de lo que sienten y de los miedos que tienen, que lo entiendan”. Cuando esto sucede el trabajo con el alumno/a enfermo se facilita enormemente.

Por otro lado nos encontramos con el modelo de interacción. En la medida que su capacidad para relacionarse con otros se ve menos afectada el pronóstico educativo mejora. Esto nos daría paso directamente a los factores de riesgo que dificultan el proceso académico

del alumno con trastorno mental grave. El primero que nos encontramos tiene que ver con la agresividad de la enfermedad o el momento de gravedad en el que se encuentre. El alumno/a con trastorno mental grave es un alumno/a que fluctúa mucho en la gravedad de la enfermedad. Es habitual que tengan momentos de mayor gravedad y momentos en los que la sintomatología disminuye. Esto se produce de manera intermitente y no sigue una trayectoria lineal, por lo que en función de cómo se encuentre habrá que intervenir de una u otra forma. En este sentido “lo importante es siempre incidir donde el alumno presenta mayores problemas. A veces es en lo escolar, a veces es en lo terapéutico”. Por lo que establecemos otro elemento para incorporar en las conclusiones, el trabajo con alumnado con trastorno mental grave tiene que ir acompañado de una coordinación y un seguimiento muy estrecho entre ámbito educativo y ámbito clínico, ya que la interacción entre ellos se convierte en un elemento fundamental para entender si protegemos o hay mayor riesgo de fracaso escolar.

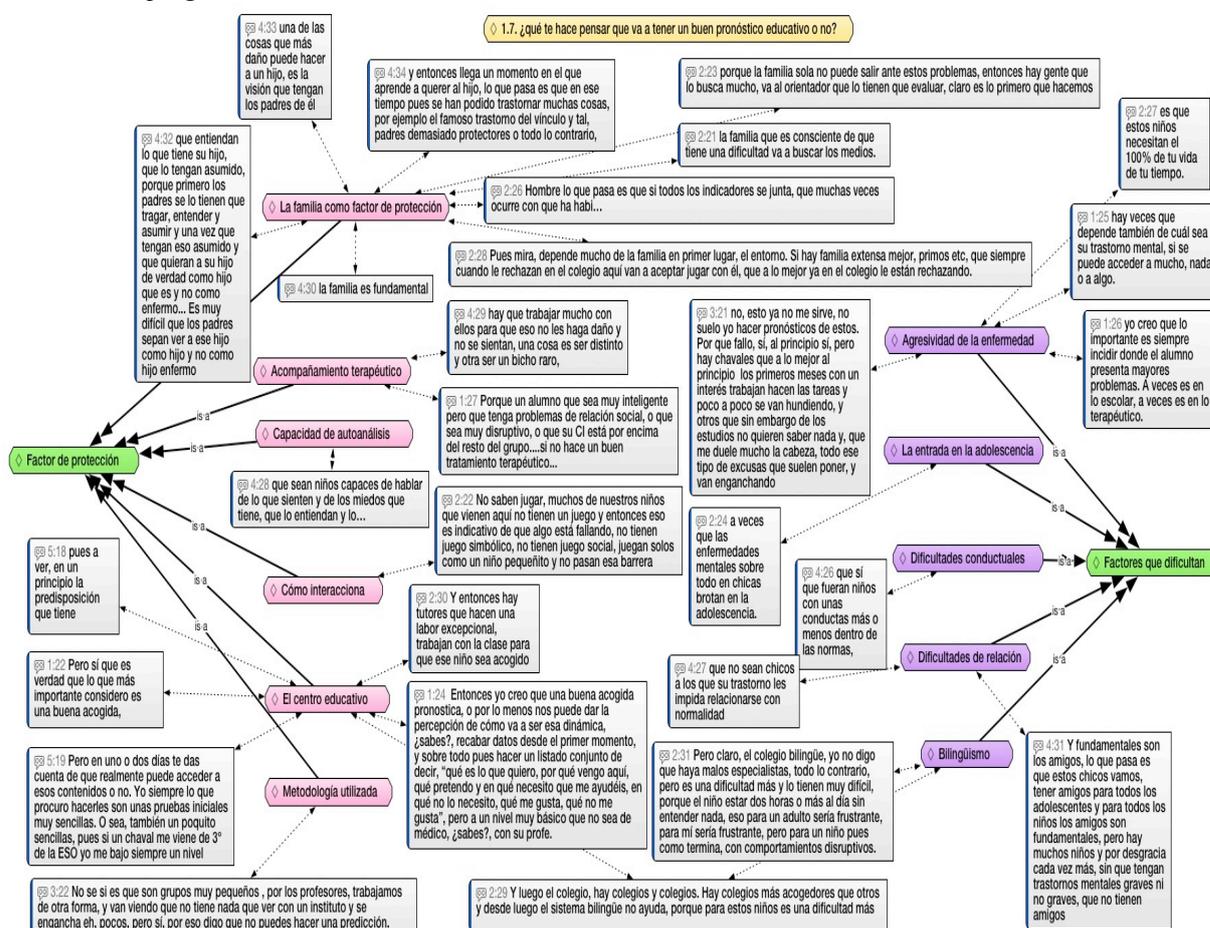
Tendremos ocasión de verlo en la pregunta número 1.10., pero la edad, y en concreto más que la edad es la confluencia de la entrada en la adolescencia con la aparición de la enfermedad mental se presenta por parte de alguna de las informantes como factor de riesgo. Por lo que podríamos preguntarnos si la adolescencia podría considerarse un factor de riesgo en sí misma que dificulta la interacción entre ámbito educativo y trastorno mental grave.

Por otro lado, recordemos que ya hemos hablado en la pregunta número 1.5. de sintomatología internalizante y externalizante y cómo eso se traducía en dificultades de tipo conductual o dificultades de tipo relacional. Pues bien, cuando estos modelos de interacción se dan de manera muy pronunciada podríamos considerarlos como factores de riesgo.

Por último, reflexionaremos sobre un elemento que en sí mismo y analizado de manera aislada parece no decir mucho, pero que visto en contexto adquiere una repercusión muy grande. Estamos hablando del bilingüismo. Cada vez son más los colegios e institutos que asumen este modelo de enseñanza. El problema que ya se está haciendo evidente en el

funcionamiento de los CET y en el rendimiento de los alumnos/as con trastorno mental grave en sus institutos y colegios es que se convierte en un impedimento más a sumar a los muchos que ya tiene. Por lo que en el fondo, de lo que estamos hablando es de la falta de sensibilidad del sistema para realizar proyectos pedagógicos que incluyan y trabajen las diferencias y no que se conviertan en prácticas excluyentes. La aparición del bilingüismo ha ocasionado en el trabajo con el alumno/a de necesidades educativas específicas en general y en concreto con el alumnado con TMG una dificultad más a salvar.

Figura 10
Dimensión 1, pregunta 7



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 8: ¿Qué piensas de esta frase?, el trastorno mental grave estigmatiza al adolescente que lo padece.

La respuesta es unánime y coincidente en todas las contestaciones. Retomando el papel que juega la familia como factor protector podemos ver la manera en la que “en ocasiones nos dicen que por favor, no comenten nada, que no se enteren y hay veces hay chicos que no han entrado al centro porque los padres cuando les hemos dicho cómo trabajamos, que nosotros tenemos que hablar con los profesores, que nos tienen que mandar la tarea, y ha habido padres que nos han dicho que no, que no venían, que no iban a entrar los chicos en el centro....porque ellos querían que esto estuviese como tapado”. Hay familias que asumen ese papel estigmatizante de la enfermedad y en lugar de normalizarla la viven con angustia y miedo. Esto no es algo que solo experimenten las familias, los alumnos/as también pueden sentir esa sensación de miedo que la enfermedad mental lleva asociada. Hasta qué punto la adolescencia como tal puede contribuir a que el alumno/a vivencia su enfermedad con más dificultad es algo que planteaba una de las informantes, “si encima estamos hablando de adolescentes yo creo que es más grave todavía”. Y es que claro, la adolescencia es un periodo vital en el que lo grupal, la referencia de los iguales adquiere un papel fundamental en la socialización de un adolescente. Percibir el rechazo de tus iguales, sentir que no puedes acercarte a ellos y que encuentras muchas dificultades para sentirte reconocido y aceptado con tus dificultades podría llevarnos a afirmar que efectivamente la adolescencia es una etapa evolutiva en la que la estigmatización de la enfermedad mental adquiere un papel importante.

Uno de los elementos de análisis que nos podrían ayudar a explicar esto y que se ha repetido por todas las informantes tiene que ver con el desconocimiento, categoría que como recordarán ya ha aparecido en varias ocasiones y que se ha convertido en una constante. El desconocimiento lleva a la incomprensión, la incomprensión al miedo y el miedo al rechazo. Y es que “la enfermedad mental asusta”, no solo a los demás, también “es algo que asusta al

propio alumno”, y como hemos dicho, a la propia familia. Cómo se vive la enfermedad mental en el ámbito educativo es algo que debería llamar nuestra atención, ya que “se les etiqueta de locos que incluso nosotros, a mí me ha costado cambiar muchas expresiones que tenía como “me voy a volver loca””. En los centros “hay mucho miedo de cómo va a reaccionar un crío, siempre nos vamos al tema de la agresividad y no necesariamente un crío con trastorno mental grave tiene porque ser agresivo, puede tener otras historias pero no tiene porque estar esa agresividad”. Es decir, nos encontramos con el uso de los prejuicios y de las etiquetas en la percepción que del trastorno mental se tiene en los institutos. Ante el desconocimiento y la incomprensión uno tiene que encontrar explicaciones sobre las que tomar decisiones y es ahí donde entran los prejuicios que conducen a que se viva la enfermedad mental con miedo y rechazo. Por lo que establecemos ya un campo de trabajo y una propuesta que recuperaremos al final de nuestra investigación. Hay que trabajar sensibilizando y previniendo en los institutos de secundaria sobre el trastorno mental y por defecto, sobre la salud mental. Tendremos ocasión de verlo.

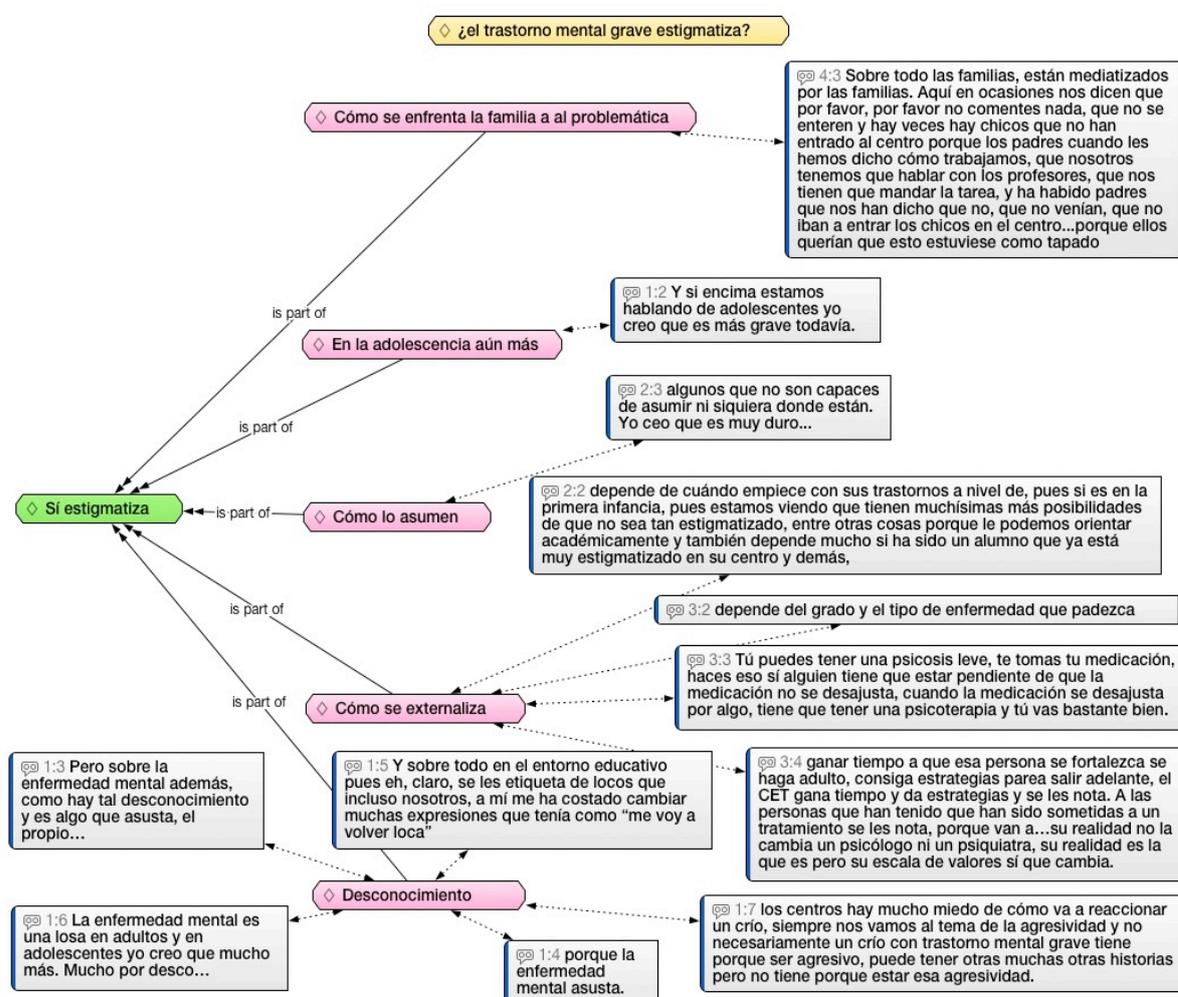
Por último analizaremos la manera en la que se externaliza la enfermedad mental. Cuando se ha detectado precozmente la enfermedad mental y se ha podido trabajar siendo el alumno/a es todavía pequeño “tienen muchísimas más posibilidades de que no sea tan estigmatizado, entre otras cosas porque le podemos orientar académicamente” y por lo tanto trabajar con él o con ella estrategias para que se fortalezca y pueda enfrentarse mejor a sus dificultades. Por otro lado encontramos como condicionante el tipo de trastorno mental, ya que cuando este es más externalizante y visible para los demás el rechazo puede aumentar, mientras que si es más internalizante incluso llega a pasar desapercibido.

En cualquier caso, es importante “ganar tiempo a que esa persona se fortalezca, se haga adulta, consiga estrategias para salir adelante, el CET gana tiempo y da estrategias y se les nota. A las personas que han sido sometidas a un tratamiento se les nota.....su realidad no

la cambia un psicólogo ni un psiquiatra, su realidad es la que es pero su escala de valores sí que cambia”. Por lo que la manera en la que una persona con trastorno mental grave se enfrenta a su enfermedad les permitirá sentirse más o menos rechazado.

Es así como afirmaríamos que habría dos líneas de intervención para combatir el estigma de la enfermedad mental dentro del ámbito educativo, sensibilizando dentro de los institutos y fortaleciendo y trabajando terapéuticamente con el alumno/a. A poder ser cuanto antes mejor, esto nos enlazaría directamente con la siguiente pregunta.

Figura 11
Dimensión 1, pregunta 8



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 9: ¿La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo?

La respuesta directa es coincidente en todas las entrevistas, sí hay una relación directa entre la detección precoz y la calidad de la atención educativa y terapéutica que el alumno/a con trastorno mental grave pueda recibir. “Desde luego, sí...Detectar un TGD en los primeros meses de vida te va a dar un tratamiento de estimulación al niño, etc, puede ser muy beneficioso“. Por lo que sí es interesante que la detección se dé cuanto antes. De hecho, la experiencia de los CET podría incidir en esta línea. Una de las informantes afirmaba que “los alumnos con menos edad que recibimos...de los siete a los doce años los resultados son mejores que de doce a dieciocho“. En cualquier caso, si bien la detección precoz es beneficiosa para el avance del menor, esta adquiere sentido cuando va acompañada de un tratamiento terapéutico, “yo creo que más importante que eso es que el tratamiento sea el adecuado“. Para eso es importante que el diagnóstico se ajuste a la realidad del niño o niña cuanto antes. En este sentido destacaremos como en los Hospital de Día - CET son muchas las ocasiones que llega un adolescente para realizar un diagnóstico diferencial, por lo que ha llegado a la adolescencia sin que se sepa que le pasaba con exactitud y sin que se haya intervenido clínica y educativamente de manera adecuada a sus necesidades. Hagámonos la siguiente pregunta, si el contexto educativo es uno de los espacios donde el niño y niña pasa más tiempo a lo largo del día, se convierte en un espacio de observación natural perfecto desde donde poder conocer al menor, ¿convierte esto a los colegios e institutos en los lugares apropiados para establecer mecanismos de detección precoz del trastorno mental? No nos atrevemos a afirmarlo, desde un posicionamiento meramente teórico diríamos que sí, pero seamos realistas. “Yo creo que no, tal como están los orientadores“, “tenemos más dificultades, antes llamabas y enseguida te cogían el teléfono, ahora es super complicado“. La falta de recursos humanos es más que evidente, por lo que en si mismo esto sería un tema

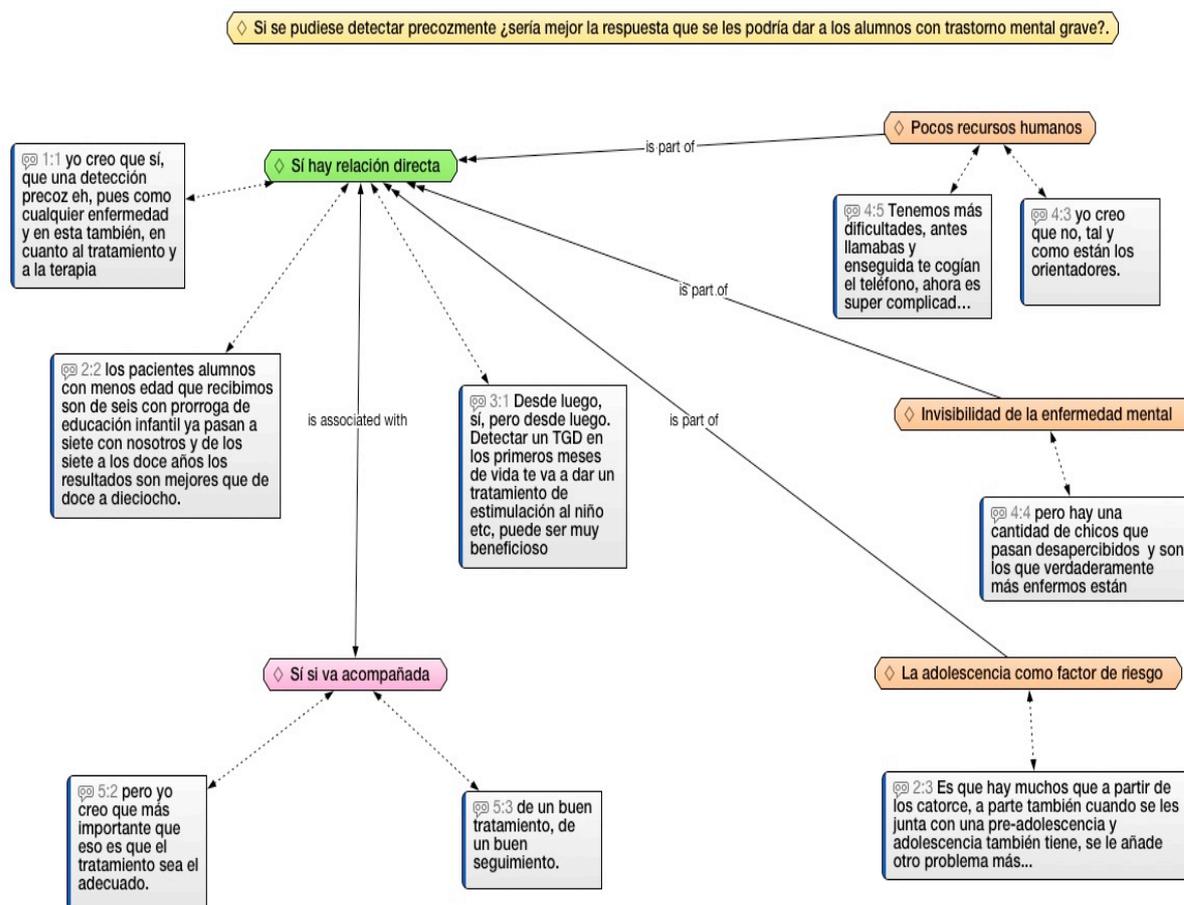
sobre el que reflexionar de manera independiente. No obstante y sin valorar las dificultades entenderemos que los centros educativos podrían convertirse en un buen contexto de diagnóstico. Retomaremos este aspecto en las conclusiones –encontrarán información al respecto en el marco teórico-, ya que alguna publicación hay al respecto que trabaja en esta línea.

Siguiendo con el análisis de las dificultades que para una detección precoz podríamos encontrarnos destacaremos de nuevo la diferencia entre trastornos internalizantes y trastornos externalizantes, ya que si bien los externalizantes afloran con más facilidad, los internalizantes lo hacen con mayor dificultad. Una de las informantes comentaba como entre los 6 y los 12 años de edad en su CET la mayoría de la población con la que trabajan son niños, y esto no es porque los niños enfermen más, es porque se detectan con más facilidad, evidencian más fácilmente su malestar. “Hay una cantidad de chicos que pasan desapercibidos y son los que verdaderamente más enfermos están”. Los trastornos internalizantes pasan más desapercibidos y la detección aquí resulta más complicada.

Un último elemento a analizar es el de la adolescencia como factor de riesgo. “Hay muchos que a partir de los catorce, aparte también cuando se les junta con una pre-adolescencia y adolescencia...se le añade otro problema más...”. Volvemos a encontrarnos con la entrada en la adolescencia en interacción con el trastorno mental como factor de riesgo.

En la siguiente pregunta reflexionaremos sobre las edades que más dificultad académica llevan asociada, veamos qué papel juega la adolescencia de un alumno/a con trastorno mental grave en el ámbito educativo.

Figura 12
Dimensión 1, pregunta 9



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.
Pregunta 10: ¿A qué edad consideras que el fracaso en alumnos/as con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia, entre los 10-12; 12-14; 14-16 ó 16-18?

Obtenidas las respuestas, hemos podido apreciar que se dispersaban y no parecían ser coincidentes. Es así como alguna entrevistada hablaban de los 10-12 años como la edad en la que más problemas académicos podían darse. En este sentido la argumentación iba dirigida a que son los últimos años de primaria y son los años en los que el alumno/a tiene que asentar una buena base para enfrentarse en mejores condiciones a la Educación Secundaria. Desde aquí valoraba como muy positiva la repetición de curso para que cuando promocionase a Secundaria pudiese hacerlo en mejores condiciones.

Las respuestas que centraban la mirada en los 12-14 años venían a priorizar en la dificultad que viene aparejada al tránsito a Educación Secundaria. Es así como el alumno/a se

encontrará con otro modelo organizativo en el que se le exigirá mucha más autonomía de la que disfrutaba en Primaria. Más profesores/as y menos control en Secundaria frente a menos profesores/as y más control y supervisión en Primaria. Por lo tanto, el alumno/a con trastorno mental grave tropieza con un contexto que está orientado de manera muy diferente a las necesidades que por sus dificultades pueda tener.

Otras respuestas han fijado la mirada en los 14-16 años, aludiendo a que en esas edades el fracaso escolar se ha hecho más evidente. El alumno/a con trastorno mental que ha ido acumulando fracaso escolar llega a una edad en la que ya hay que tomar decisiones y buscar itinerarios educativos diferentes a los ordinarios, por lo que para ellas este es el rango de edad que más preocupación genera.

Pues bien, si no podemos decir que hayan coincidido en la respuesta concreta, sí que han coincidido por descarte no señalando la edad comprendida entre los 16 y 18 años. En este sentido las reflexiones iban dirigidas hacia los logros y la consolidación de hábitos y éxitos precedentes. El alumno/a que con 16 años, pese a tener un trastorno mental grave, sigue estudiando el último curso de la ESO o el Bachillerato presenta una realidad completamente diferente y las posibilidades de éxito académico son mayores.

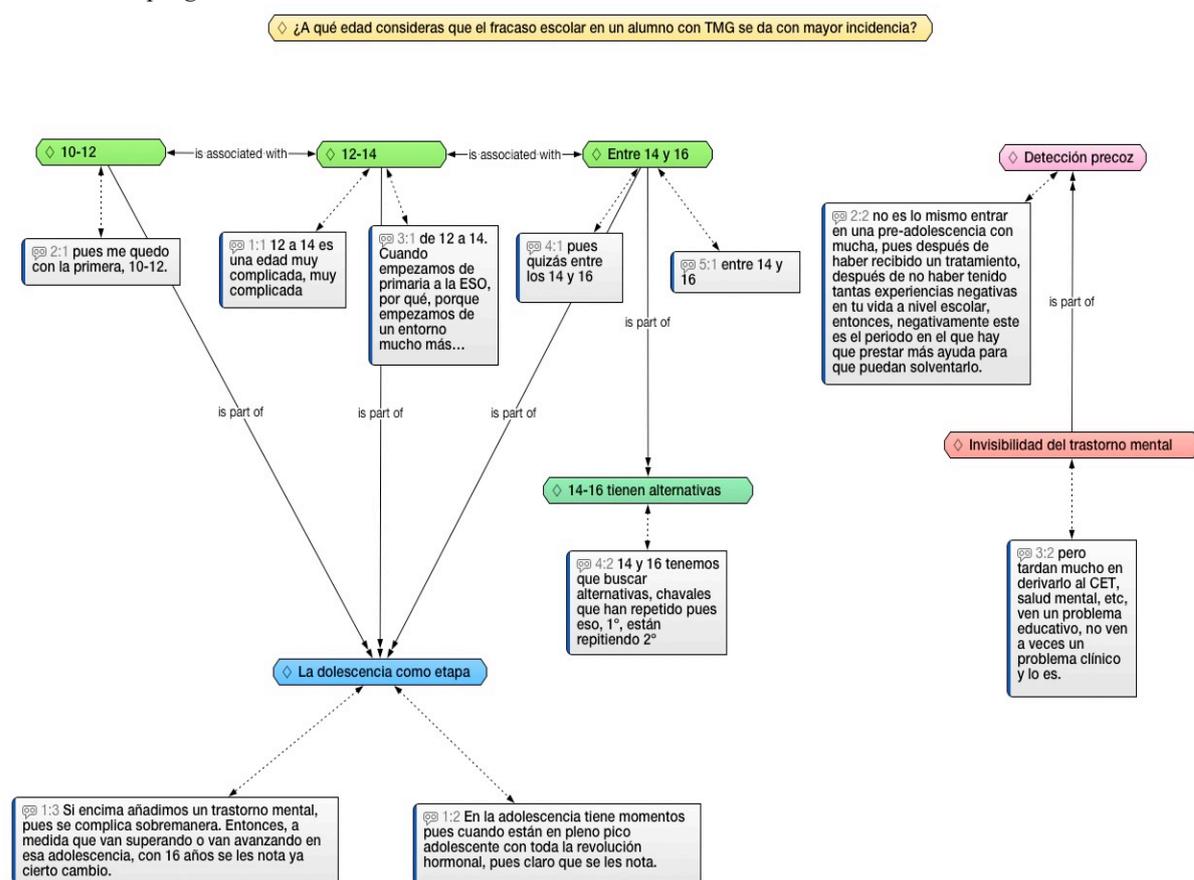
Por lo que podríamos decir que entre los 10 y los 16 años, es decir, entre la pre-adolescencia y los primeros años de la adolescencia, será la etapa educativa de un alumno/a con trastorno mental grave que más dificultades conlleva y por lo tanto que más riesgo de fracaso escolar lleva asociado.

En las respuestas hemos vuelto a encontrar la detección precoz como una herramienta necesaria para adelantarse a la adolescencia, en la que como ya hemos visto los problemas adquieren otra dimensión por los condicionantes ambientales señalados. Evitar la acumulación de fracaso escolar antes de la pre-adolescencia al alumno con trastorno mental grave se convierte en un factor decisivo a la hora de afrontar el fracaso escolar en la población

estudiada. “Pero tardan mucho en derivarlo al CET, ven un problema educativo, no ven a veces un problema clínico”. Este será uno de los grandes problemas, no solo que el trastorno mental se invisibilice como ya hemos señalado con la sintomatología internalizante, sino que en muchas ocasiones se confunde y se ve un problema educativo o conductual donde hay un trastorno mental.

Insistiremos pues en señalar cómo la detección precoz, acompañada de la coordinación entre salud mental y ámbito educativo, así como de la formación al personal educativo se tienen que convertir en campos de análisis y trabajo si queremos mejorar algunos de los aspectos señalados.

Figura 13
Dimensión 1, pregunta 10



Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor.**Pregunta 11: ¿Qué trastorno mental consideras que afecta más negativamente sobre el ámbito educativo del alumno/a?**

Las respuestas se han centrado fundamentalmente en dos tipos de trastornos. Pese a todo, las informantes insistían en aclarar que su especialidad no es el campo de la psicología, por lo que la información que transmitían tiene que ver con su observación y la experiencia acumulada a lo largo de los años de trabajo. En cualquier caso han sido dos las contestaciones ofrecidas:

- Psicosis, esquizofrenia.
- Conductuales.

La pregunta hacía alusión a qué enfermedad mental es la que tiene un mayor impacto en el ámbito educativo del alumno/a con trastorno mental grave. Una de las consecuencias de la esquizofrenia es que cada brote es un ataque directo que puede deteriorar cognitivamente al alumno/a. Es decir, se puede producir un deterioro cognitivo importante, por lo que la repercusión en el ámbito educativo es directa y en ocasiones traumática.

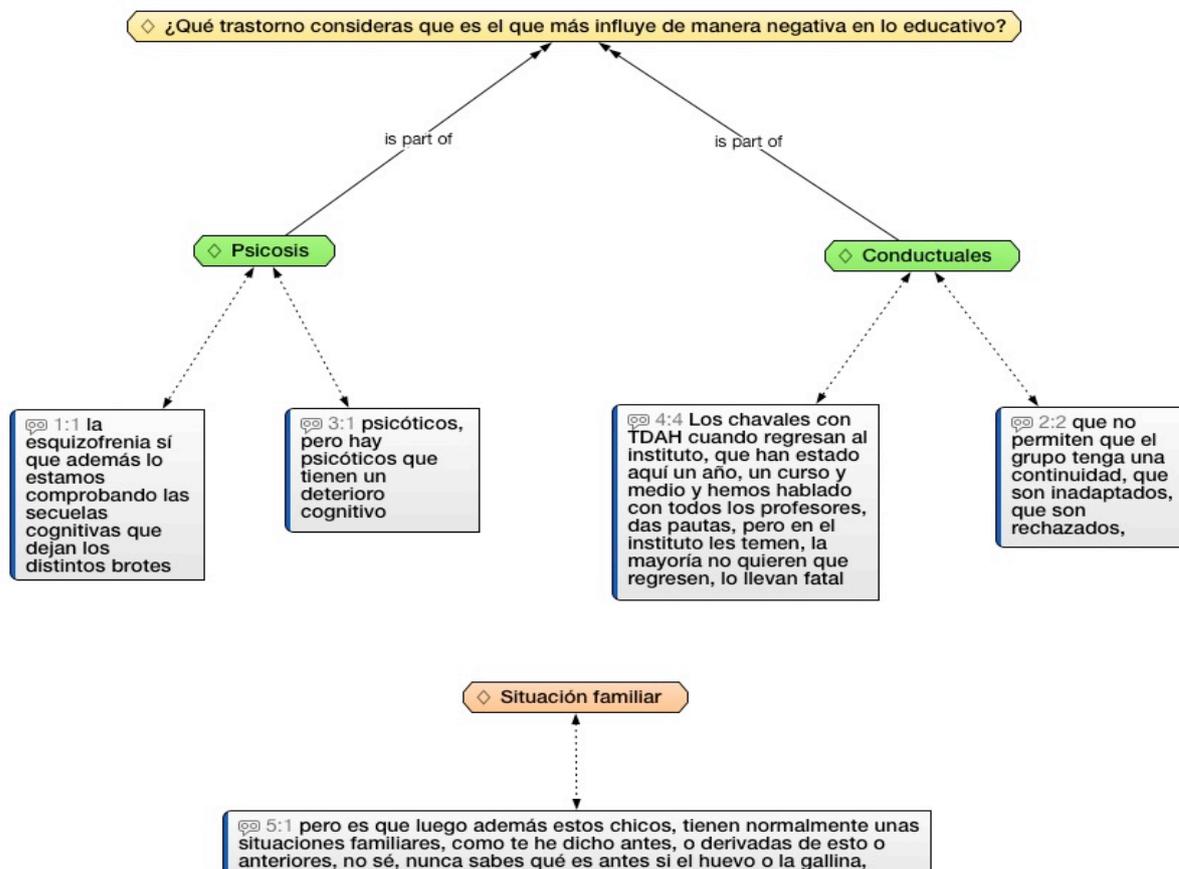
Por otro lado las contestaciones se han centrado en señalar a aquellos trastornos en los que existen problemas de carácter conductual. Entre ellos se encuentra algunos trastornos de conducta y algunos trastornos de personalidad. “Los chavales con TDAH cuando regresan al instituto, que han estado aquí un año, un curso y medio y hemos hablado con todos los profesores, das pautas, pero en el instituto les temen, la mayoría no quieren que regresen, lo llevan fatal”. “No permiten que el grupo tenga una continuidad, que son inadaptados, que son rechazados”. Es decir, en los trastornos conductuales el deterioro se produce en lo social, en lo relacional y la consecuencia es el rechazo del contexto, de los ámbitos más inmediatos. En nuestro caso el ámbito educativo. El contexto, el instituto, reacciona de manera poco acogedora porque va a primar en la protección de sí mismo como grupo frente a las dificultades de convivencia que un alumno/a plantea en el día a día. Bien por falta de recursos,

bien por falta de intención o bien por ambas cosas.

Junto a esto, y será una de las características del TMG, está el contexto familiar. Si han llegado hasta aquí en su lectura habrán podido observar que la familia es una de las categorías que más hemos utilizado y que aparece de manera recurrente de múltiples facetas. Como factor de protección, como elemento explicativo, como factor contextual. En cualquier caso, el alumno/a con trastorno mental grave no llega a esa situación de gravedad por casualidad, por lo que es muy habitual que conviva en una familia con dificultades para relacionarse con la enfermedad. Convivir con la enfermedad mental es difícil en cualquier caso, pero aquellas familias que menos recursos tienen para enfrentarse al trastorno mental son las que generan contextos de especial dificultad que agravan el trastorno. “Pero es que luego además estos chicos, tienen normalmente unas situaciones familiares...o derivadas de esto o anteriores, no sé, nunca sabes qué es antes si el huevo o la gallina”.

Figura 14

Dimensión 1, pregunta 11



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave.
Pregunta 1: Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con trastorno mental grave en la escuela pública ¿qué dirías?

Expresado de múltiples maneras, las respuestas coinciden en afirmar que no se cubren las necesidades educativas que un alumno/a con trastorno mental grave tiene en los institutos de Educación Secundaria. Es importante remarcar esto, ya que habría que diferenciar entre la atención que se da en los institutos de Educación Secundaria y la atención específica de los Centros Educativos Terapéuticos, donde aquí sí, la atención recibida se valora muy positivamente. “Tenemos mucha suerte en la escuela pública de que se hayan creado los CET y de hecho hay otras comunidades que no lo tienen”. Y esto es así, la Comunidad de Madrid es de las pocas comunidades autónomas que ofrece recursos tan específicos como son los CET donde la metodología de trabajo permite atender específicamente las necesidades educativas que se derivan de la enfermedad mental.

En cuanto a los institutos de Educación Secundaria son varios los motivos y las categorías señaladas que nos podrían ayudar a entender una afirmación tan categórica. Veamos una a una.

Destacaremos la falta de recursos, hablaremos de ello también en la pregunta 2.8., las entrevistadas consideran que hay poco profesorado en términos generales y en concreto poco profesorado especializado para trabajar con una población tan concreta. Este elemento de análisis enlaza directamente con la formación del profesorado -recuperaremos este tema en la pregunta 2.6.- “No sé si en el master les darán conceptos pedagógicos, pero posiblemente sospecho que no le dan algo de educación especial”, “hombre, una asignatura, unos poquitos créditos, porque se lo van a encontrar eh, y lo van a sufrir”, “el tema de salud mental no se ve en la carrera ni aparece como tema de las oposiciones. Nos hemos centrado mucho, pues por ejemplo en los TGD o en los TEA, pero hay otros muchos trastornos que no se ven y no hay esa formación”. En definitiva, el profesorado de secundaria no está formado ni sensibilizado

para el trabajo con alumnado con trastorno mental grave. En este sentido son las instituciones educativas las que deberían asumir la responsabilidad y convertirse en facilitadoras y promotoras de espacios de aceptación y mayor visibilización de estos colectivos. “De la misma forma que cuando empezó la integración en este país hace veintitantos años, pues en los colegios estaban horrorizados de lo que se les venía encima y ahora es algo que se ha ido normalizando, se han dotado de recursos que, bueno, son cuestionables muchas cosas pero yo creo que sí que se ha avanzado”.

Cuando afirmamos que los institutos de secundaria no cubren las necesidades educativas del alumnado con trastorno mental grave podríamos pensar con cierta facilidad, y por otro lado con poco rigor, que el profesorado tiene una gran responsabilidad en todo esto. Esto no es del todo cierto. Cuando desde los CET nos coordinamos con los profesores/as de los institutos lo que nos encontramos es una gran colaboración, “colaboran muy bien, te voy a decir el 98% colaboran muy bien”. Por lo que el problema no es actitudinal. Profundicemos un poquito más en todo esto. El trabajo del profesorado no puede ir solo, tiene que estar acompañado y respaldado. Este acompañamiento tiene que venir desde los espacios de decisión más cercanos como son el equipo directivo del centro, hasta los máximos responsables de la institución educativa como es la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

Cuando encontramos un centro educativo en el que su equipo directivo está sensibilizado con el alumnado de necesidades educativas específicas, y en concreto con el alumnado con trastorno mental grave hemos podido observar que el acogimiento y el trabajo realizado con el alumno/a mejora sustancialmente. “Entonces, si te encuentras con un equipo, primero el equipo directivo es fundamental...”. Por otro lado está el respaldo institucional que no solo tiene que ver con la falta de recursos sino con el malestar institucional que se percibe en la escuela pública, “entonces bueno, pues siempre te encuentras con buenos profesionales,

pero yo diría que quizá porque la población profesional de este cuerpo está muy mal, todos están muy enfadados con la administración, con todo, con el sistema, con los cambios, con los no cambios....todos están quemados, y entonces su profesión, el desarrollo de su profesión se deteriora bastante”.

Interesante nos ha parecido también la reflexión aportada por una de las entrevistadas que señalaba como se produce una polarización en la atención a alumnado con dificultades y como terminan concentrándose en la escuela pública, “es una complicación....y todo esto revierte en la escuela pública que es donde van todos”. Este elemento de análisis nos ha parecido importante porque está entroncado directamente con el poco respaldo institucional y con la toma de decisiones en determinados ámbitos de la administración. ¿Cómo se administran los recursos y cómo la escuela pública satura su atención al no equilibrarse las dotaciones asignadas con la labor real que están haciendo? Esto nos llevaría directamente a hablar de la calidad de la educación. Para evitar divagaciones pasaremos de puntillas por este tema.

Por lo que podríamos decir que el apoyo institucional, desde el más cercano a través de los equipos directivos como el más lejano, tiene que ser capaz de apoyar la labor docente, ya que solo así se pueden generar climas pedagógicos y marcos generales facilitadores del trabajo con la población que presenta mayores dificultades.

Por otro lado y descendiendo a cosas más concretas que también condicionan la atención que reciben estos alumnos/as las entrevistadas señalan como el alumnado que llega al CET llega muy enfermo, cosa que por otro lado no podría ser de otra manera ya que se trata de un recurso para trabajar con los alumnos/as que están más graves. Pero lo que señalan realmente las entrevistadas es “que pasen casos de estos desapercibidos, en algo hemos fallado”. Antes del llegar al CET, ¿cómo han convivido en sus centros?, ¿cómo han pasado tantos años escolarizados en situaciones tan graves? “cuando llegan es porque están muy

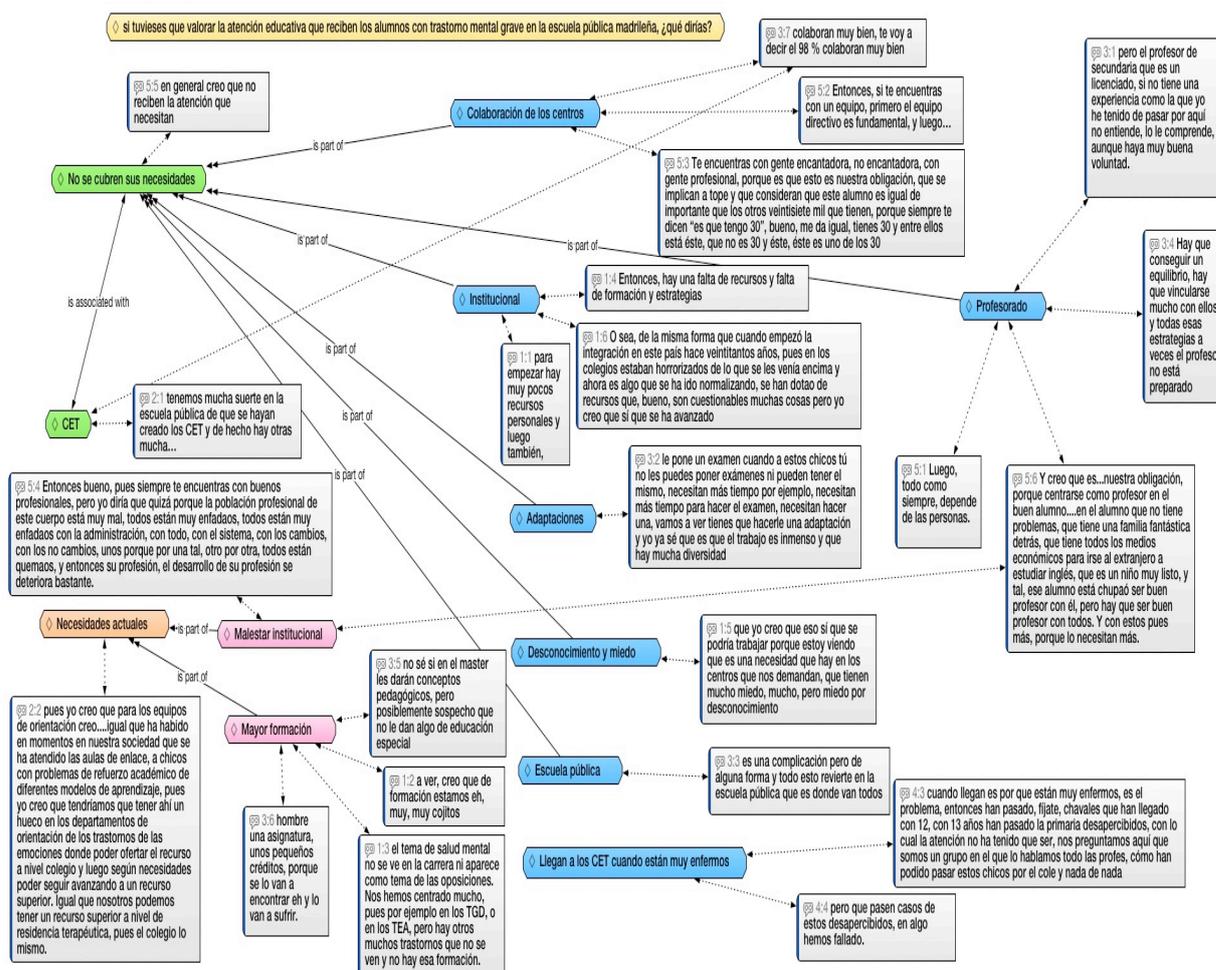
enfermos, es el problema, entonces han pasado, fijate, chavales que han llegado con 12, con 13 años han pasado la primaria desapercibidos, con lo cual la atención no ha tenido que ser...cómo han podido pasar estos chicos por el colé y nada de nada”. Volvemos a hablar pues de la detección precoz, y como esta podría contribuir a intervenir con esta población a edades más tempranas, cuando hay menos factores de riesgo asociados.

Desde las prácticas metodológicas del profesorado “le ponen un examen cuando a estos chicos tú no les puedes poner exámenes ni pueden tener el mismo, necesitan más tiempo por ejemplo para hacer un examen...tienes que hacerle una adaptación y yo ya sé que es que el trabajo es inmenso y que hay mucha diversidad”. Ya hemos hablado de las dificultades que el profesorado encuentra para hacer su trabajo, pero claro, esto se traduce en lo concreto y lo concreto es cómo interviene el profesor/a. “Todo, como siempre, depende de las personas”, “y creo que es...nuestra obligación, porque centrarse como profesor en el buen alumno...en el alumno que no tiene problemas, que tiene una familia fantástica detrás, que tienen todos los medios económicos para irse al extranjero a estudiar inglés, que es un niño muy listo, y tal, ese alumno está chupaó ser buen profesor con él, pero hay que ser buen profesor con todos. Y con estos pues más, porque lo necesitan más”. Hay que poner en equilibrio la responsabilidad del marco que generan las instituciones, la falta de formación y preparación específica para trabajar con esta población junto a la actitud del profesorado. Como decía una de las entrevistadas “luego depende de las personas”. También hay que apelar a la responsabilidad del profesorado, “hay que conseguir un equilibrio, hay que vincularse mucho con ellos y todas esas estrategias a veces el profesor no está preparado”, “porque el profesor de secundaria que es un licenciado, sino tiene una experiencia como la que yo he tenido de pasar por aquí no entiende, no le comprende, aunque haya muy buena voluntad”.

Es decir, hay que hacer más pedagogía del trastorno mental entre el profesorado de secundaria y esto pasa por:

- Mayor apoyo institucional, tanto de la Comunidad de Madrid como de los Equipos Directivos.
- Mayor y mejor formación para el profesorado para trabajar con alumnado con trastorno mental.
- Más recursos específicos y generales para definir modelos de trabajo con alumnos/as de necesidades específica de manera integrada en el centro. Tendremos ocasión de hablar de esto en la pregunta 2.10.
- Más trabajo de sensibilización y formación a la comunidad educativa sobre el trastorno mental.

Figura 15
Dimensión 2, pregunta 1



**Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave.
Pregunta 2: ¿Los institutos de secundaria están adaptados para dar respuesta educativa al alumnado con trastorno mental grave?**

La visión generalizada por parte de las informantes es que los institutos de educación secundaria no están preparados para atender a un alumno/a con trastorno mental grave. Pero si descendemos y profundizamos un poco en la lectura de las respuestas podemos observar matices y alguna explicación al respecto.

La primera consideración a tener en cuenta es que dependerá del grado de la enfermedad. Cuando el trastorno mental permite al alumno mantenerse vinculado y no solo vinculado al contexto educativo, sino que le permite tener un rendimiento suficiente desde donde poder continuar con sus estudios, pese a que no existen recursos específicos definidos en los institutos ni programas concretos para estos alumnos/as sí que hay más posibilidades de que la atención sea adecuada. “Hay centros que incluso están haciendo un esfuerzo bastante majo con estos niños...eligen muy bien las horas que tienen que salir con el PT....si no están muy afectados, dicen mira, este en cuanto podamos estamos pensando en meterle en PMAR”. El programa de PMAR (PDC con la actual LOMLOE) y la Formación Profesional Básica, pese a no ser programas pensados para atender a población con trastorno mental terminan siendo los cajones de sastre que utilizamos para poder canalizar los itinerarios educativos de los alumnos/as con los que trabajamos.

Pero, qué pasa con el alumnado que no entra en estos programas, qué pasa con los que están más graves y no pueden mantenerse tampoco en estos programas con un mínimo de expectativa de éxito. ¿Qué elementos son los que podríamos señalar como principales responsables de que los institutos no estén preparados para dar respuesta a este alumnado?

Volvemos a encontrarnos una vez más con el desconocimiento del trastorno mental. Como podrán haber observado es algo que se viene repitiendo desde la primera pregunta analizada. “Porque en el CET digamos que el profesor va a colaborar mejor, yo voy a verles,

me entrevistado, les explico lo que hay, entienden mejor, a veces me acompaña el psiquiatra, entienden mejor por qué las conductas del niño”. Desconocer el trastorno mental impide entender y poner en contexto la conducta del alumno/a, las respuestas no adecuadas, los miedos exagerados, la falta de inhibición...., en definitiva, todo aquello que nos lleva a visualizar al alumno/a con trastorno mental como un alumno/a diferente. Esa diferencia mal gestionada puede provocar fricciones académicas y convivenciales porque la realidad que experimenta el alumno/a con trastorno mental es distinta, y como distinta que es la escuela tendría que ser capaz de incluirla desde la aceptación de sus diferencias y no desde la exclusión por ser diferente. “A veces parece que solamente los psicóticos tienen alterada su realidad, y el enfermo mental sufre mucho”. Hablaremos más sobre esto en la pregunta 2.4.

Otro elemento de análisis que nos puede ayudar a entender por qué los institutos tienen dificultades para atender al alumnado con trastorno mental grave es la falta de recursos, la falta de tiempo y la falta de más profesionales. En definitiva estamos hablando de falta de recursos. “tenemos poco tiempo tanto en los institutos como en los colegios...el ritmo es vertiginoso para intentar sacar adelante unas materias, unos contenidos, unas asignaturas, cumplir unos plazos, que cuando aparece un caso se convierte en un problema y un problema que muchas veces no se sabe cómo afrontar y entonces se acaba haciendo una pelota, y hay pocos recursos”. Detengámonos en la afirmación de esta profesora. Más allá de los porqué, lo cierto es que al final se termina percibiendo al alumno/a con trastorno mental como un problema. Pero lo cierto es que además de vivenciarlo como algo negativo no se sabe cómo actuar ante el mal llamado problema, por lo que se termina vivenciando más negativamente.

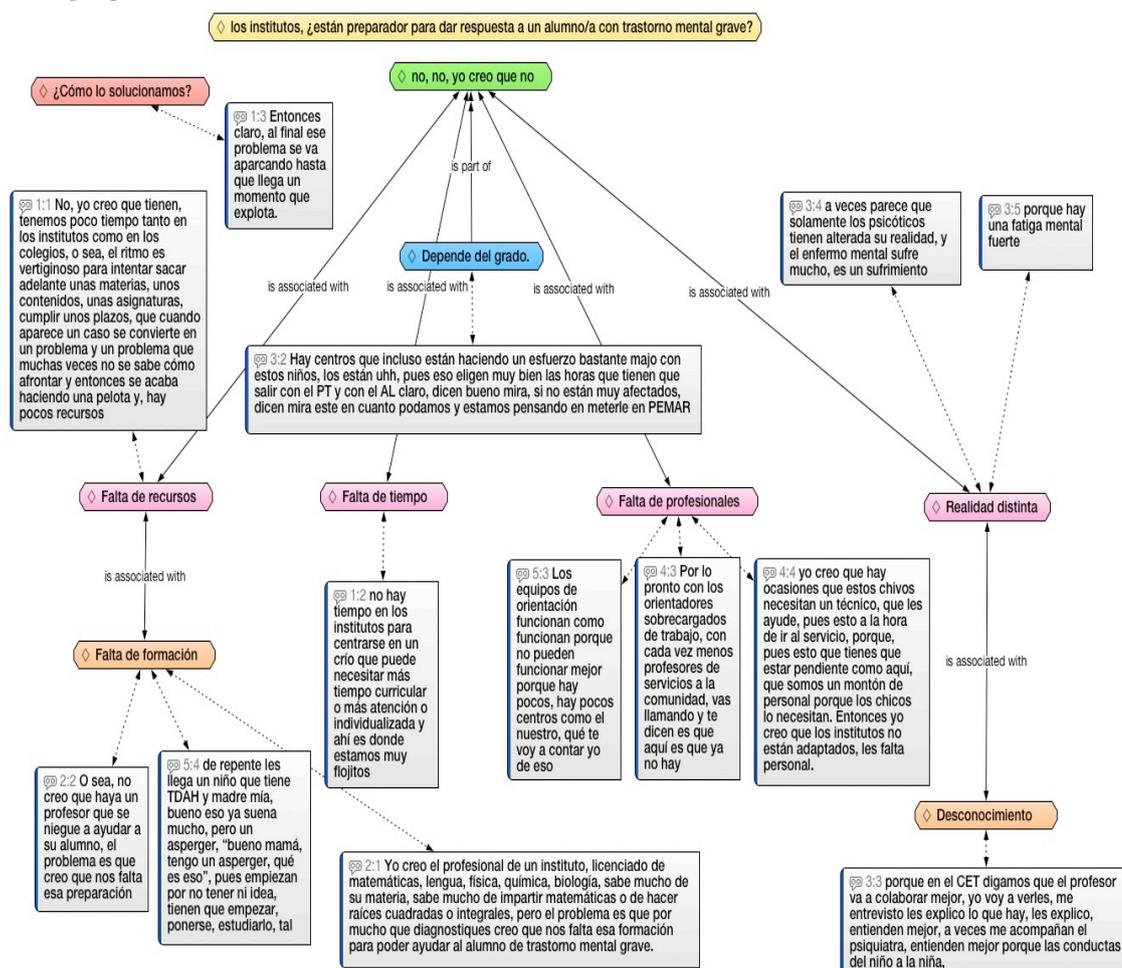
Nos atreveremos a afirmar que vivenciar al alumno/a con trastorno mental como algo negativo tiene que ver con:

- Desconocimiento, del que ya hemos hablado.
- Falta de empatía por parte del profesorado, y ésta no es solo la consecuencia de la falta

de apoyo institucional y el desconocimiento de la enfermedad mental. Hay elementos que tienen que ver más con lo actitudinal, con lo personal, con cómo se posiciona uno frente a la práctica docente, y aquí sí las instituciones tienen un campo de trabajo importante. Las actitudes se pueden cambiar, pero hay que trabajarlas.

- Falta de apoyo institucional que se traduce en falta de recursos humanos, en mayor carga lectiva del profesorado y menos posibilidades de trabajar la diversidad dado que se prioriza en la carga lectiva. Se prioriza en el saber y no en el convivir. “No hay tiempo en los institutos para centrarse en un crío que puede necesitar más tiempo curricular o más atención o individualizada y es ahí donde estamos flojitos”, “los equipos de orientación funcionan como funcionan porque no pueden funcionar mejor”, “por lo pronto con los orientadores sobrecargos de trabajo, con cada vez menos profesores de servicios a la comunidad, vas llamando y te dicen es que aquí es que ya no hay”, “yo creo que hay ocasiones que estos chicos necesitan un técnico, que les ayude....aquí somos un montón de personal porque los chicos lo necesitan. Entonces yo creo que los institutos no están adaptados, les falta personal”.

Figura 16
Dimensión 2, pregunta 2



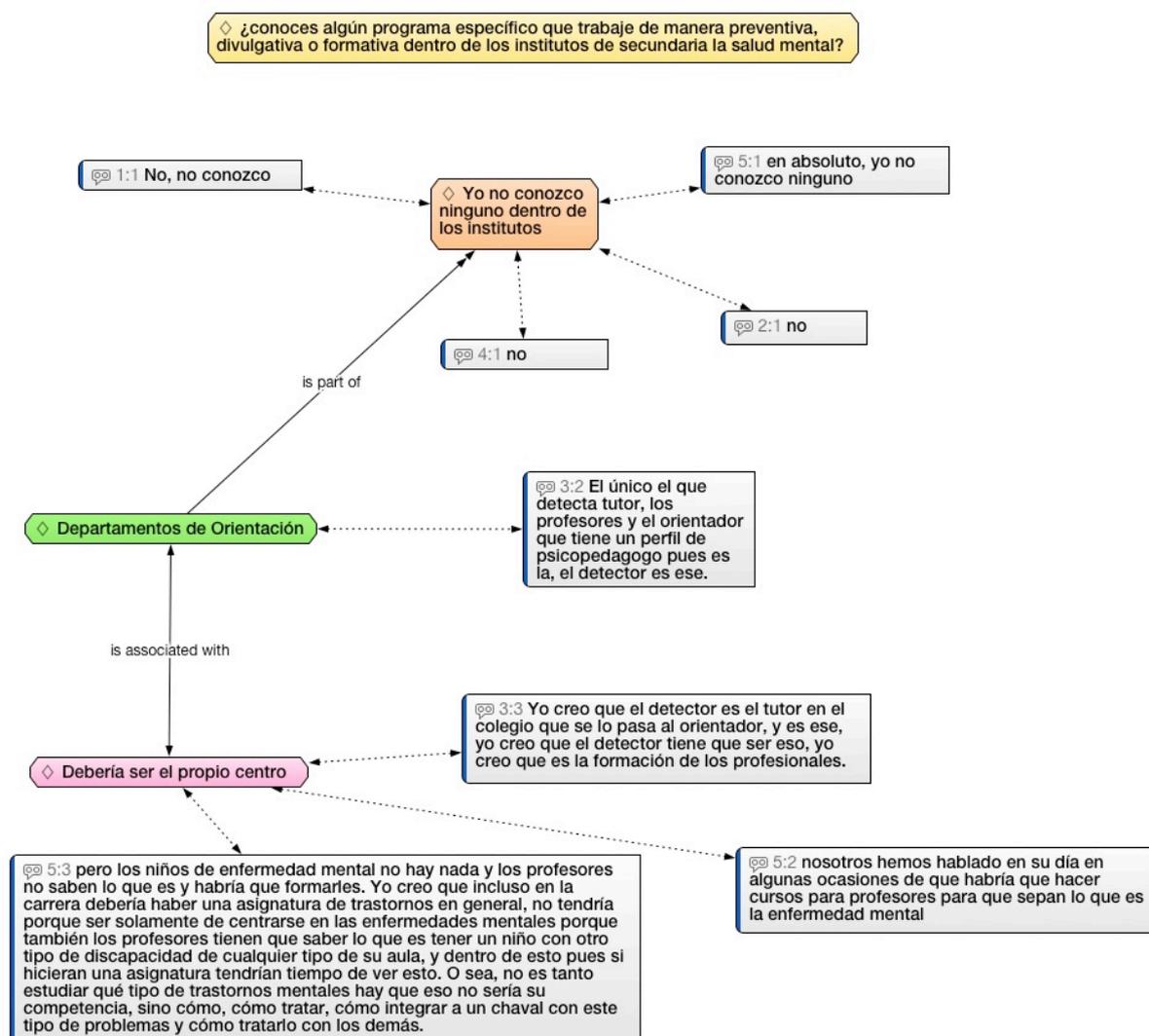
Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 3: ¿Conoces algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo? ¿cuál?

Lo cierto es que en principio nadie conocía ningún programa específico de prevención en salud mental dentro de un instituto de secundaria. En dos de las cinco contestaciones las entrevistadas han querido profundizar un poco más. Si bien es cierto que en los institutos no hay ningún programa específico de prevención en salud mental en los departamentos de orientación, éstos se convierten en el principal recurso que se encargará de atender a algún alumno/a en el que se detecte que hay alguna problemática asociada al trastorno mental. No obstante la detección del trastorno mental es algo que en principio, elemento que ya hemos trabajado en la pregunta 1.9., se escapa al trabajo de los departamentos de orientación. Esto se debe fundamentalmente a la falta de tiempo y a la falta de profesionales y a la falta de

formación específica. Los institutos, como espacio natural, se convierten en un contexto adecuado para el diagnóstico. Pero para poder realizar esa función hacen falta recursos de los que actualmente se carecen. “Yo creo que el detector es el tutor en el colegio que se lo pasa al orientador...es la formación de los profesionales”. Es decir, si queremos que el profesor, como primer observador y más cercano al alumno/a detecte tiene que estar sensibilizado y formado. Después podrá derivar al orientador/a quien podría intervenir si tuviese más tiempo y más apoyos con los que contar. “Pero los niños de enfermedad mental no hay nada y los profesores no saben lo que es y habría que formarles. Yo creo que incluso en la carrera debería haber una asignatura de trastornos en general, no tendría porque ser solamente de centrarse en la enfermedades mentales....sino cómo tratar, cómo integrar a un chaval con este tipo de problemas y cómo tratarlo con los demás”.

No solamente es formar para intervenir, sino formar para sensibilizar y trabajar la empatía del profesorado, “nosotros hemos hablado....en algunas ocasiones de que habría que hacer cursos para profesores para que sepan lo que es la enfermedad mental”. Por otro lado, y volviendo al origen de la pregunta sobre la que hemos obtenido un no como respuesta, la sensibilización y la prevención debería trabajarse también con el alumnado. Por último, rescatemos algunos de los elementos trabajados en el marco teórico y recordarán que hablábamos de cómo hay prácticas pedagógicas que integran la salud mental en el ideario del centro convirtiéndose ésta en un eje central desde el que trabajar preventivamente y atencionalmente. Retomaremos esto en las conclusiones.

Figura 17
Dimensión 2, pregunta 3



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 4: ¿La escuela integra o excluye al alumnado con Trastorno Mental Grave?

De las cinco respuestas tres han sido categóricas y consideran que la escuela excluye al alumnado con trastorno mental grave. Otras dos de las respuestas matizan y consideran que se producen las dos cosas, exclusión e inclusión. Y realmente es así, hay institutos que trabajan de una manera más inclusiva y hay institutos que trabajan de una manera más excluyente. Veamos cuáles son los matices y los condicionantes.

“Pues yo creo que sobre todo del profesorado, del equipo directivo. Del orientador, no se, de cómo funciona el instituto en sí”. En la medida que avanzamos en la investigación

podemos apreciar cómo se repiten algunas de las categorías que de los textos vamos extrayendo. Es el caso de esta afirmación, el instituto integrará o excluirá si la identidad del centro se acerca más a una o a otra. La entrevistada decía que dependiendo de cómo funcione el instituto. Esto es algo que va a depender de muchos factores, pero destacamos cómo entre ellos la responsabilidad del equipo directivo, que será el encargado de marcar la identidad del centro y de generar dinámicas de funcionamiento tiene un papel decisivo. En función de cómo desarrolle su trabajo el equipo directivo resultará más fácil que nos encontremos con prácticas inclusivas en el departamento de orientación y en el profesorado. Más difícil será encontrar proyectos educativos en cuya identidad esté integrado el trabajo de la salud mental y de su otra cara, el trastorno mental.

Volvemos a encontrarnos con la falta de preparación del profesorado, tanto formativa como personal, para trabajar con este alumnado. “No sabemos cómo es el trato y cómo el alumno de salud mental....no es tan fácil el tratamiento si no estás preparado para ello”.

Y por otro lado vuelve a aparecer el miedo, “por que no se sabe tratar, por incomprensión, por miedo, por falta de interés”. La actitud del profesor/a, condicionada por el miedo que la enfermedad mental provoca son derivadas del desconocimiento. “Por miedo a lo desconocido.....es más fácil pasar de algo que no conoces y que te impresiona un poco que abordarlo..... lo estás dejando ahí excluido”.

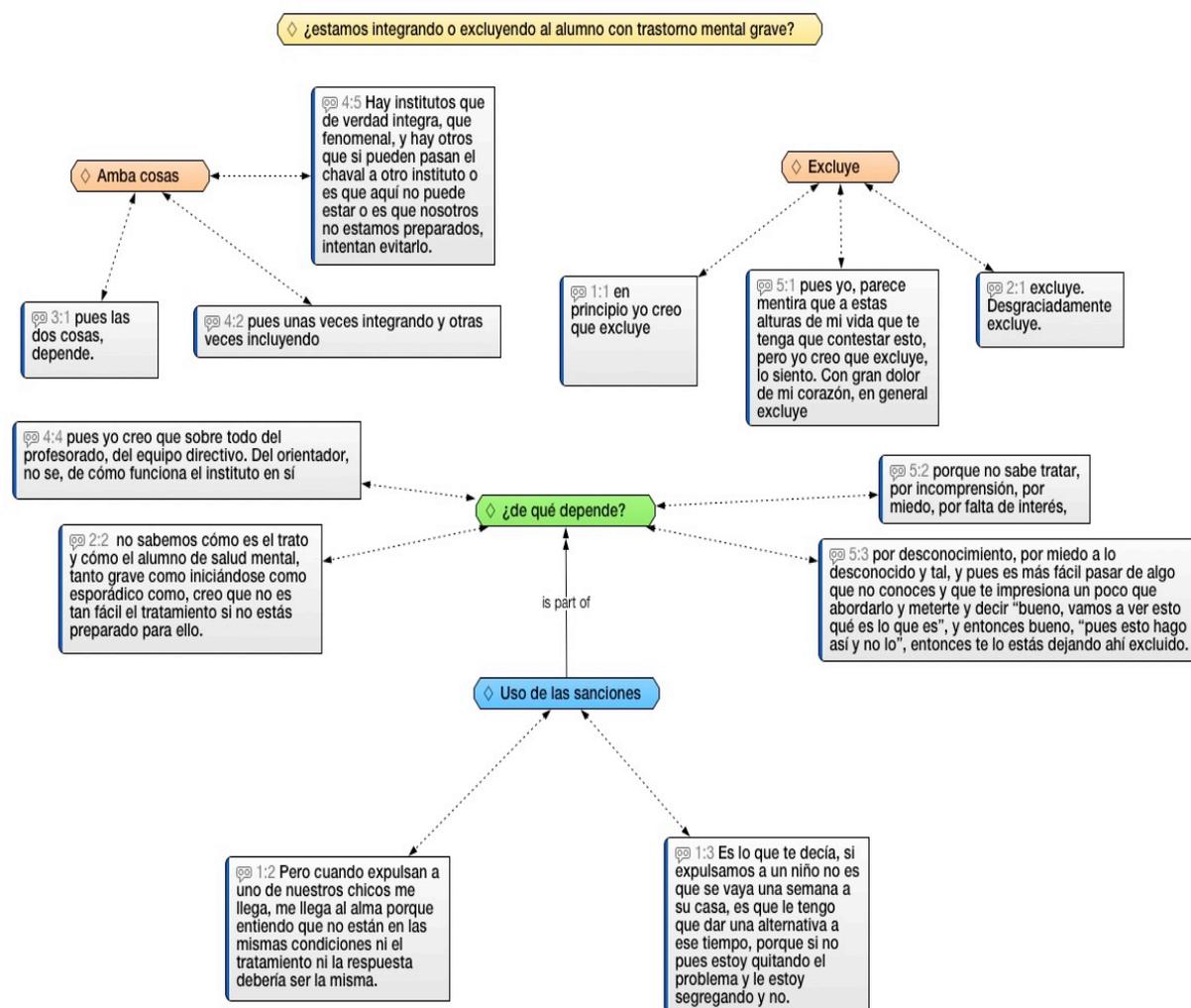
Por lo tanto podemos decir que un centro excluye en función del trabajo realizado por el equipo directivo, por falta de formación y por la actitud del profesorado y por el desconocimiento que sobre la salud mental hay.

En las respuestas no hemos encontrado mucha información sobre los cómo se excluye o se incluye. Cierto es que la pregunta estaba dirigida y así se hizo durante las conversaciones, hacia el concepto exclusión e inclusión en términos abstractos sin pretender descender a lo concreto que sería el cómo. Pero nos parece interesante reseñar alguno de los cómo que

hemos encontrado, ya que nos resultará de mucha ayuda en el apartado de conclusiones. Estamos hablando del uso de las sanciones como herramienta usada en la regulación de la convivencia de los centros. En función de cómo un centro use su reglamento de régimen interno podríamos darnos cuenta de si se trata de un centro más inclusivo o excluyente. “Pero cuando expulsan a uno de nuestro chicos me llega, me llega al alma porque entiendo que no están en las mismas condiciones ni el tratamiento ni la respuesta debería ser la misma.”. “Si expulsamos a un niño no es que se vaya una semana a su casa, es que le tengo que dar una alternativa a ese tiempo, porque sino pues estoy quitando el problema y le estoy segregando, y no”.

Podemos observar por un lado el trato objetivo al alumno con trastorno mental. Ante un hecho concreto valorado de manera objetiva y en pos de una idea de justicia muy administrativa aplico la norma y echo al alumno, lo sanciono. Es decir, no se tiene en cuenta la especificidad de sus circunstancias ni de su enfermedad. Aquí estaríamos hablando de una práctica excluyente, ésta es la que más se da. Por otro lado, encontramos la sanción no como castigo sino como oportunidad educativa, “porque sino estoy quitando el problema y le estoy segregando”. El uso de un modelo sancionador u otro dependerá de los elementos ya citados, dependerá del equipo directivo, de la capacidad del profesorado para empatizar con el alumno/a enfermo, del nivel de formación del profesorado para no desconocer y por lo tanto para no situarse ante el trastorno mental con miedo.

Figura 18
Dimensión 2, pregunta 4



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 5: ¿El profesorado tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave?

Las contestaciones en este sentido vienen a ser coincidentes. Volvemos a hablar de trastornos internalizantes y de trastornos externalizantes, y cómo en ambos casos resulta muy complicado trabajar con alumnado con trastorno mental grave. Un alumno de estas características genera sensación de saturación en el centro educativo. “Es complicado en un entorno de un colegio normalizado....un trastorno grave desborda....Para eso está el CET...luego cuando vuelva tiene unas estrategias”. La contestación nos remite al contexto especializado del CET para trabajar con un alumno/a en situación de trastorno mental grave para allí poder fortalecerse y establecer estrategias que le permitan volver a su centro de

referencia. Pero sabiendo que los CET tienen una temporalidad determinada, ¿qué sucede con el alumno/a que vuelve al instituto, haya o no adquirido esas estrategias que la entrevistada plantea?.

El primer paso es que sea el departamento de orientación el que intervenga, pero también sabemos que el departamento de orientación no puede cubrir el trabajo que el profesor/a tiene que realizar como docente. Acompaña y facilita, pero en el aula es el docente el que trabaja con el alumno/a enfermo. Es aquí donde la pregunta que realizábamos se hace pertinente. “Los orientadores asesoran, pero claro, depende de qué trastorno sea, están desde el conductual que impide el funcionamiento de la clase....alguna vez un niño impide incluso el funcionamiento de todo el instituto, o de todo el colegio. Hasta el....inhibido, ese que pasa desapercibido....y nadie le hace caso porque hay muchos alumnos y no se detecta nada, porque claro, no da guerra y no protesta ni nada”. Es decir, resulta muy complicado trabajar con alumnado con trastorno mental atendiendo la diversidad de un grupo grande de alumnos/as pudiendo cubrir los cuidados y la atención constante que necesitan. “El trastorno mental grave tiene que estar muy cuidado en todas sus parcelas”, ya que no es solo la parcela educativa la que el profesor tiene que supervisar, sino también la terapéutica en la medida que está interfiriendo y condicionando el rendimiento y trabajo educativo del alumno/a desde lo académico y desde lo relacional. Por lo que para atender sus necesidades concretas el profesor/a debería tener habilidades y herramientas metodológicas suficientes que según la percepción de las entrevistadas no tienen. Todo esto se tienen que hacerse en un contexto en el que el tiempo se convierte en un bien escaso, “porque el profesor....tiene su presión de horarios...la ratio...Ahora, también es verdad que el buen profesional siempre tiene algunas horas que sacar para este tipo de cosas”. Y aquí entroncamos directamente con lo actitudinal, otro de los elementos que las entrevistadas han destacado como condicionantes y que relacionan con la falta de recursos metodológicos para trabajar con alumnado con trastorno

mental grave del profesorado. “Yo creo que si tú tienes en tu aula un caso determinado de lo que sea, pues tienes que ir a por ello, porque con el gran grupo ya sabes trabajar, porque da igual un año que otro, siempre es lo mismo, aunque sean diferentes los individuos y diferente la asignatura que das, pero claro, si tienes un caso de un trastorno del tipo que sea creo que entra dentro de tu obligación...formarte”.

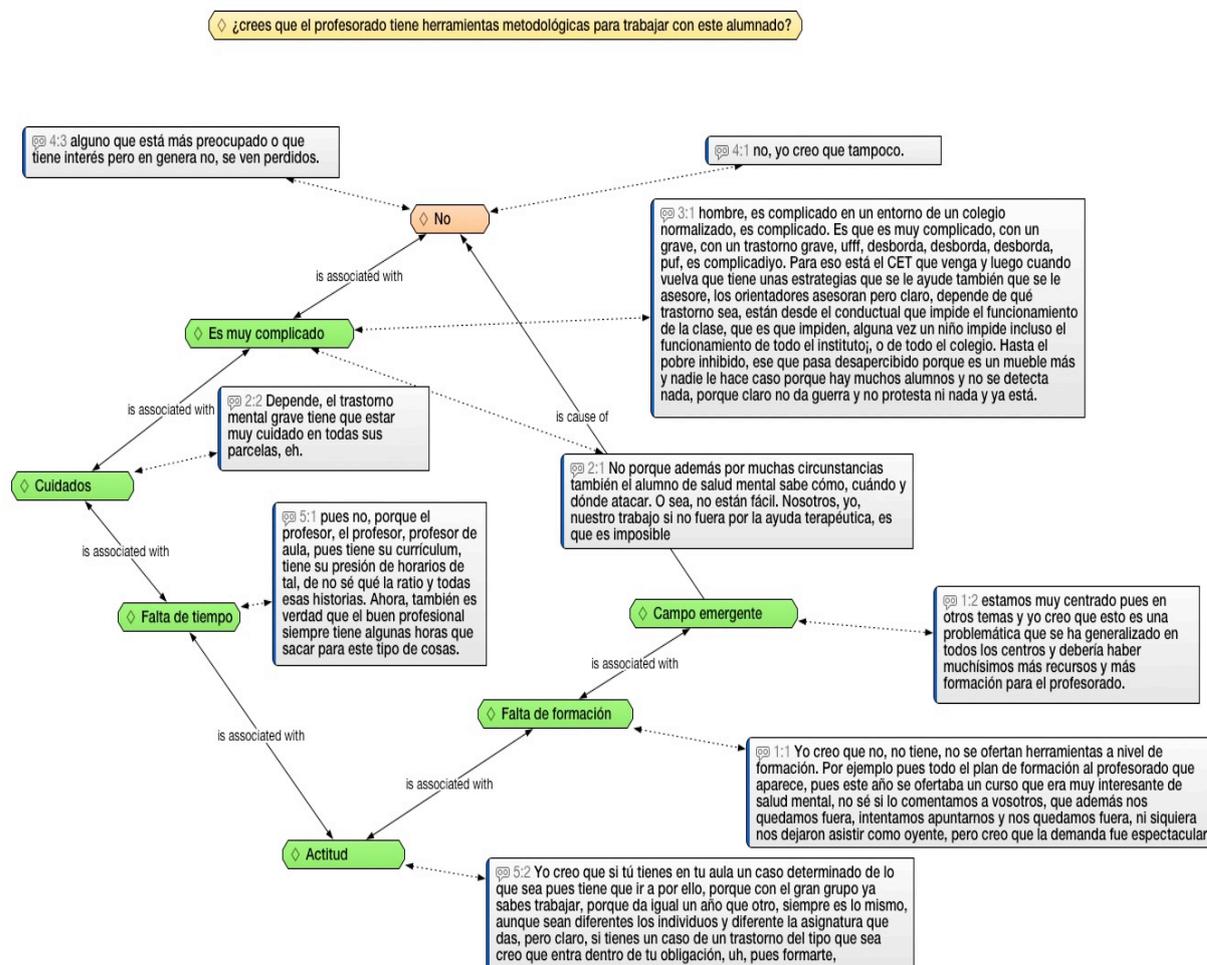
La formación es un vehículo fundamental para la adquisición de herramientas metodológicas, y en este sentido no toda la responsabilidad debería recaer en el profesorado. “Yo creo que no, no tiene, no se ofertan herramientas a nivel de formación. Por ejemplo, pues todo el plan de formación al profesorado que aparece, pues este año se ofertaba un curso que era muy interesante de salud mental....creo que la demanda fue espectacular”. Esto viene a demostrarnos que sí hay demanda por parte del profesorado en formarse en el campo de la atención a alumnado con trastorno mental, pero la posibilidad de encontrar formación específica es muy difícil. La administración tiene una responsabilidad directa en este sentido.

En cualquier caso, la realidad se impone y los cambios sociales también, por lo que las prioridades educativas tienen que cambiar empujadas por el contexto socio-histórico de cada momento. Los cambios educativos, los programas y las acciones concretas se producen como reacción a una problemática determinada. Cómo se prioriza en la atención a esas necesidades que la realidad impone es algo que le corresponde a las administraciones y a las personas que las sustentan. Pero lo que es evidente es que en los institutos de secundaria el trabajo con alumnado con trastorno mental se está convirtiendo en un problema. Mal vamos si consideramos que una dificultad es un problema y lo vivenciamos como tal. “Estamos muy centrados pues en otros temas y yo creo que esto es una problemática que se ha generalizado en todos los centros y debería haber muchísimos más recursos y más formación para el profesorado”.

Nos atreveremos a afirmar que la atención a alumnado con trastorno mental grave se

ha convertido en un campo de trabajo pedagógico emergente que reclama más atención, más recursos y mayor sensibilidad por parte de la comunidad educativa, la responsabilidad es de todos y todas.

Figura 19
Dimensión 2, pregunta 5



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 6: ¿El profesorado necesita mayor formación específica para trabajar con esta población?

Dos serán los motivos por los que consideran las entrevistadas que es importante que el profesorado de institutos tenga mayor formación para trabajar con alumnado con trastorno mental grave:

- Desconocimiento generalizado sobre el trastorno mental.
- La atención especializada que este alumnado necesita.

Dentro del cuerpo de profesores/as de secundaria los profesionales sobre los que por proximidad al campo recae la responsabilidad del trabajo con este alumnado es fundamentalmente la del departamento de orientación. Es así como son los orientadores/as, los profesores/as técnicos de servicios a la comunidad y los profesores/as terapéuticos los que más formación tienen para trabajar con esta población. No obstante, incluso dentro de estos profesionales la formación específica en el campo de la salud mental es escasa. “Generalmente quien sabe algo de estos temas es el profesor de pedagogía terapéutica, los orientadores, pero en general los profesores de secundaria no están preparados”. Esta entrevistada donde está depositando el acento es en el papel del profesor/a. En la medida en que parcelamos los campos de trabajo dentro de un instituto y delimitamos los roles que desarrollan cada uno de sus profesionales convirtiéndolos en cajones estanco, impedimos que el trabajo que se desarrolle sea integrado, tenga una visión inclusiva. Si bien es verdad que la atención a la diversidad está presente y se contempla en todas las programaciones de los centros, ésta sigue realizándose de manera segmentada, repartiendo responsabilidades de manera independiente e impidiendo que se entrelacen formando prácticas educativas más complejas y enriquecedoras. Si bien esto facilita la tarea organizativa y define las funciones de cada profesional, impide que la atención a la diversidad se convierta en un eje transversal que structure el trabajo de los centros. La atención a la diversidad sigue siendo un elemento más que trabajará fundamentalmente el departamento de orientación, ya que todos entendemos que los profesionales que conforman ese departamento están más cualificados para realizar esas funciones. En la medida que asumimos esa premisa dejamos de sentirnos responsables en ese sentido, ya que hay alguien que de manera profesional y aséptica trabajara esa dimensión de la educación.

Esta práctica, que es habitual en los centros -profundizaremos sobre ello con más detalle en la pregunta 2.9.-, permite cumplir con los mínimos pero impide profundizar de

manera compleja en una atención inclusiva. El orientador/a no tiene el don de la ubicuidad, no puede estar en todas las clases, atender a todos los alumnos/as, detectar, observar, definir, intervenir con alumnos/as, profesores, familia....la atención a la diversidad tiene que ser una práctica global y compartida que estructure la vida del institutos. En ese contexto empezaríamos a entender que la formación para trabajar con alumnado con trastorno mental grave no le corresponde solo al orientador/a o al profesor terapéutico. El profesor/a de aula tiene que estar formado para poder desempeñar bien su trabajo. Solo desde la formación podrá entender al alumno/a que se encuentre con trastorno mental. “Porque además si, creo que una persona que entiende lo que tiene delante está mucho más segura y trabaja mucho mejor con ello”. La atención que una alumno/a con trastorno mental grave necesita tiene que ser especializada, “no podemos actuar igual ante un crío con conductas disruptivas que ante un chaval que tiene....un trastorno mental y que tiene unas dificultades de autocontrol y....que hay que saber llevarlos y hay que saber tratarlos”.

Partiendo de la base de que sí necesitan más formación, encontramos que esta seguiría tres caminos diferentes y complementarios:

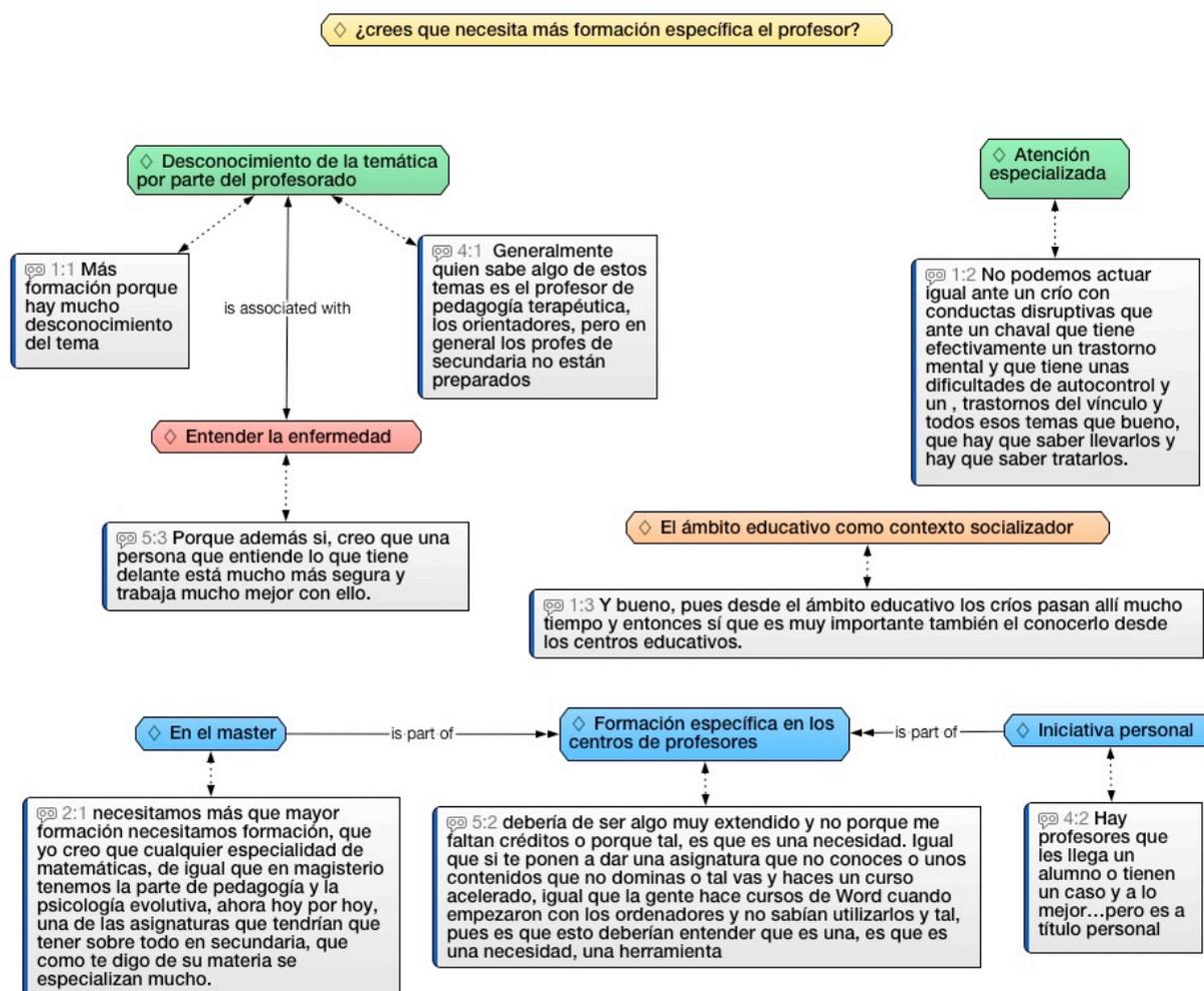
- En el master. El profesorado de secundaria está especializado en su materia y en ese sentido hemos conseguido realizar pruebas de acceso al cuerpo de profesores/as objetivas que filtran y seleccionan al profesorado de manera muy exigente. Pues esto que hemos conseguido hacer con la materia propia que el profesor/a impartirá no hemos conseguido hacerlo con las herramientas que como docente necesitará para trabajar en un mundo cambiante y complejo. El master debería ser un espacio en el que el aspirante a profesor/a pudiese conocer con profundidad el grupo poblacional de alumnado con trastorno mental grave.
- Por otro lado está la formación continua del profesorado. “Debería ser algo muy extendido y no porque me falten créditos o porque tal, es que es una necesidad. Igual

que si te ponen a dar una asignatura que no conoces o unos contenidos que no dominas....haces un curso acelerado, igual que la gente hace cursos de word cuando empezaron con los ordenadores y no sabían utilizarlos...pues es que esto deberían entender que es una....necesidad”. Deberíamos ser capaces de asumir la formación en el trabajo desde la diversidad como una necesidad tan importante como la competencia digital. Si somos capaces de invertir en cursos de formación para profundizar en esta competencia, por qué no lo hacemos en otras de las competencias clave como son las competencias sociales y cívicas. De nuevo volvemos al tema de las prioridades, qué es prioritario para la escuela.

- Iniciativa personal. “Hay profesores que les llega un alumno o tienen un caso y a lo mejor se forman pero es a título personal”. Deberíamos facilitar que aquellos profesores/as y profesionales que quieren formarse específicamente en este campo pudiesen encontrar más oferta y más facilidades al respecto.

Dado que los centros educativos son uno de los espacios donde los adolescentes pasan más tiempo a lo largo de día, es uno de los contextos socializadores más importantes para ellos y ellas. El profesorado debería estar más formado en la atención al alumnado con trastorno mental grave ya que “es bueno, pues desde el ámbito educativo los críos pasan allí mucho tiempo y entonces sí que es muy importante también el conocerlo desde los centros”.

Figura 20
Dimensión 2, pregunta 6



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 7: ¿Consideras que hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave?

Mayoritariamente la respuesta ha sido “no”, pero como hemos podido ver a lo largo de la investigación no nos importa tanto la respuestas cerrada sino los porqué y los condicionantes. Empecemos analizando la tipología del alumnado con trastorno mental grave que se puede encontrar un instituto de secundaria:

- Alumnado no diagnosticado. Por lo tanto no recibe ningún tipo de atención específica ya que no reúne perfil como alumno/a de necesidades educativas específicas ni de compensatoria.
- Alumnado diagnosticado pero que tampoco se le considera alumno de necesidades

educativas específicas ni de compensatoria. Se conocen las causas de su problemática pero el centro tiene muchas dificultades para poder atenderlo. No ha pasado previamente por ningún recurso específico como el CET.

- Alumnado diagnosticado al que se le puede dar atención específica por desfase curricular y desventaja social dentro del programa de compensatoria, o su trastorno mental le permite estar dentro del programa de necesidades especiales y por lo tanto cuenta con el apoyo de un/a profesor terapéutico.
- Alumnado que ha pasado por algún CET. Por lo tanto está diagnosticado y ha recibido tratamiento psicológico especializado previamente. Pese a todo, en función de su trastorno podrá tener o no apoyo de profesor/a terapéutico dentro del programa de necesidades educativas especiales y en su caso de compensatoria si cumple los requisitos ya citados.

Como sabemos, “estos chicos de enfermedades mentales graves están en los centros y no están catalogados de nada y muchos de ellos no están ni siquiera en el programa de necesidades”. Es decir, hay un vacío, un espacio no definido y ambiguo del que la administración se ha olvidado. Como ya indicábamos en el marco teórico la LOMCE ni siquiera cita el trastorno mental cuando su prevalencia es mayor que la de, por ejemplo, el alumnado de altas capacidades y a estos sí se les ha concedido un espacio real y simbólico. En el debate educativo y en la práctica las altas capacidades han conseguido un lugar desde el que generar derechos. La escuela, los colegios, los institutos tienen que jugar un papel compensador en la sociedad y atender las necesidades de todos y todas. Con esto no queremos criticar el espacio que las altas capacidades han conquistado de atención pública y social, pero sí indicamos que esta atención responde a unos intereses concretos que están muy bien descritos en el preámbulo de la LOMCE, la relación entre sistema educativo y mercado de trabajo. Los alumnos/as de altas capacidades tienen que recibir atención y consideramos que

es fundamental que puedan desarrollar y llevar al máximo su potencialidades. Pero el resto de grupos de alumnos y alumnas que conforman la diversidad también se merecen que se les preste atención y que se les conceda un espacio público de debate y preocupación colectiva que nos permita trabajar en la mejora educativa de sus dificultades. Creemos que uno de los fines de la educación es crear sociedades más justas y la justicia es más justa cuando llega a todos y todas, cuando es equitativa.

Por otro lado, consideramos que pese a tratarse de una población que “no tienen problemas de aprendizaje, en origen, aunque luego los puedan tener porque....la cosa va evolucionando”, sí que necesitan una atención especializada, ya que su situación clínica les pone en un punto de especial dificultad. “Nosotros nos coordinamos prácticamente en todos los casos con el departamento de orientación el departamento de orientación tiene una sobrecarga tremenda porque....atiende a toda clase de dificultades, problemáticas, integración, necesidades educativas especiales...chavales con situaciones sociales graves”. Volvemos al tema de la especialización. Sin valorar la falta de recursos humanos especializados en atención a la diversidad como son los orientadores y los profesores técnicos de servicios a la comunidad, atender a la población con trastorno mental grave solo con la formación y especialización del departamento de orientación es algo que no permite realizar una atención inclusiva real al alumno/a con necesidades, no incluye, integra, pero sigue tratándole como diferente. El centro tiene que estar preparado, todos los profesionales del centro deberían estar preparados y formados para trabajar con esta población. Retomaremos este tema en las conclusiones.

A la hora de proponer trabajo educativo dentro de un centro con alumnado con trastorno mental grave podríamos fijarnos en experiencias metodológicas que ya se están llevando a cabo como son los CET de donde, salvando muchas diferencias, se podrían hacer aprendizajes interesantes de cara al trabajo con alumnado con trastorno mental grave, y

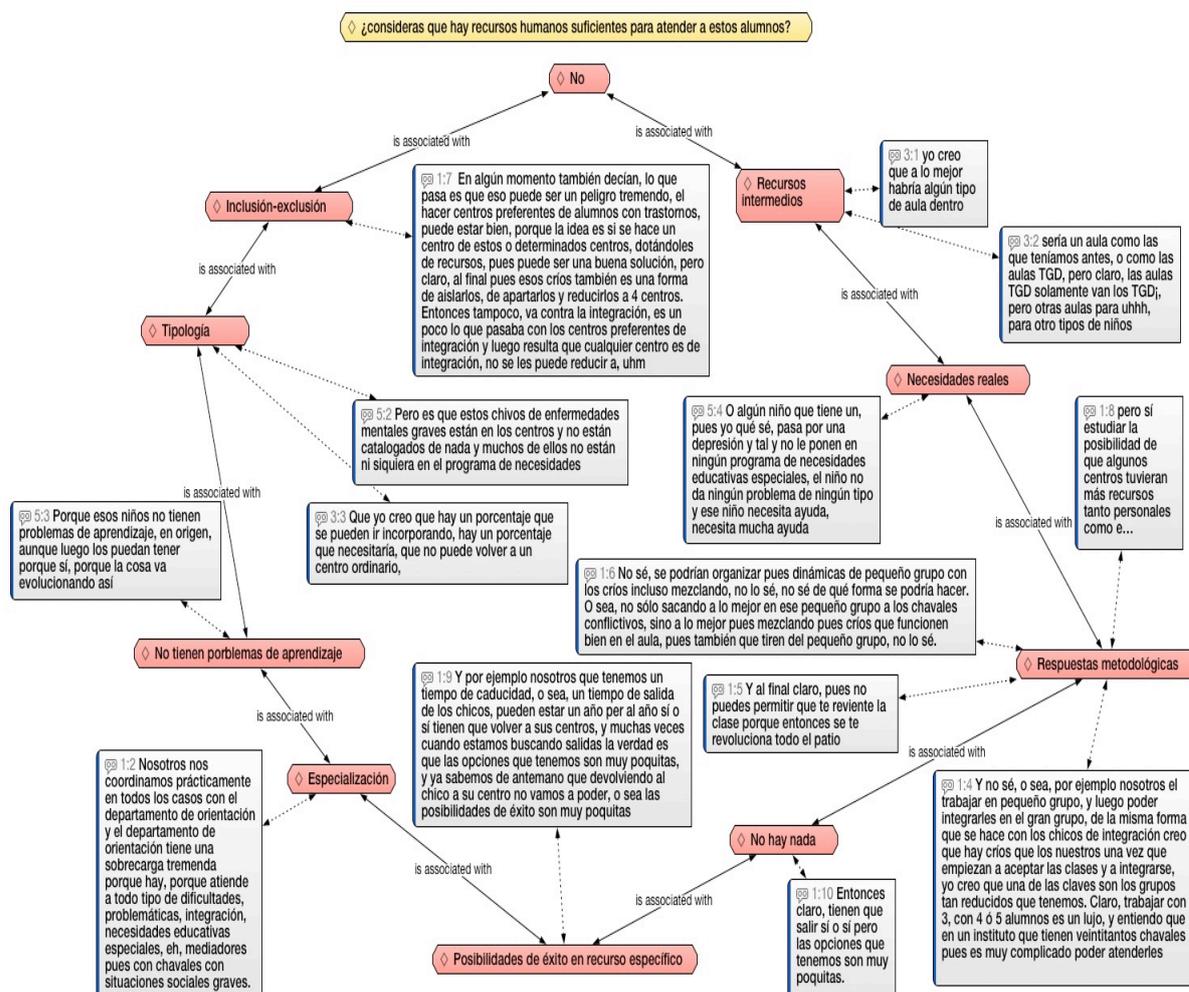
extrapolar así aquellas prácticas metodológicas y organizativas que facilitan el trabajo con este alumnado. Este dato es importante que lo tengamos en cuenta ya que los CET tienen una temporalidad determinada y el alumno/a vuelve a su centro de referencia. “Nosotros tenemos un tiempo de caducidad, o sea, un tiempo de salida de los chicos, pueden estar un año pero al año sí o sí tienen que volver a sus centros, y muchas veces cuando estamos buscando salidas la verdad es que las opciones que tenemos son muy poquitas, y ya sabemos de antemano que devolviendo al chico a su centro no vamos a poder, o sea, las posibilidades de éxito son muy poquitas”. Por lo que para aquellos alumnos/as con trastorno mental grave que terminan pasando por un CET debido a su gravedad y en algún momento tienen que volver a su centro, las posibilidades de éxito están muy condicionadas. Por lo que contar con más y mejores recursos humanos formados en el trabajo con esta población sería un elemento a considerarse para proponer prácticas educativas que redunden en una mejor atención.

En cuanto a las prácticas metodológicas que en los centros se podrían incorporar para trabajar con alumno con trastorno mental grave está el trabajo en grupo reducido, lo que implica un mayor número de recursos humanos. “Por ejemplo nosotros el trabajar en pequeño grupo, y luego poder integrarles en el gran grupo.....yo creo que una de las claves son los grupos tan reducidos que tenemos. Claro, trabajar con tres, con cuatro o con cinco alumnos es un lujo, y entiendo que en un instituto que tienen veintitantos chavales pues es muy complicado poder atenderles”. No siempre la calidad tiene que ir unida a más recursos, pero sí es cierto que la relación alumno/a-profesor/a es un dato más que significativo cuando hablamos de calidad en educación, trabajar con menos alumnos/as te permite dedicarles más tiempo a cada uno.

Son muchos los alumnos/as con trastorno mental grave que se quedan fuera de los programas específicos ya definidos porque no existen como categoría, no existen como grupo y por lo tanto no pueden exigir sus derechos, pero las necesidades son reales, “un niño

que...pasa por una depresión y tal y no le ponen en ningún programa de necesidades educativas especiales, el niño no da ningún problema de ningún tipo y ese niño necesita ayuda, necesita mucha ayuda”. ¿Se la podemos dar en un instituto de educación secundaria? Con lo visto hasta el momento contéstense ustedes a la pregunta, pero suponiendo que no. ¿Sería pertinente crear recursos nuevos, recursos intermedios que atiendan esas dificultades?, ¿cómo tendrían que ser? “Yo creo que a lo mejor habría algún tipo de aula dentro del centro”, “un aula como las....aulas TGD, pero claro, las aulas TGD solamente van los TGD, pero otras aulas para....otro tipos de niños”. Parece que el ámbito educativo solo contempla como trastorno mental a los TGD, TDAH y a los Trastornos Disociales -les remitimos a la delimitación conceptual de este documento, no en vano son categorías clínicas que ya están en desuso y no corresponde a los criterios clínicos actuales- y el resto de trastornos no sirven para entrar en el programa de necesidades educativas especiales. Si no tienen retraso curricular y/o desventaja socio-familiar tampoco pueden entrar en compensatoria, por lo que tenemos un número ingente de alumnos/as que no tienen derechos porque no se les nombra, porque son invisibles para la administración. La respuesta al cómo creemos nosotros que tendrían que ser estos centros se la daremos en las conclusiones.

Figura 21
Dimensión 2, pregunta 7



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 8: ¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave?

Las respuestas han sido unánimes, todas consideran que es muy importante, incluso tanto como el papel de los terapeutas, “es tan importante o igual que el del terapeuta”. Y todas ellas destacarán el papel del profesor/a para el alumno/a con trastorno mental grave como una referencia, “es la persona de referencia que tiene ese chaval en el mundo real”.

Y es que el profesor/a que trabaja en un CET tiene que romper los esquemas. “Lo que tú has estado trabajando en otros sitios aquí no te sirve para nada, aquí te insultan, te llaman de todo, es que este tipo de cosas en un instituto sería inviable”. Antes de continuar habría que decir que esta realidad descrita por una de las entrevistadas no es lo más habitual en el

trabajo con alumnado con trastorno mental grave, pero sí que pasa ocasionalmente y para eso el profesor/a tiene que estar preparado, tanto desde lo personal como desde lo profesional.

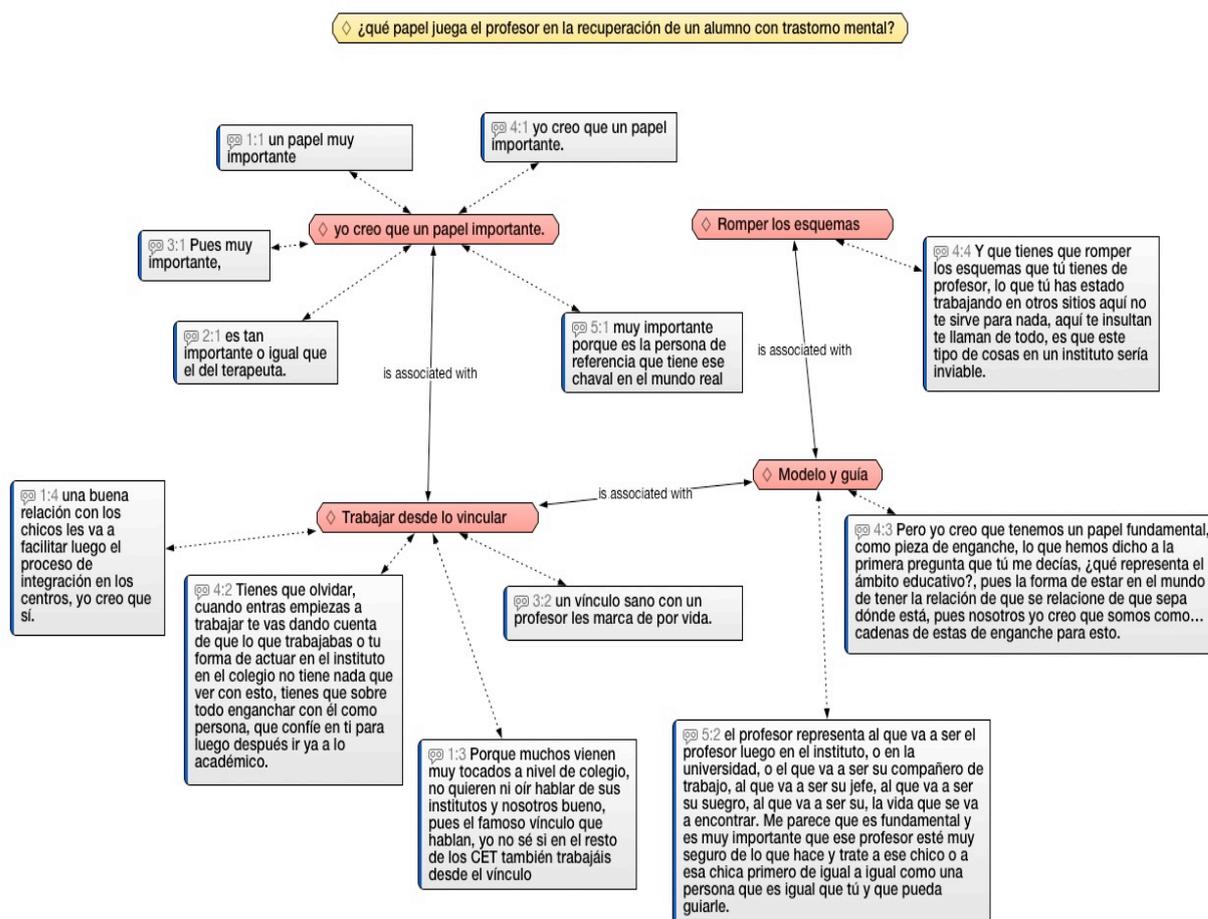
El trabajo del docente es algo que en sí mismo adquiere una connotación especial si lo comparamos con otros trabajos, estamos modelando futuros adultos, estamos ayudando a crecer a personas, por lo que se trata de un trabajo en el que uno juega con lo objetivo y con lo subjetivo. Las relaciones humanas están cargadas de subjetividad y en la interacción con los alumnos/as y sus familias se generan vínculos. El trabajo desde lo vincular con alumnado con trastorno mental grave se convierte en una herramienta fundamental para entender cómo trabajan los profesores/as de los CET y comprender el papel que representan para un alumno/a con trastorno mental grave. Es así como al trabajar con alumnado con trastorno mental grave el profesor/a tiene que “olvidar, cuando entras empiezas a trabajar, te vas dando cuenta de que lo que trabajabas o tu forma de actuar en el instituto, en el colegio no tiene nada que ver con esto, tienes que sobre todo, enganchar con él como persona, que confíe en ti para luego después ir ya a lo académico”. “Un vínculo sano con un profesor les marca de por vida”.

Y esto es así porque el profesor/a se convierte en un modelo y en referente . “Pero yo creo que tenemos un papel fundamental, como pieza de enganche...la forma de estar en el mundo....de que se relacione, de que sepa dónde está, pues nosotros yo creo que somos...cadenas de estas de enganche”.

En el marco teórico reflexionábamos sobre la importancia de la presencia de referencias positivas y personas de ayuda en la vida de un menor vulnerable para que este pueda mostrar adaptabilidad psicológica y genere mejores características de adaptación al contexto. Es decir, la adaptabilidad psicológica sería un proceso concluyente generado por diversos factores protectores de entre los que destacaremos la figura de referencias positivas que creen en la persona y se convierten en modelos y pilares sobre los que construirse de manera proyectiva como referencia vicaria.

Por lo tanto, el profesor/a para un alumno/a con trastorno mental grave adquiere especial importancia porque se convierte en un modelo de referencia desde el ámbito de la salud y porque trabajará desde el vínculo, elemento que le ayudará a mejorar académicamente y establecer una buena relación en su mejoría terapéutica desde lo académico.

Figura 22
Dimensión 2, pregunta 8



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 9: Cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave, ¿se interviene de manera psico-educativa o se deriva a recursos especializados?

Plantear dos respuestas de manera tan cerrada podría llevarnos a error, ya que entre derivar a un alumno/a con trastorno mental grave a un recurso especializado o trabajar con él/ella dentro del instituto de manera psico-educativa bajo una visión inclusiva de la educación hay una gran gama de grises en la que los centros se posicionan más hacia un lado o hacia el otro. Incluso en ocasiones el mismo centro trabajará aproximándose más a una

manera o a la otra. Los centros los formamos personas y este factor es muy importante para entender su funcionamiento. Les remitimos a las preguntas 2.5. y 2.7.

Por otro lado no podemos olvidar que estamos hablando de alumnado con trastorno mental grave. Cuando el trastorno mental interfiere menos incisivamente en el alumno/a y en la cotidianidad del instituto pasa más desapercibido, existe un margen de contención en los centros que con mayor o menor fortuna pueden permitir que el alumno/a se sostenga en su contexto de referencia. Pero cuando el trastorno mental es grave el vaso se desborda, y será en estos casos en los que cada centro reaccionará como mejor pueda o sepa, mostrándonos, esta vez sí, sus posibilidades e intenciones reales. En estos casos resulta más fácil polarizar la respuesta ya que se pierde esa gama de grises de la que hablábamos al comienzo de esta pregunta. Las entrevistadas vienen a coincidir en que la respuesta de los centros se focaliza más sobre la derivación a otro recurso. Los motivos son varios, pero volvemos a encontrar como unidad analítica el desconocimiento, “por desconocimiento, por miedo a meter la pata, por respeto a lo desconocido y en algunos casos por pasotismo”. Y es que cuando un alumno/a está grave la homeostasis de los centros se altera, y ante esa pérdida de equilibrio la respuesta es no saber cómo actuar. “Nos damos cuenta de que es que a veces no es que no se quiera ayudar, es que no se sabe cómo ayudar”. De entre los elementos ya analizados en las preguntas precedentes la falta de formación será un condicionante importante a la hora de marcar la reacción de los centros. “Hay veces que lo intentan eh, bien es verdad que cuando llegan aquí hay centros que han intentado todo lo habido y por haber, eso también vamos a decirlo. Hay casos que dicen, ya no sabemos cómo hacerlo, hemos intentado de todo, hemos hecho de todo y se agobian, también lo entiendo”.

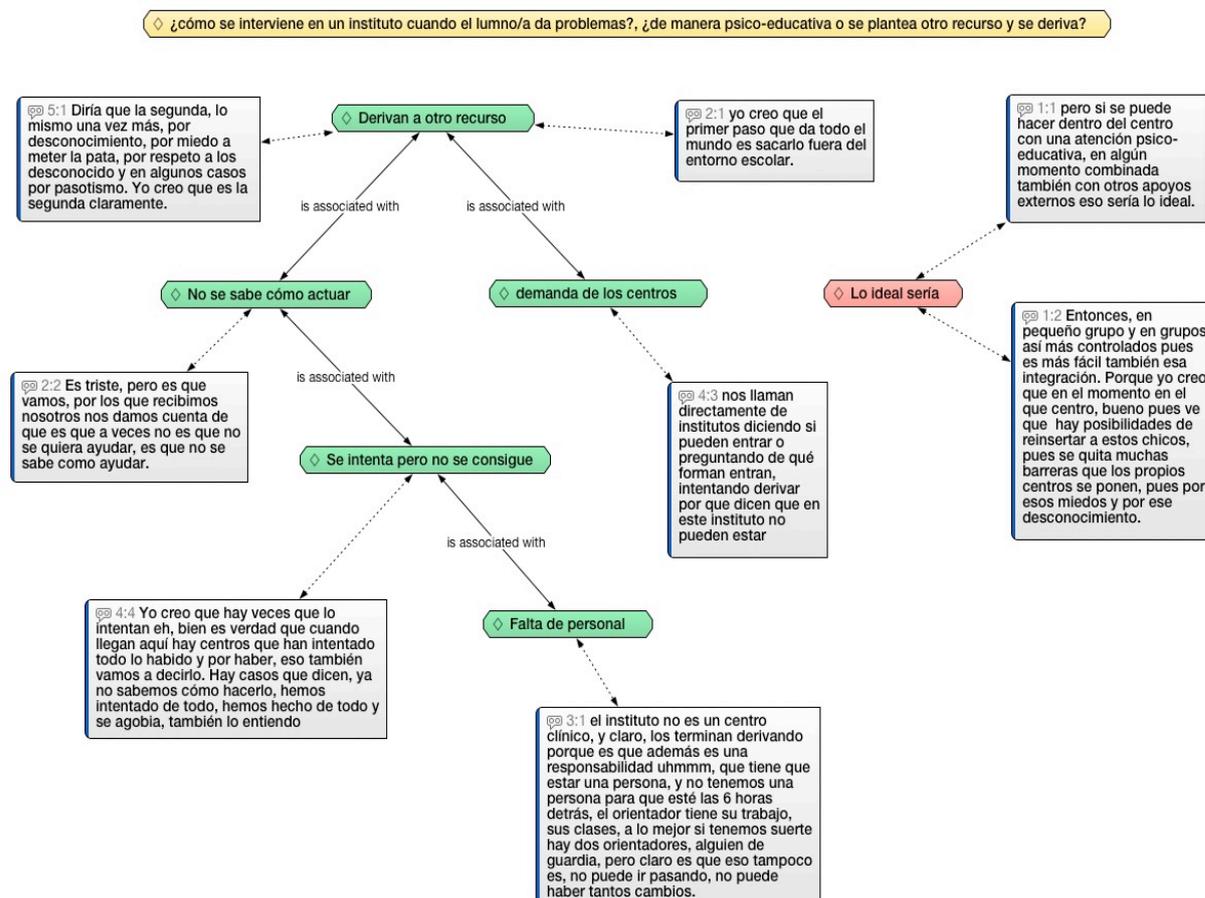
La atención a trastorno mental grave requiere de una formación específica y de un mayor número de profesionales, ya que las dificultades de atención y contención son grandes. “El instituto no es un centro clínico, y claro, los terminan derivando porque es que además es

una responsabilidad...y no tenemos una persona para que esté las 6 horas detrás, el orientador tiene su trabajo, sus clases, a lo mejor si tenemos suerte hay dos orientadores, alguien de guardia, pero claro es que eso tampoco es, no puede ir pasando, no puede haber tantos cambios”. Por lo que por otro lado, junto a la cantidad de profesionales y de formación y especialización de éstos, pondremos de relieve la organización de los centros y cómo tienen integrados e interiorizado la atención a la diversidad en sus proyectos educativos de centro. Estos tres elementos deberían ser los tres pilares sobre los que armar intervenciones inclusivas en las que la atención a alumnado con trastorno mental grave, y en definitiva de atención a la diversidad, no se convierta en un problema sino en un condicionante más con el que trabajar. Donde el alumno/a con trastorno mental pueda ver compensada sus dificultades y se le permita sentirse cuidado y acogido desde su diferencia. Donde no sufra rechazo, el rechazo de los compañeros/as y del profesorado por el miedo que genera el desconocimiento y la estigmatización de la enfermedad mental. Un lugar en el que podamos trabajar desde la positividad con esa persona que está formándose y no tanto del enfermo para que consolide unos estudios básicos que van a determinar en gran medida el resto de su vida. Tener o no la ESO implica mucho, y condiciona en gran medida su grado de autonomía futura.

Por lo que aquí es donde surgen propuestas y posibles ideas para intervenir con alumnado con trastorno mental grave, y sin querer todavía definir una propuesta concreta sí que creemos que intervenir de manera psico-educativa con este alumnado, bajo una intención pedagógica inclusiva que reconozca sus dificultades y las acepto no como un problema sino como parte de la realidad de nuestros centros educativos, deberían ser los principios básicos sobre los que estructurar prácticas concretas. “Pero si se puede hacer dentro del centro con una atención psico-educativa, en algún momento combinada también con otros apoyos externos eso sería lo ideal”. Es decir, las intervenciones tienen que estar contextualizadas en la realidad del alumno/a, tienen que ser próximas y cercanas, tienen que estar en sus institutos.

El trastorno mental forma parte de nuestra realidad como sociedad, y como tal tendríamos que asumir la responsabilidad de confrontarla y atenderla, no de rechazarla y alejarla.

Figura 23
Dimensión 2, pregunta 9



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 10: ¿Hay suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave?

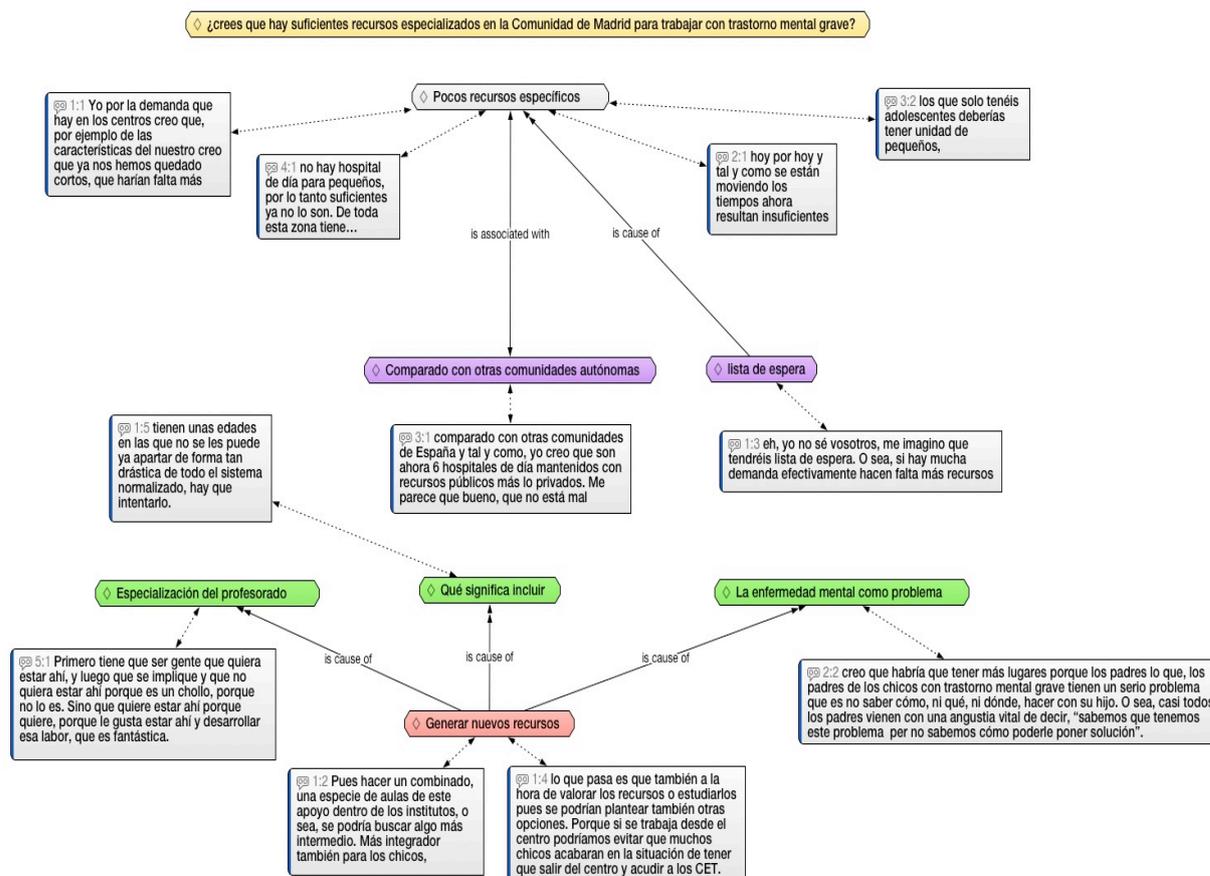
La Comunidad de Madrid cuenta con los Centros Educativos Terapéuticos como recurso específico especializado en el trabajo con alumnado con trastorno mental grave. “Comparado con otras comunidades de España....son ahora seis hospitales de día mantenidos con recursos públicos”. Por lo que sí que podríamos decir en este sentido que el camino abierto por los CET tiene un valor incalculable. Pero la pregunta no es tanto analizar lo que ya hay, sino valorar si necesitamos más recursos educativos especializados en el trabajo con trastorno mental. Donde más se aprecia la falta de plazas que ofrecen los CET es en

Educación Primaria, ya que de los seis Centros Educativos Terapéuticos que existen actualmente solo tres tienen plazas destinadas a alumnos/as de educación primaria. Por otro lado, las listas de espera en cada uno de los CET son grandes y de larga duración ya que la temporalidad del recurso impide que haya mayor movilidad de la población. “Me imagino que tendréis lista de espera. O sea, si hay mucha demanda efectivamente hacen falta más recursos”. Y aquí es donde deberíamos centrarnos, la demanda existe y se puede observar en las listas de espera, en la preocupación en los institutos, en la propia administración pública por no tener recursos suficientes y especializados para trabajar con el trastorno mental desde el ámbito educativo.

Por lo tanto, ¿sería útil poner en marcha más Centros Educativos Terapéuticos?, ¿sería útil ensayar nuevas experiencias pedagógicas? Como decíamos, la demanda existe y los datos lo justificarían. “Creo que habría que tener más lugares....porque los padres de los chicos con trastorno mental grave tienen un serio problema, que es no saber cómo, ni qué, ni dónde, hacer con su hijo. O sea, casi todos los padres vienen con una angustia vital de decir, “sabemos que tenemos este problema, pero no sabemos cómo poderle poner solución””. Y ahí es donde la administración pública debería hacerse presente.

“Tienen unas edades en las que no se les puede ya apartar de forma tan drástica de todo el sistema normalizado, hay que intentarlo”. Esta afirmación de una de las entrevistadas donde pone el acento es en la intención de trabajar de manera inclusiva, no apartando al alumno/a de su entorno y eso nos llevaría a crear nuevos recursos que permitirían atender al alumno/a con trastorno mental grave dentro de su propio instituto. “Pues hacer un combinado, una especie de aulas de este apoyo dentro de los institutos, o sea, se podría buscar algo más intermedio. Más integrador también para los chicos”, “porque si se trabaja desde el centro podríamos evitar que muchos chicos acabaran en la situación de tener que salir del centro y acudir a los CET”. Retomaremos este aspecto a la hora de abordar nuestras conclusiones.

Figura 24
Dimensión 2, pregunta 10



Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 11: Cuando un alumno/a con Trastorno Mental Grave plantea problemas de convivencia en su centro, ¿cuál es la respuesta?

En la pregunta 2.9. ya hemos reflexionado sobre los modelos de intervención que de una u otra manera se estarían utilizando dentro de la comunidad educativa a la hora de asumir la responsabilidad de trabajar con alumnado con trastorno mental grave. En este caso no hemos querido centrarnos en el modelo educativo sino en la práctica concreta. Y básicamente son dos las respuestas que se dan:

- Contención
- Expulsión.

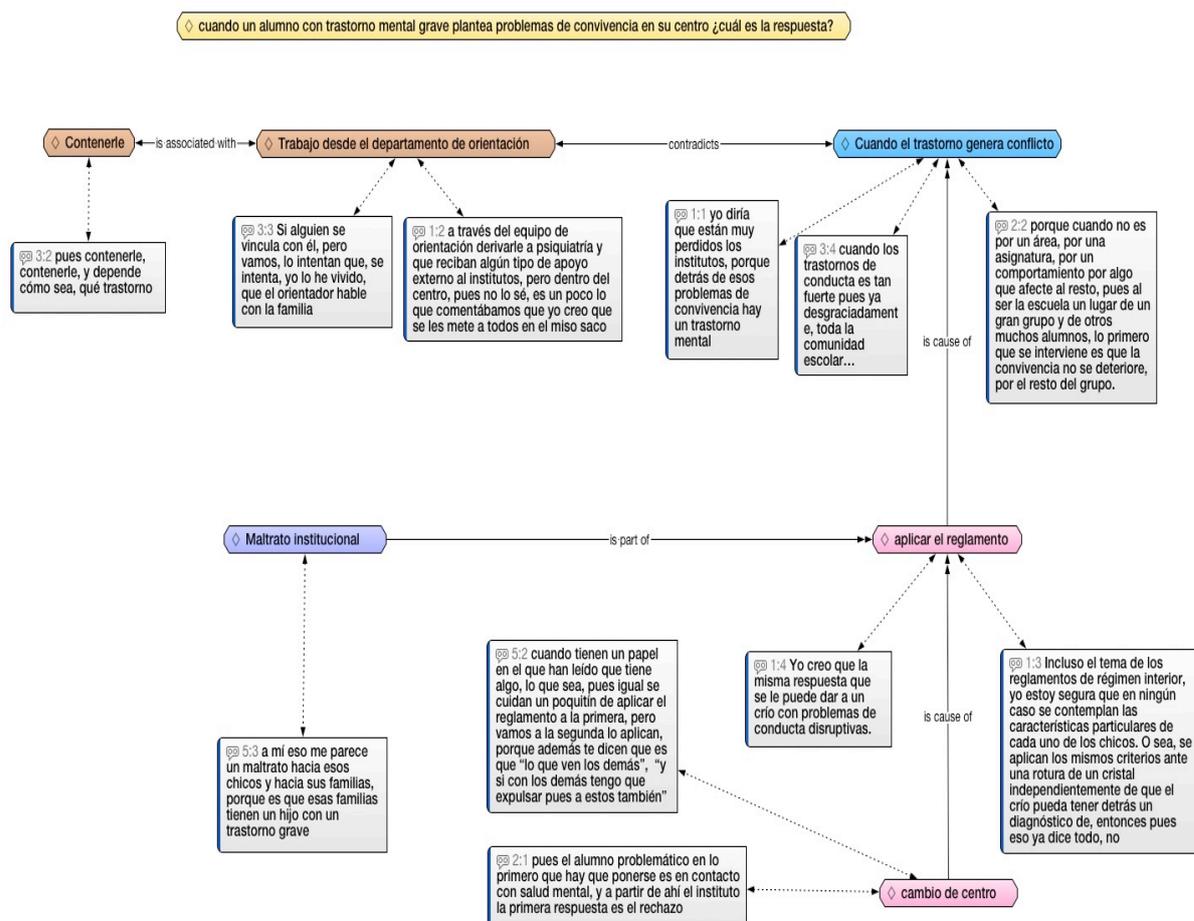
Veamos de qué depende. Cuando el trastorno mental no genera conflicto de convivencia, es decir, fundamentalmente los trastornos internalizantes, será el departamento

de orientación el primer referente, asumiendo la responsabilidad del trabajo con este alumnado. Responsabilidad que como ya hemos dicho en la pregunta 2.9. asumirá el departamento de orientación pero que en muchas ocasiones permite que el resto del centro diluya sus responsabilidades. Fíjense que hemos utilizado la categoría contener, y es que es eso lo que hacen los institutos en estos casos, no tienen mayor capacidad que la de contención, quedándose muy lejos de poder intervenir psico-educativamente. Los motivos ya los hemos señalado con anterioridad, falta de recursos, falta de apoyos y falta de formación. “A través del equipo de orientación derivarle a psiquiatría y que reciban algún tipo de apoyo externo al instituto”.

Pero cuando el trastorno mental genera conflicto en el centro la intervención es otra. En estos casos estaríamos hablando fundamentalmente de los trastornos con sintomatología externalizante. “Yo diría que están muy perdidos los institutos, porque detrás de esos problemas de convivencia hay un trastorno mental”, “pues al ser la escuela un lugar de un gran grupo y de otros muchos alumnos, lo primero que se interviene es que la convivencia no se deteriore, por el resto del grupo”. Y es que esa será la justificación que los institutos utilizaran cuando aplican el reglamento ante un hecho que ha generado conflicto en el centro. “Incluso el tema de los reglamentos de régimen interior, yo estoy segura que en ningún caso se contemplan las características particulares de cada uno de los chicos. O sea, se aplican los mismos criterios ante una rotura de un cristal independientemente de que el crío pueda tener detrás un diagnóstico”. Y la consecuencia de que se aplique el reglamento sin tener en consideración las dificultades del alumno/a en muchas ocasiones es el cambio de centro. “Cuando tienen un papel en el que han leído que tiene algo....pues igual se cuidan un poquitín de aplicar el reglamento a la primera, pero vamos a la segunda lo aplican, porque además te dicen que es que lo que ven los demás, y si con los demás tengo que expulsar pues a estos también”.

Hasta qué punto estamos acertando en la intervención que damos en los institutos al alumnado con trastorno mental, y cómo nos situamos como institución y como profesionales ante las dificultades educativas que estos alumnos/as llevan asociadas a su patología. ¿Somos capaces de dar respuestas adecuadas?, ¿podríamos hacerlo mejor?

Figura 25
Dimensión 2, pregunta 11



4.1.2. Cuestionario

4.1.2.1. Participantes. Para la selección de la muestra hemos utilizado el método no probabilístico intencional o deliberado con informantes estratégicos (Alaminos et al., 2006; Gil, 2018). Pese a que nos interesará más la relevancia que la representatividad, también es cierto que por la especificidad del recurso con el que vamos a trabajar podremos llegar al total de la población que hemos seleccionado de manera deliberada. Es así como la muestra con la que hemos trabajado ha sido el total de profesores y profesoras que imparte clases en los Centros Educativos Terapéuticos, por lo que estamos hablando de veintitrés profesionales que representan el total de la población definida intencionalmente. Por otro lado, entendemos que el muestreo no probabilístico “tiene como potencialidad la cualificación de los fenómenos sociales” (Alaminos et al., 2006, p. 45), y no tanto cuantificarla. Dado que esa es nuestra intención, cualificar y no cuantificar, creemos que el método elegido para la selección de la muestra es el que mejor se adapta a nuestra intención investigadora y a nuestra realidad con respecto al campo de estudio y análisis.

Si bien el muestreo no probabilístico intencional o deliberado es el que mejor se ajusta a nuestras necesidades por tratarse de una muestra pequeña y muy específica, así como por responder mejor a la intención cualificadora y no cuantificadora, también es cierto que tendremos que ser cuidadosos con la interpretación de los resultados, ya que los muestreos intencionales son útiles en la caracterización de formas sociales pero pueden resultar débiles a la hora de medir la distribución de una variable.

4.1.2.2. Procedimiento. El cuestionario que utilizaremos para esta parte de nuestra tesis doctoral se ubica dentro del marco de la investigación cuasi-experimental, en concreto de la investigación ex-post-facto (R. Pérez et al., 2012). La investigación ex-post-facto es aquella en la que la variable independiente no puede ser controlada porque ya ha ocurrido, por lo tanto no puede controlarse ni manipularse.

En cualquier caso intentaremos no tanto validar una hipótesis sino realizar una acercamiento exploratorio a nuestro objeto de estudio para establecer mapas relacionales con los que podamos entender mejor la realidad sobre la que trabajamos.

4.1.2.3. Diseño de Instrumentos. La elaboración del cuestionario ha seguido las siguientes etapas:

- Una vez revisada la bibliografía utilizada y el marco de la cuestión elaborado procedimos a la definición de las dimensiones a analizar y a su vez establecimos indicadores, así como la formulación de los indicadores en ítems. Las dimensiones que pretendimos analizar en un principio fueron las siguientes: Impacto del TMG en el ámbito educativo; responsabilidad de la institución educativa ante el TMG; respuesta del ámbito educativo al alumno con TMG; impacto del TMG en la familia.
- Definidos los ítems procedimos a la construcción del cuestionario. Se realizó un primer modelo que fue sometido a validación. Utilizamos fundamentalmente la escala de actitudes, o también llamada de opinión, ya que con ella podemos medir la actitud de los sujetos frente al hecho observado. De las tres escalas tradicionalmente más usadas –diferenciales de Thurstone, sumativas de Likert y acumulativas de Guttman– nosotros utilizaremos la escala sumativa de Likert. También hemos utilizado una pregunta cerrada de carácter politómico. En este caso, pregunta 1.10., hemos optado por este tipo de pregunta bajo la consideración de no guiar al informante en la respuesta, ya que con el uso de la escala Likert se podría producir esta circunstancia, y por tanto, contaminar la recogida de información. Además, usamos seis preguntas abiertas, (preguntas 1.1.; 1.11.; 2.1.; 2.3.1.; 2.8. y 2.11.) desde donde hemos recogido información menos cosificada incorporando así desde el discurso de los informantes, la heterogeneidad de sus vivencias y mayor diversidad en las respuestas que más tarde hemos analizado en base a categorías. En la tabla indicamos en cada ítem el tipo de

pregunta que es.

- Una vez definidas las dimensiones a estudiar, establecimos los ítems que desarrollaban cada una de ellas. Hemos intentado que los ítems seleccionados cubran todo el rango de posibilidades que definen cada dimensión. El orden de los ítems ha sido aleatorio, evitando así sesgos en las respuestas de los informantes. En cuanto al número de categorías usadas -en aquellas preguntas que respondan a la escala Likert- en cada ítem ha sido cinco. Le hemos asignado un numeral a cada una de ellas. La escala utilizada ha sido: Totalmente de acuerdo-5; de acuerdo-4; indiferente-3; en desacuerdo-2; totalmente en desacuerdo-1.
- A continuación validamos y establecimos elementos de validez de contenido del instrumento con la intención de asegurarnos que medía lo que nos habíamos planteado medir (R. Pérez et al., 2012). Dado que la muestra utilizada es pequeña y está acotada por coincidir con el total de la población que conforma el universo de estudio no podemos utilizar una muestra poblacional para medir la validez y fiabilidad del cuestionario. En este sentido hemos optado por la validación de jueces expertos, ya que se centra en “conocer la adecuación de los ítems para medir el rasgo o constructo que se pretende medir, y, por lo tanto, tiene que ver con la representatividad de los ítems del instrumento del contenido que pretende medir” (Martínez, 2014, p. 208). Para su validación hemos utilizado la técnica de juicio de expertos entre un grupo de 6 expertos que en revisiones sucesivas nos ha permitido reformular enunciados ajustándolo hasta llegar a la versión definitiva. En el primer borrador que se les hizo llegar a cada uno de los jueces expertos, cada ítem incorporaba junto a él una valoración que respondía a tres criterios, a saber: Adecuación y coherencia interna de las preguntas con respecto a las dimensiones analizadas; y grado de comprensión de los ítems. Se les pedía que valorasen si el ítem estaba bien definido y se entendía con

claridad.

- Recibida la valoración de los expertos se revisaron los ítems que no cumplían los criterios indicados y se re-definió el cuestionario para su posterior aplicación. Se reciben cuatro de las seis valoraciones de expertos propuestas en un principio. Por lo tanto, el cuestionario ha sido valorado por una Doctora en Educación, dos Doctores en Psicología y una Psicóloga experta en psicología educativa. Tras recibir la valoración de los jueces expertos se procede a analizar las puntuaciones obtenidas en cada una de las preguntas en base a los criterios señalados. Aquellas preguntas que están mal definidas se redefinen, para ello contamos también con la valoración cualitativa que cada uno de ellos nos ha hecho llegar. En cuanto a la coherencia interna y su relación con la dimensión de las preguntas y tras realizar varios ajustes decidimos prescindir de dos de las dimensiones y ajustar nuestra indagación en solo dos dimensiones. Prescindimos de la dimensión familiar, ya que tan solo estaba formada por dos preguntas y por lo tanto no alcanzaban la magnitud suficiente como para ser consideradas una dimensión propia. No obstante, y dado que se trata de un ámbito que juega un papel importante en nuestro marco teórico, será un elemento sobre el que indagaremos en otra parte de esta investigación a través de otros informantes y otras técnicas metodológicas. Tendremos ocasión de profundizar en ello en el apartado 10.3. Como bien nos indicaba uno de los jueces expertos, con dos preguntas no podríamos considerarlo una dimensión como tal. Y otra de las dimensiones decidimos fusionarla por ocuparse de una parte del análisis que se asemejaba mucho a otra de las dimensiones. Es así como las dimensiones resultantes y utilizadas en esta parte de la investigación finalmente fueron:

1. Impacto del Trastorno Mental Grave en el trayecto educativo de un alumno/a
2. Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave

Una vez realizado el juicio de expertos el cuestionario resultante, y por lo tanto el que hemos utilizado es el siguiente:

Tabla 12

Dimensiones cuestionario

Dimensión 1. Impacto del TMG en el trayecto educativo del menor

1. ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con TMG? (abierta)
 2. ¿Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen Trastorno Mental? (cerrada, Likert)
 3. El Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar, (cerrada, Likert) ¿por qué? (abierta)
 4. Considero que el alumnado con Trastorno Mental Grave tiene más dificultades ACADÉMICAS que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa, (cerrada, Likert), ¿cuáles? (abierta)
 5. Considero que el alumnado con Trastorno Mental Grave tiene más dificultades de CONVIVENCIA que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa.(cerrada, Likert).
 6. Conseguir mantener a un alumno/a con Trastorno Mental Grave vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico (cerrada, Likert).
 7. En tu opinión, ¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con Trastorno Mental Grave para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar? (abierta).
 8. El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece (cerrada, Likert).
 9. La detección precoz del TMG permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo (cerrada, Likert).
 10. ¿A qué edad consideras que el fracaso en alumno/a con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia? (cerrada, politómica)
- Entre 10 y 12
- Entre 12 y 14
- Entre 14 y 16
- Entre 16 y 18
11. ¿Qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a? (abierta)
-

Dimensión 2. Respuesta del ámbito educativo al alumno/a con TMG

1. Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con Trastorno Mental Grave en la escuela pública, ¿qué dirías? (abierta)
 2. Los institutos de enseñanza secundaria públicos están preparados para dar respuesta educativa al alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 3. Conozco algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo (cerrada, Likert), ¿cuál? (abierta)
 4. Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 5. El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria tiene herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 6. El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria necesita más formación específica para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 7. Considero que en los institutos de Enseñanza Secundaria hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 8. ¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave? (abierta)
 - 9.1. En los institutos de enseñanza secundaria cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave se interviene de manera PSICO-EDUCATIVA EN COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS EXTERNOS (cerrada, Likert).
 - 9.2. En los institutos de enseñanza secundaria cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave se interviene DERIVANDO A UN RECURSO ESPECIALIZADO (cerrada, Likert).
 10. Hay suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 11. Cuando un alumno/a con TMG plantea problemas de convivencia, ¿cuál es la respuesta? (abierta)
-

En la cabecera del cuestionario incluimos el siguiente texto:

Figura 26

Consentimiento informado

El presente cuestionario se ha elaborado para analizar la realidad educativa del alumnado de la Comunidad de Madrid con Trastorno Mental Grave en base a dos dimensiones de estudio. Se dirige al profesorado que imparte clases en los 5 Centros Educativos Terapéuticos que hay actualmente en la Comunidad de Madrid y con él se pretende recoger su visión de la realidad como informantes privilegiados, tanto por el rol docente que desempeñan como por su condición de expertos en el trabajo con alumnado de estas características.

La información recogida con este cuestionario será tratada de manera anónima bajo estrictas normas de confidencialidad. La participación de este proyecto de investigación es voluntaria, por lo que puedes dejar de contestar el cuestionario cuando desees si así lo consideras. En cualquier caso agradecemos muchísimo tu colaboración. Si decides continuar y terminar de contestar a las preguntas que encontrarás más abajo entenderemos que es porque PRESTAS TU CONSENTIMIENTO para participar en el proyecto de investigación. Dado que no tenemos otra forma de agradecértelo, nos comprometemos a hacerte llegar una copia del trabajo una vez hayamos concluido. Ante cualquier duda puedes ponerte en contacto con nosotros a través del mail: XXXXXXXX

La mayoría de las preguntas son cerradas y tendrás que contestar puntuando en una escala Likert del 1 al 5. También encontrarás alguna pregunta abierta, en estas podrás contestar tanto como consideres oportuno. Hemos dividido el cuestionario en dos partes, en la primera nos gustaría que emitas tus respuestas pensando en tu experiencia directa como profesor/a de un CET. En la segunda parte del cuestionario nos gustaría que pensases, sobre todo, como observador privilegiado que tiene la oportunidad de conocer el trabajo educativo que se realiza en los Institutos de Educación Secundaria de la zona de Madrid en la que estás trabando.

Gracias por tu colaboración.

- Recogida y análisis de datos. Contactamos telefónicamente con los informantes y solicitamos su mail para hacerles llegar el cuestionario previamente realizado con la herramienta de Formularios de Google. Pese a la facilidad encontrada en alguno de los participantes para rellenar el cuestionario nos vemos obligados a volver a llamar y solicitar la participación de los mismos en varias ocasiones ya que la muestra es muy pequeña y resultaba de vital importancia que respondiesen el mayor número de cuestionarios posibles.
- Una vez recibidas las contestaciones procedemos a analizar los datos obtenidos con SPSS 20.0.

Lo primero que hacemos es analizar el cuestionario con Alpha de Cronbach y comprar

su fiabilidad, obteniendo los siguientes datos:

Tabla 13

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.710	25

Para establecer la fiabilidad del cuestionario hemos utilizado el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach (Gil, 2011). Entendemos que es una buena opción ya que nos da información de la contribución de cada ítem a la fiabilidad del cuestionario total, pero también nos ofrece información en cuanto a la fiabilidad de la escala cuando se elimina cada uno de los ítems que la conforman. Eso nos ha permitido valorar si tenemos que prescindir de alguno de los ítem por no contribuir a establecer niveles altos de fiabilidad en el total de cuestionario. Tomando uno como valor máximo de α , por lo que en la medida que el valor obtenido se aproxime a uno hemos considerado que el coeficiente de α ha sido aceptable o no (Alaminos et al., 2006).

Obtenemos un α de Cronbach de .71 lo que significa que en un 71% de posibilidades el cuestionario es fiable. Dado que el valor está por encima de .7 consideraremos que la fiabilidad de la escala es aceptable. Analizando la tabla adjunta podrán observar que eliminando alguno de los ítems podríamos haber subido el Alpha de Cronchach obtenido, pero hemos preferido mantenerlos ya que consideramos que se trata de ítems que aportan una información útil y valiosa para el objetivo del cuestionario.

Tabla 14*Estadísticos total-elemento*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con Trastorno Mental Grave?	67.67	40.667	.487	.681
Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún Trastorno Mental	66.50	45.500	.115	.709
El Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar	66.67	41.467	.680	.678
¿Por qué?	67.83	38.167	.767	.656
El alumnado con TMG tiene más dificultades ACADÉMICAS que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa	65.83	42.167	.616	.683
¿Cuáles?	68.83	46.567	-.060	.726
El alumno/a con TMG tiene más dificultades de CONVIVENCIA que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa	66.33	50.267	-.400	.747
Conseguir mantener a un alumno/a con Trastorno Mental Grave vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico	65.83	39.767	.596	.672
¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con Trastorno Mental Grave para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar?	68.17	34.967	.502	.672
El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece	66.33	45.067	.092	.713
La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo	65.67	39.467	.609	.670
¿A qué edad consideras que el fracaso en alumno/a con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia?	67.67	40.667	.487	.681
Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con Trastorno Mental Grave en la escuela pública ¿qué dirías?	68.33	51.067	-.800	.744

Los institutos de enseñanza secundaria públicos están preparados para dar respuesta educativa al alumnado con TMG	68.33	47.067	-.119	.718
Conozco algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo	68.50	45.100	.173	.706
Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con TMG	67.83	45.767	.076	.711
El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria tiene herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado con TMG	69.00	48.800	-.421	.730
El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria necesita más formación específica para trabajar con alumnado con TMG	65.33	44.667	.318	.701
Considero que en los institutos de Enseñanza Secundaria hay RECURSOS HUMANOS suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave	68.50	40.300	.540	.677
¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave?	67.67	44.267	.144	.710
Se interviene de manera PSICO-EDUCATIVA EN COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS EXTERNOS	67.50	40.700	.364	.691
Se interviene DERIVANDO A UN RECURSO ESPECIALIZADO	66.17	42.967	.386	.693
Hay suficientes recursos educativos ESPECIALIZADOS para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave	68.17	38.967	.609	.668
Cuando un alumno/a con Trastorno Mental Grave plantea problemas de convivencia en su centro, ¿cuál es la respuesta del instituto?	68.00	46.400	.000	.714
¿Qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a?	67.33	45.067	.008	.732

4.1.2.4. Análisis de datos. Siendo conscientes de que la muestra es muy pequeña tomaremos con mucha precaución los datos que obtengamos. Para conocer la frecuencia de cada uno de los ítems les remitimos al apartado de conclusiones de esta parte investigativa, donde podrán encontrar el dato exacto de cada uno de ellos así como una confrontación con los datos obtenidos de las entrevistas y los casos. Por lo que aquí nos centraremos en las tablas de contingencia ya que consideramos que podrán aportarnos información relevante que nos permitirá reflexionar en profundidad en relación a nuestra investigación. Para ello hemos cruzado los ítems de la Dimensión 1. Impacto del TMG en el trayecto educativo de un menor, con la Dimensión 2. Respuesta del ámbito educativo alumnado con TMG. Para no abrumarles con datos que no conducen a nada les mostraremos aquellas variables que han obtenido una relación significativa una vez cruzadas. Por otro lado, dado que la muestra es muy pequeña y no podemos garantizar que los ítem cumplan criterios de normalidad estadística hemos utilizado junto a la prueba Chi-cuadrado la prueba exacta de Fisher para garantizar que existe correlación entre variables ya que es una prueba que resulta apropiada para muestras pequeñas. Insistiremos en que de momento lo que queremos es describir y reflexionar sobre lo que los datos nos arrojen, por lo que entenderemos significación entre variables como una herramienta que nos permitirá contrastar la información obtenida en los cuestionarios con las conclusiones obtenidas en las entrevistas en profundidad.

Encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la valoración que los profesores/as hacen de la atención que los alumnos/as con TMG reciben en sus institutos (2.1.) y lo que el ámbito educativo representa para un alumno/a con TMG (1.1.). Chi-cuadrado (4)=14, $p .007 < .05$. No obstante interpretaremos con prudencia esta relación ya que no hay una relación significativa utilizando la prueba exacta de Fisher. Observamos que 28.6% (4) consideran que el TMG es una dificultad y que la atención educativa que reciben no es adecuada. 42.9% (6) creen que el ámbito educativo representa una conexión con

la normalidad y que la atención recibida no es adecuada, 7.1% (1) que el ámbito educativo es un espacio de socialización y la atención no es adecuada, y 14.3% (2) que el ámbito educativo es una oportunidad y la atención no es adecuada. 13 de 15, un 92.9% consideran que la atención recibida no es la adecuada, y 1 de las 2 contestaciones que sí consideran que es adecuada la atención que reciben se plantea el ámbito educativo como una dificultad y una ayuda a la vez, por lo que nos ofrece información contradictoria.

Tabla 15*Tabla de contingencia*

		Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con Trastorno Mental Grave en la escuela pública ¿qué dirías?		Total	
		Adecuada	No adecuada		
¿Qué crees que representa el ámbito educativo para un alumno/a con Trastorno Mental Grave?	Dificultad	Recuento	0	4	4
		% del total	.0%	28.6%	28.6%
	Normalidad	Recuento	0	6	6
		% del total	.0%	42.9%	42.9%
	Socialización	Recuento	0	1	1
		% del total	.0%	7.1%	7.1%
	Dificultad/Ayuda	Recuento	1	0	1
		% del total	7.1%	0.0%	7.1%
	Oportunidad	Recuento	0	2	2
		% del total	.0%	14.3%	14.3%
	Total	Recuento	1	13	14
		% del total	7.1%	92.9%	100.0%

Tabla 16*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	14.000 ^a	4	.007	.143		
Razón de verosimilitudes	7.205	4	.125	.143		
Estadístico exacto de Fisher	7.547			.143		
Asociación lineal por lineal	1.499 ^b	1	.221	.214	.214	.071
N de casos válidos	14					

a. 9 casillas (90.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

b. El estadístico tipificado es -1.224.

Existe una relación estadísticamente significativa entre lo que creen que representa el ámbito educativo para un alumno/a con TMG (1.1.) y los recursos humanos que existen en un instituto para atender a alumnado con TMG (2.7.). Chi-cuadrado (8)=17.333 p 0.027 < 0.05. No obstante interpretaremos con prudencia esta relación ya que hay más de un 20% de casillas que tienen una frecuencia esperada inferior a cinco. En este sentido la significación exacta de Fisher nos da .078 por lo que consideramos que no hay relación entre variables y aceptaremos la hipótesis nula asumiendo que son independientes. En cualquier caso podemos observar cómo un 92.3% del profesorado preguntado piensa que hay pocos recursos humanos en los institutos de secundaria para atender a alumnado TMG, Un 23.1% de los profesores/as consideran que el ámbito educativo representa una dificultad para el alumnado TMG y que hay pocos recursos humanos en los institutos, un 46.2% consideran que el ámbito educativo representa una vinculación con la normalidad y creen que hay pocos recursos humanos.

Tabla 17
Tabla de contingencia

		Considero que en los institutos de Enseñanza Secundaria hay RECURSOS HUMANOS suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave			Total	
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente		
¿Qué crees que representa el ámbito educativo para un alumno/a con Trastorno Mental Grave?	Dificultad	Recuento	2	1	0	3
		% del total	15.4%	7.7%	.0%	23.1%
	Normalidad	Recuento	5	1	0	6
		% del total	38.5%	7.7%	.0%	46.2%
	Socialización	Recuento	0	1	0	1
		% del total	.0%	7.7%	.0%	7.7%
	Dificultad/Ayuda	Recuento	0	0	1	1
		% del total	.0%	.0%	.7%	7.7%
	Oportunidad	Recuento	2	0	0	2
		% del total	15.4%	.0%	.0%	15.4%
	Total	Recuento	9	3	1	13
		% del total	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%

Tabla 18*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	17.333 ^a	8	.027	.078		
Razón de verosimilitudes	11.321	8	.184	.170		
Estadístico exacto de Fisher	10.992			.164		
Asociación lineal por lineal	.291 ^b	1	.589	.650	.335	.086
N de casos válidos	13					

a. 15 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

b. El estadístico tipificado es .540.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el fracaso escolar que tienen los alumnos/as con TMG (1.3.) y la percepción que los profesores/as preguntados tienen del nivel de inclusión de los institutos (2.4.). Chi-cuadrado (4)=16.250 p .003 < .05. Dado que más de un 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 hemos utilizado la significación exacta de Fisher p .039<.05. Por lo que podemos afirmar que hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. De esta manera podemos observar como un 53.4% de las respuestas están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que los alumnos con TMG presentan mayor fracaso escolar, y de ellos un 26.7% considera que los institutos no integran a este alumnado y el otro 26.7% permanece indiferente. Destacaremos también como un 60% de los participantes considera que los institutos no integran y el 40% restante permanece indiferente, por lo que no hay respuestas contrarias.

Tabla 19
Tabla de contingencia

		Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con TMG			Total	
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente		
Los alumnos/as con Trastorno Mental	Indiferente	Recuento	0	5	2	7
		% del total	.0%	33.3%	13.3%	46.7%
Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún	De acuerdo	Recuento	0	3	4	7
		% del total	.0%	20.0%	26.7%	46.7%
Trastorno Mental	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	0	1
		% del total	6.7%	.0%	.0%	6.7%
Total		Recuento	1	8	6	15
		% del total	6.7%	53.3%	40.0%	100.0%

Tabla 20
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	16.250 ^a	4	.003	.039		
Razón de verosimilitudes	8.533	4	.074	.063		
Estadístico exacto de Fisher	7.018			.096		
Asociación lineal por lineal	.469 ^b	1	.494	.741	.367	.208
N de casos válidos	15					

a. 9 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

b. El estadístico tipificado es -.685.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el fracaso escolar que tienen los alumnos/as con TMG (1.2.) y si el profesorado que trabaja en secundaria tiene herramientas metodológicas o no para trabajar con alumnado TMG (2.5.). Chi-cuadrado (2)=10.370 p .006 < .05. Dado que más de un 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 hemos utilizado la significación exacta de Fisher p .003<.05. Por lo que podemos afirmar que hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Señalaremos que del 57.7% de los que piensan que tienen más fracaso escolar en su totalidad consideran que el profesorado de los institutos no tiene herramientas metodológicas para

trabajar con alumnado TMG. No obstante el 42.9% restante que permanece indiferente ante el fracaso escolar del alumnado TMG se posiciona en la misma línea que los que sí consideran que tienen mayor fracaso escolar. Por lo que el 100% de los encuestados está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo al afirmar que el profesorado de instituto no tenga herramientas metodológicas suficientes para trabajar con TMG.

Tabla 21*Tabla de contingencia*

		El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria tiene herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado con TMG		Total	
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo		
Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún Trastorno Mental	Indiferente	Recuento	1	5	6
		% del total	7,1%	35,7%	42,9%
	De acuerdo	Recuento	7	0	7
		% del total	50,0%	0,0%	50,0%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	1
		% del total	7,1%	0,0%	7,1%
	Total	Recuento	9	5	14
		% del total	64,3%	35,7%	100,0%

Tabla 22*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	10.370 ^a	2	.006	.003		
Razón de verosimilitudes	12.842	2	.002	.003		
Estadístico exacto de Fisher	9.789			.003		
Asociación lineal por lineal	8.014 ^b	1	.005	.003	.003	.003
N de casos válidos	14					

a. 6 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .36.

b. El estadístico tipificado es -2.831.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el TMG como predictor del fracaso escolar (1.3.) y la percepción que los profesores/as preguntados tienen de los institutos como integradores (2.4.). Chi-cuadrado (6)=16.583 p .011 < .05. Dado que más de un 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 hemos utilizado la significación exacta de Fisher y vemos que no es significativa. Por lo que finalmente consideraremos que no hay relación entre variables. No obstante nos detendremos a analizarla. La mayoría de las respuestas, un 66.7% se muestra indiferente ante la afirmación de si el TMG es un predictor del fracaso escolar y un 26.7% está de acuerdo o totalmente de acuerdo. Un 60% considera que los institutos no integran bien al alumnado TMG y un 40% se muestra indiferente.

Tabla 23*Tabla de contingencia*

		Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con TMG			Total	
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente		
El Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	0	1
		% del total	.0%	6.7%	.0%	6.7%
	Indiferente	Recuento	0	6	4	10
		% del total	.0%	40.0%	26.7%	66.7%
	De acuerdo	Recuento	0	1	2	3
		% del total	.0%	6.7%	13.3%	20.0%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	0	1
		% del total	6.7%	.0%	.0%	6.7%
Total	Recuento	1	8	6	15	
	% del total	6.7%	53.3%	40.0%	100.0%	

Tabla 24*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	16.583 ^a	6	.011	.100		
Razón de verosimilitudes	9.190	6	.163	.179		
Estadístico exacto de Fisher	8.885			.179		
Asociación lineal por lineal	.252 ^b	1	.615	.816	.409	.166
N de casos válidos	15					

a. 11 casillas (91.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

b. El estadístico tipificado es -.502.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el TMG como predictor del fracaso escolar (1.3.) y la percepción que los profesores/as preguntados tienen del número de recursos especializados para trabajar con TMG (2.11.). Chi-cuadrado (6)=16.583 p .07 > .05. Por lo tanto no deberíamos considerarlo un valor significativo. No obstante el valor de significación que nos da la prueba exacta de Fisher es de .033 < .05 por lo que sí podríamos afirmar que hay relación entre variables. Destacaremos como la mayor interacción se dan entre los que se muestran indiferentes con respecto a la idea de que el TMG sea un predictor del fracaso escolar y los que piensan que no hay recursos especializados para atender educativamente al alumnado con TMG.

Tabla 25*Tabla de contingencia*

		Hay suficientes recursos educativos ESPECIALIZADOS para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave			Total	
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente		
El Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	0	1
		% del total	.0%	6.7%	.0%	6.7%
	Indiferente	Recuento	8	1	1	10
		% del total	53.3%	6.7%	6.7%	66.7%
	De acuerdo	Recuento	0	1	2	3
		% del total	0.0%	6.7%	13.3%	20.0%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	0	1
		% del total	6.7%	.0%	.0%	6.7%
	Total	Recuento	9	3	3	15
		% del total	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%

Tabla 26*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	11.667 ^a	6	.070	.033		
Razón de verosimilitudes	11.908	6	.064	.060		
Estadístico exacto de Fisher	10.607			.039		
Asociación lineal por lineal	.202 ^b	1	.653	.712	.399	.121
N de casos válidos	15					

a. 11 casillas (91.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

b. El estadístico tipificado es .449.

Existe una relación estadísticamente significativa entre que el alumno/a con TMG tenga más dificultades de convivencia (1.5.) y la percepción que los profesores/as preguntados tienen del nivel de integración de los institutos (2.4.). Chi-cuadrado (4)=10.278 p .037 > .05. Dado que hay más de un 20% de casillas que tienen una frecuencia esperada inferior a 5 utilizaremos la prueba exacta de Fisher, obteniendo p .011 > .05 por lo que podemos afirmar que existe relación entre las variables. Se puede apreciar como de los profesores que piensan que el alumno/a con TMG tiene más problemas de convivencia mostrándose de acuerdo o totalmente de acuerdo 80%, de los que un 60.1% considera que los institutos de secundaria no integran al alumnado con TMG.

Tabla 27*Tabla de contingencia*

		Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con TMG			Total	
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente		
El alumno/a con TMG tiene más dificultades de CONVIVENCIA que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa	Indiferente	Recuento	0	0	3	3
		% del total	.0%	.0%	20.0%	20.0%
	De acuerdo	Recuento	0	7	2	9
		% del total	.0%	46.7%	13.3%	60.0%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	1	1	3
		% del total	6.7%	6.7%	6.7%	20.0%
Total	Recuento	1	8	6	15	
	% del total	6.7%	53.3%	40.0%	100.0%	

Tabla 28*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	10.278 ^a	4	.036	.011		
Razón de verosimilitudes	10.343	4	.035	.049		
Estadístico exacto de Fisher	8.462			.021		
Asociación lineal por lineal	3.937 ^b	1	.047	.094	.047	.041
N de casos válidos	15					

a. 9 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

b. El estadístico tipificado es -1.984.

Existe una relación estadísticamente significativa entre mantener a un alumno/a con TMG vinculado al contexto educativo (1.6.) y el papel que el profesor/a tiene en la recuperación académica y terapéutica del alumno/a con TMG (2.4.). Chi-cuadrado (6)=13.899 $p .031 > .05$. Dado que más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 utilizaremos la prueba exacta de Fisher en la que obtenemos $p .015 > .05$ por lo que podemos afirmar que hay relación significativa entre estas dos variables. Apreciamos como un 73.4% del profesorado considera que mantenerles vinculados al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico educativo, de los que un 20% considera que el papel del profesor es normalizador, otro 20% considera que el papel que juega el profesor/a es motivador y un 33.3% considera que el papel es de ayuda.

Tabla 29*Tabla de contingencia*

		¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave?			Total	
		Normalizador	Motivador	Ayuda		
Conseguir mantener a un alumno/a con Trastorno Mental Grave vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico	En desacuerdo	Recuento	0	1	0	1
		% del total	.0%	6.7%	.0%	6.7%
	Indiferente	Recuento	0	2	1	3
		% del total	.0%	13.3%	6.7%	20.0%
	De acuerdo	Recuento	3	1	0	4
		% del total	20.0%	6.7%	.0%	26.7%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	2	5	7
		% del total	.0%	13.3%	33.3%	46.7%
	Total	Recuento	3	6	6	15
		% del total	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%

Tabla 30*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	13,899 ^a	6	.031	.015		
Razón de verosimilitudes	14,954	6	.021	.027		
Estadístico exacto de Fisher	10,692			.028		
Asociación lineal por lineal	1,573 ^b	1	.210	.236	.148	.067
N de casos válidos	15					

a. 12 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

b. El estadístico tipificado es 1.254.

El siguiente cruce de variables no podemos decir que sea significativo pues obtenemos con la prueba exacta de Fisher una significación del $.052 > .05$ No obstante nos ha parecido interesante resaltar la relación entre variables y ser menos exigentes en este caso. Si analizamos la tabla de contingencia podemos observar como las contestaciones se concentran en la esquina inferior de la misma, por lo que un 69.3% del profesorado que considera que el TMG estigmatiza al adolescente que lo padece considera que el profesorado que trabaja en los institutos necesita mayor formación específica para trabajar con este alumnado.

Tabla 31*Tabla de contingencia*

		El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria necesita más formación específica para trabajar con alumnado con TMG			Total	
		Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo		
El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece	Indiferente	Recuento	2	1	1	4
		% del total	15.4%	7.7%	7.7%	30.8%
	De acuerdo	Recuento	0	0	6	6
		% del total	.0%	.0%	46.2%	46.2%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	3	3
		% del total	.0%	.0%	23.1%	23.1%
Total	Recuento	2	1	10	13	
	% del total	15.4%	7.7%	76.9%	100.0%	

Tabla 32*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8.775 ^a	4	.067	.052		
Razón de verosimilitudes	9.547	4	.049	.031		
Estadístico exacto de Fisher	7.163			.031		
Asociación lineal por lineal	5.217 ^b	1	.022	.017	.014	.014
N de casos válidos	13					

a. 9 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .23.

b. El estadístico tipificado es 2.284.

De la misma manera tampoco podremos decir que a un nivel de confianza del 95% las variables detección precoz del TMG (1.9) y conocer algún programa de prevención en salud mental (2.3.) pues la prueba exacta de Fisher nos da un valor de $.0502 > .05$ no obstante al tratarse de valores tan próximos nos ha parecido relevante analizar la relación entre variables. Un 85.7% del profesorado afirma no conocer ningún programa de prevención en salud mental dentro del ámbito educativo y un 71.4% está de acuerdo o totalmente de acuerdo en considerar que la detección precoz del TMG permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo.

Tabla 33*Tabla de contingencia*

		Conozco algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo		Total	
		Si	NO		
La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo	Indiferente	Recuento	1	2	3
		% del total	7.1%	14.3%	21.4%
	De acuerdo	Recuento	0	1	1
		% del total	.0%	7.1%	7.1%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	9	10
		% del total	7.1%	64.3%	71.4%
Total	Recuento	2	12	14	
	% del total	14.3%	85.7%	100.0%	

Tabla 34*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1.206 ^a	2	.547	.505		
Razón de verosimilitudes	1.163	2	.559	1.000		
Estadístico exacto de Fisher	1.982			.505		
Asociación lineal por lineal	.798 ^b	1	.372	.890	.396	.330
N de casos válidos	14					

a. 5 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14.

b. El estadístico tipificado es .893.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la detección precoz del TMG (1.9.) y la necesidad de mayor formación específica por parte del profesorado que trabaja en educación secundaria (2.6.). Chi-cuadrado (4)=15.080 p 0,005 < .05 por lo que en principio parece haber significación entre variables, no obstante como más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 utilizamos la prueba exacta de Fisher y obtenemos p .027 < .05 y podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas. Si nos fijamos en la tabla de contingencia observamos que un 76.9% de las respuestas consideran que la detección precoz del TMG permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo y que el profesorado que trabaja en secundaria necesitaría mayor formación para trabajar con alumnado TMG.

Tabla 35
Tabla de contingencia

		El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria necesita más formación específica para trabajar con alumnado con TMG			Total	
		Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo		
La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo	Indiferente	Recuento	0	1	0	1
		% del total	.0%	7.7%	.0%	7.7%
	De acuerdo	Recuento	1	0	1	2
		% del total	7.7%	.0%	7.7%	15.4%
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	9	10
		% del total	7.7%	.0%	69.2%	76.9%
Total	Recuento	2	1	10	13	
	% del total	15.4%	7.7%	76.9%	100.0%	

Tabla 36
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	15.080 ^a	4	.005	.027		
Razón de verosimilitudes	8.590	4	.072	.108		
Estadístico exacto de Fisher	8.703			.108		
Asociación lineal por lineal	2.154 ^b	1	.142	.190	.190	.140
N de casos válidos	13					

a. 8 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

b. El estadístico tipificado es 1.468.

4.1.2.5. Resultados. Una vez analizado el cruce de variables los resultados obtenidos son las siguientes:

- El 92.9 % consideran que la atención que reciben los alumnos/as TMG en los institutos públicos no es adecuada.
- un 92.3% del profesorado preguntado piensa que hay pocos recursos humanos en los institutos de secundaria para atender a alumnado TMG.
- Existe una relación significativa entre la percepción del fracaso escolar en los alumnos/as con TMG y el nivel de integración que estos alumnos/as tienen en sus centros. Un 53.4 % está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que se de mayor fracaso escolar en alumnado TMG y un 46.7% se posiciona en la mitad de la escala pero no hay ninguna respuesta contraria.
- Existe una relación significativa entre la percepción del fracaso escolar en los alumnos/as con TMG y si el profesorado que trabaja en secundaria tiene herramientas metodológicas o no para trabajar con alumnado TMG. Señalaremos que del 57.7% de los que piensan que tienen más fracaso escolar en su totalidad consideran que el profesorado de los institutos no tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado TMG. No obstante el 42.9% restante que permanece indiferente ante el fracaso escolar del alumnado TMG se posiciona en la misma línea que los que sí consideran que tienen mayor fracaso escolar. Por lo que el 100% de los encuestados considera que el profesorado de secundaria no tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado TMG.
- Un 60% considera que los institutos no integran bien al alumnado TMG y un 40% se muestra indiferente no obteniendo ninguna respuesta en sentido contrario.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre que el alumno/a con TMG tenga más dificultades de convivencia y la percepción que los profesores/as tienen del nivel de

integración de los alumnos con TMG en sus institutos. Se puede apreciar como de los profesores que piensan que el alumno/a con TMG tiene más problemas de convivencia mostrándose de acuerdo o totalmente de acuerdo 80%, de los que un 60.1% considera que los institutos de secundaria no integran al alumnado con TMG.

- Existe una relación estadísticamente significativa entre mantener a un alumno/a con TMG vinculado al contexto educativo y el papel que el profesor/a tiene en la recuperación académica y terapéutica del alumno/a con TMG. Apreciamos como un 73.4% del profesorado considera que mantenerles vinculados al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico educativo, de los que un 20% considera que el papel del profesor es normalizador, otro 20% considera que el papel que juega el profesor/a es motivador y un 33.3 % considera que el papel es de ayuda.
- Sin poder asegurar una relación estadísticamente significativa sí que apreciamos una relación directa ente el TMG visto como algo que estigmatiza al alumnado que lo padece y que el profesorado de secundaria necesite mayor formación específica para trabajar con alumnado TMG. Un 69.3% del profesorado que considera que el TMG estigmatiza al adolescente que lo padece considera también que el profesorado que trabaja en los institutos de secundaria necesita mayor formación específica para trabajar con este alumnado.
- Sin poder asegurar una relación estadísticamente significativa sí que apreciamos una relación directa ente la necesidad de detección precoz del TMG para hacer mejores pronósticos clínicos y educativos y la ausencia de programas de prevención en salud mental dentro de los institutos de secundaria. Un 85.7% del profesorado afirma no conocer ningún programa de prevención en salud mental dentro del ámbito educativo y un 71.4% está de acuerdo o totalmente de acuerdo en considerar que la detección precoz del TMG permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo.

- Existe una relación estadísticamente significativa entre la detección precoz del TMG y la necesidad de mayor formación específica por parte del profesorado que trabaja en educación secundaria. Un 76.9% de las respuestas consideran que la detección precoz del TMG permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo y que el profesorado que trabaja en secundaria necesitaría mayor formación para trabajar con alumnado TMG.

4.1.3. Estudio de Casos

4.1.3.1. Participantes. Hemos realizado un análisis de *casos múltiple* de naturaleza comparativa *colectivo* (Ylikoski & Zahle, 2019). Para ello hemos compilado la información sobre casos que hemos considerado semejantes entre sí. Es así como hemos utilizado la narrativa de 18 casos en base a la descripción de dos dimensiones concretas. Estas dimensiones serán las mismas que hemos usado para la estructuración y análisis de las entrevistas y el cuestionario desarrolladas hasta el momento en este capítulo cuatro, facilitando así la triangulación. Tuvimos presente en todo momento las condiciones reales de acceso a los informantes. Dado que este era un elemento central en la recogida de datos.

Incorporar la voz de los propios actores protagonistas del estudio nos parecía importante. Y bajo esta visión, en esta parte del trabajo quisimos centrarnos en el análisis de casos que en ese momento estaban hospitalizados. Consideramos que era importante tener en cuenta el factor temporal, ya que de esta manera obteníamos información de carácter sincrónico con respecto a la información utilizada en las dos técnicas precedentes, las entrevistas y el cuestionario, donde todos los informantes respondieron a las preguntas desde el mismo marco temporal.

En este sentido nos encontrábamos ante una dificultad añadida, conseguir los permisos necesarios que nos permitiesen realizar entrevistas en profundidad. Esto habría sido un trabajo ímprobo y poco realista, no por las entrevistas en sí mismas sino por las dificultades administrativas. Es así como si bien no podían los actores contar su historia con su propia voz

–en cuyo caso habríamos optado por la historia de vida o la entrevista en profundidad- sí que podíamos hacerlo nosotros por ellos/as. El estudio de casos nos permitía desarrollar y profundizar en cada una de esas historias a través de informes y documentos secundarios.

Los casos utilizados servirán de ejemplos descriptivos y con ellos enfatizaremos e ilustraremos las dos dimensiones que hemos venido utilizando con el resto de técnicas metodológicas en este capítulo cuatro.

La relevancia de los casos utilizados se sustenta en la procedencia de los mismos, y de esta manera también podemos definir las fronteras que conforman la naturaleza de cada uno de ellos (Coller, 2005). Es así como todos los casos analizados proceden de los ingresos que se realizan en un centro especializado para el trabajo con alumnado en situación de TMG de la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, todos los casos tienen un diagnóstico clínico expedido por un psiquiatra de la red pública de salud mental de la Comunidad de Madrid y se encuentra en situación de gravedad. La otra condición común que tienen es que todos y todas están en edad escolar, matriculados en un centro educativo, y cuentan con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. De esta manera, el escenario desde el que se ha recogido la información ha sido el mismo para todos, tratándose en este caso de informes y documentos secundarios tomados en el contexto de trabajo dentro del recurso señalado. Esta serie de características nos han permitido conformar un grupo heterogéneo desde dentro pero compartiendo características similares que le dan homogeneidad con identidad propia. Es así como encontraran alumnos/as que han tenido un buen recorrido académico y otros que han fracasado escolarmente y/o han dejado de ir al instituto, diferentes trastornos mentales con sintomatología diferente e interacción con el contexto educativo diferente –sintomatología externalizante o internalizante- y periodos evolutivos distintos, cuya interacción con la enfermedad mental tiene un impacto educativo diferente en cada estudiante.

Es así que hemos utilizado un muestreo motivado (Piza et al., 2019) en el que ha

primado la representatividad analítica, utilizando aquellos casos que consideremos que son los más apropiados para presentar la realidad de estudio, exponiendo tanto casos que muestran sintomatología externalizante como casos que muestran sintomatología internalizante.

Nos parece importante resaltar este dato, ya que nuestra posición analítica es la que corresponde al ámbito educativo y no al clínico, por lo que lejos de caer en la tentación de realizar un análisis de casos en base a la clínica de cada paciente hemos considerado preferible realizarlo desde el impacto que la clínica del paciente tiene en su vida académica. Presentar casos que den respuesta a cada una de las dos categorías indicadas nos parece más realista para avanzar en nuestro campo de estudio.

La intención de representar nuestro universo no ha sido estadística. No obstante, y como venimos diciendo, la selección de los casos elegidos ha pretendido representar la heterogeneidad que existe en la interacción del Trastorno Mental Grave y el ámbito educativo sin renunciar a los criterios de validez y fiabilidad que permitan realizar un control interno. En el último apartado de este capítulo tendremos ocasión de profundizar sobre estos elementos. Por lo tanto, e insistimos, nuestras conclusiones no pretenden realizar una generalización estadística sino analítica.

4.1.3.2. Procedimiento. Hemos generado la narrativa de 18 casos apoyándonos previamente en el marco teórico y en el trabajo de campo realizado hasta ese momento, las entrevistas a coordinadoras y los cuestionarios a profesorado. Para ello, el investigador narró por escrito los 18 casos que se iban a analizar reflexionando en su redacción sobre dos dimensiones analíticas. Hemos utilizado las dos mismas dimensiones analíticas utilizadas hasta el momento para estructurar el análisis y fijar la mirada en los mismos elementos de estudio, facilitando así la comparación entre casos.

Una vez narrados todos los casos se procedió a definir las categorías analíticas sobre las que trabajar en cada uno de los textos. Como ya hemos mencionado previamente,

decidimos prescindir del análisis semántico de los textos, y optamos por realizar un análisis cuantitativo. El motivo de no optar por un análisis semántico se debió a que no se trataba de información obtenida a través de datos primarios, esto impedía realizar un análisis desde un punto de vista emic, por lo que la fuerza del análisis semántico perdía valor para nosotros. Posteriormente se procedió a realizar como instrumento metodológico una matriz de recogida de información ad hoc con la que se fue recopilando los datos sobre cada uno de los textos generados previamente.

4.1.3.3. Diseño de Instrumento. Para el diseño de la matriz de observación procedimos a realizar una lectura pausada del marco teórico, del análisis de las entrevistas y de los cuestionarios realizados hasta el momento, de donde pudimos extraer los elementos a analizar en cada uno de los casos. Como les venimos diciendo, hemos preferido prescindir de un análisis centrado en la semántica de textos que desarrollasen el caso de cada individuo, ya que no se trataba de la voz de los protagonistas en primera persona sino de –como les contaremos a continuación- la visión del investigador. Esto impedía realizar un análisis desde un punto de vista emic, por lo que finalmente decidimos prescindir de este tipo de análisis.

Por este motivo hemos preferido definir cada caso en base a una matriz relacional de indicadores descriptivos. Esta matriz se construyó en base al marco teórico –bajo el criterio de poder relacionar y triangular la información obtenida con las otras dos técnicas metodológicas utilizadas-, y, como venimos diciendo, también nos hemos servido de la información obtenida en el trabajo indagador realizado a través del cuestionario y las entrevistas.

Finalmente, las variables que han formado parte de la matriz de observación han sido:

1. Familia que acompaña.
2. Vinculación con el instituto.
3. Éxito académico.
4. Sexo.

5. Ha repetido algún curso.
6. Absentismo/asistencia irregular.
7. Mala historia escolar previa.
8. Desfase curricular.
9. Motivación hacia el estudio.
10. Hábitos de estudio.
11. Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/Dificultades cognitivas.
12. Dificultades de atención.
13. Problemas de convivencia por conducta.
14. Problemas de convivencia por exhibición. En este sentido nos referimos a aquellos comportamientos que tienen que ver con las auto-agresiones, pero que tienen repercusión en la convivencia del grupo-clase e incluso del propio instituto. No son agresiones hacia los demás, hetero-agresiones. Mostrar heridas provocadas por el/la propio alumno/a, subir fotografías comprometedoras a las redes sociales....
15. Edad.
16. Estilo relacional inhibido.
17. Estilo relacional desinhibido.
18. Detección precoz.
19. Cuándo comienzan los problemas.

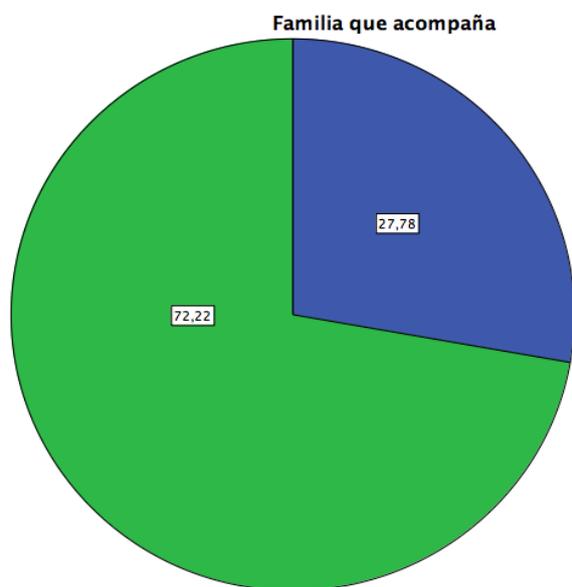
4.1.3.4. Análisis de datos. Dado que hemos preferido evitar el análisis semántico de los textos –por los motivos ya descritos-, hemos preferido utilizar la descripción de cada caso para fundamentarnos en ellos y extraer datos cuantitativos que nos permitiesen describir sus características generales en base a categorías provenientes de la visión del profesorado y de la nuestra como investigadores. Como ya hemos dicho con anterioridad, fundamentada en el marco teórico y en el trabajo de campo realizado hasta el momento. Definidas las variables y

recogidos los datos en la matriz de registro, procedimos a realizar un análisis descriptivo. Para ello hemos utilizado el programa informático SPSS 20.

4.1.3.5. Resultados. Los datos descriptivos obtenidos han sido los siguiente.

Figura 27

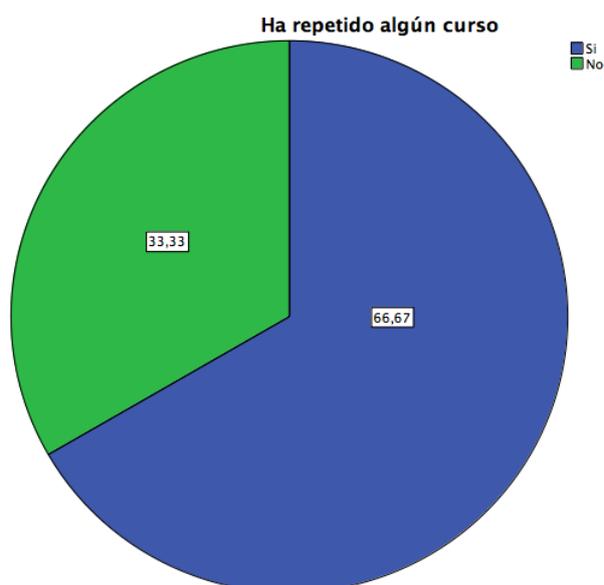
Datos Descriptivos. Familia que acompaña



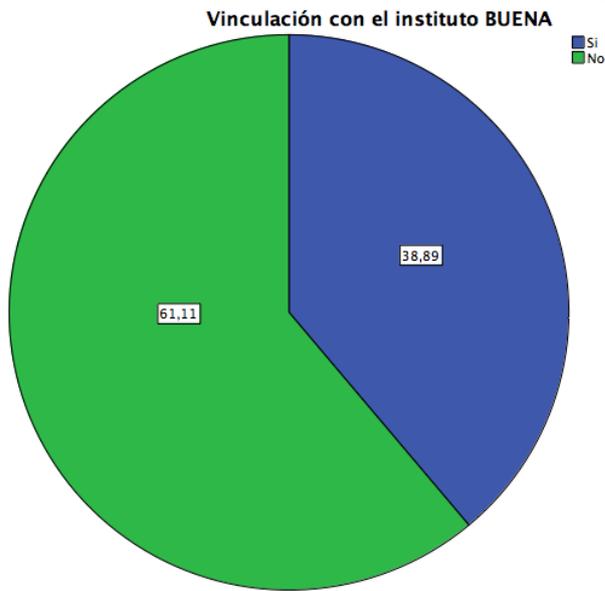
- Un 72% de los casos las familias no acompañan positivamente al alumnado con TMG y un 27.78% vive en un entorno familiar estructurado que facilita el desarrollo educativo y terapéutico del alumno/a.

Figura 28

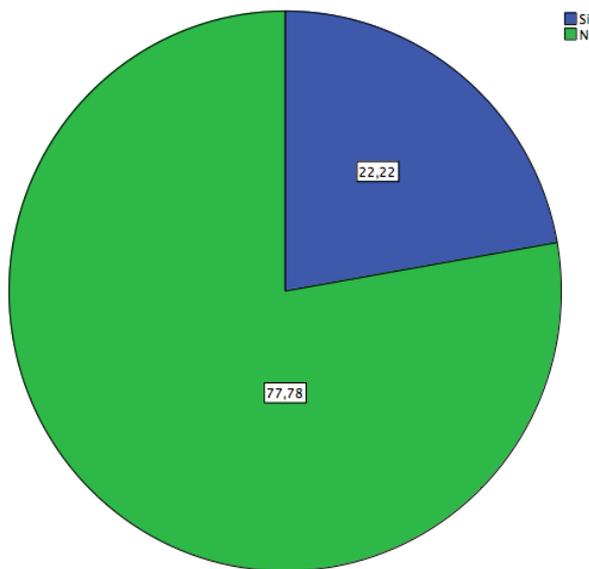
Datos Descriptivos. Ha repetido algún curso



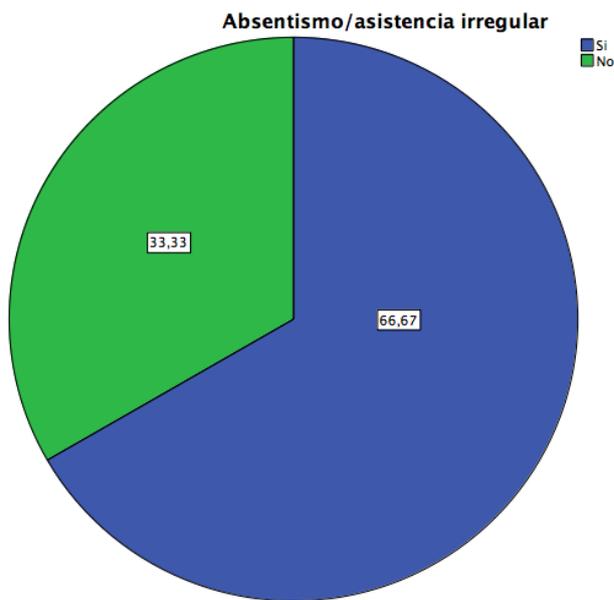
- Un 66.7% de la muestra ha repetido algún curso académico.

Figura 29*Datos Descriptivos. Vinculación con el Instituto*

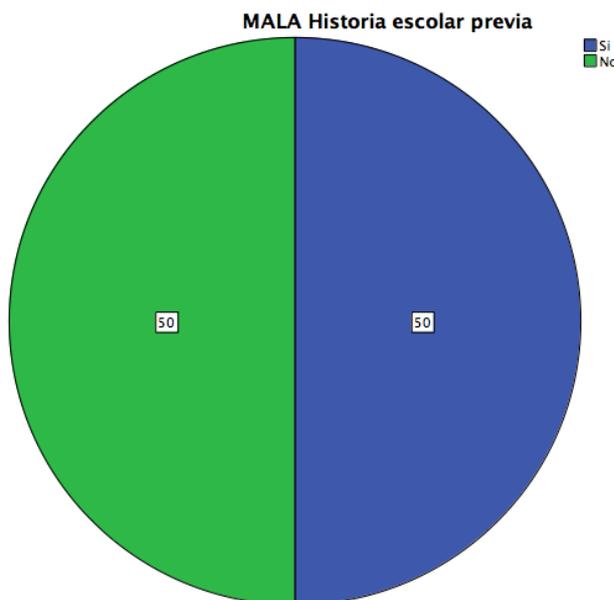
- Un 61.11% de la muestra mantiene mala vinculación con el instituto, frente al 18.89% que mantiene buena vinculación con su centro educativo.

Figura 30*Datos Descriptivos. Éxito Académico*

- Un 22.22% tiene éxito académico y un 77.78% obtiene malos resultados académicos.

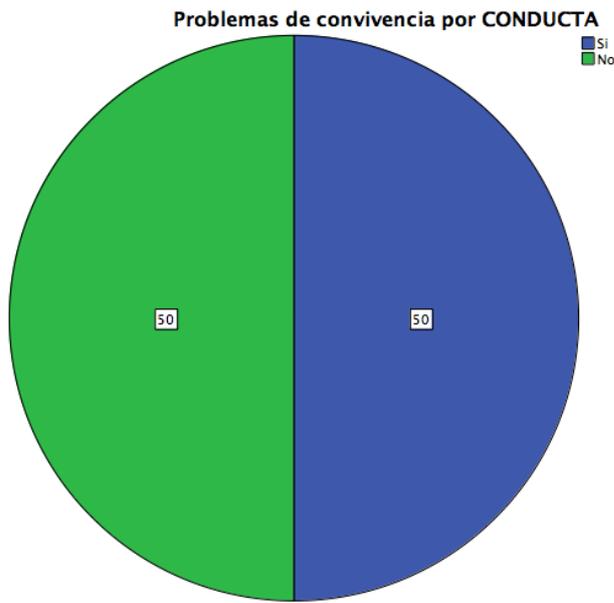
Figura 31*Datos Descriptivos. Asistencia Irregular a Clase.*

- Un 66.67% tiene una asistencia irregular a clase y/o es absentista.

Figura 32*Datos Descriptivos. Historia escolar previa*

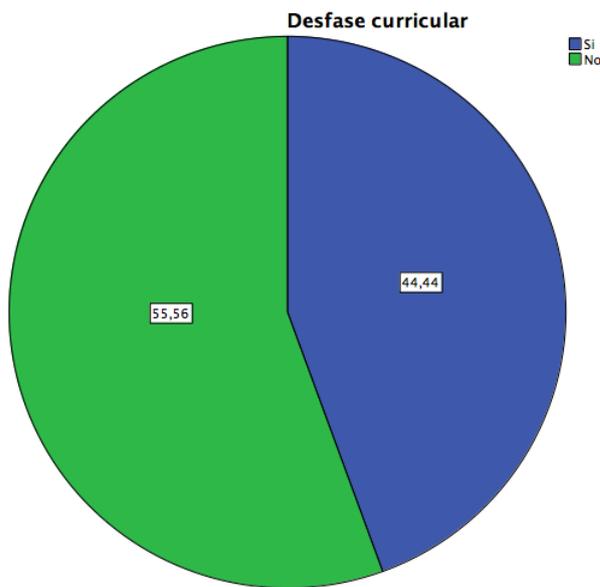
- El 50% de la muestra presenta mala trayectoria escolar previa.

Figura 33
Datos Descriptivos. Dificultades de convivencia

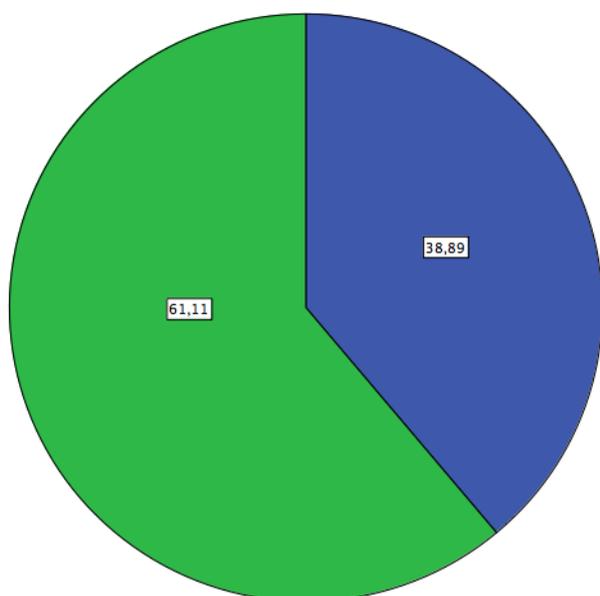


- El 50% de la muestra presenta problemas de convivencia por conducta.

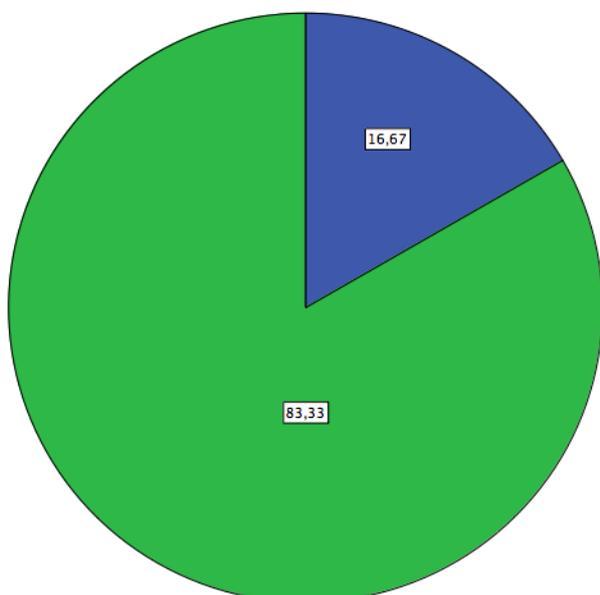
Figura 34
Datos Descriptivos. Desfase curricular



- Un 44.44% de la muestra presenta desfase curricular.

Figura 35*Datos Descriptivos. Desfase curricular*

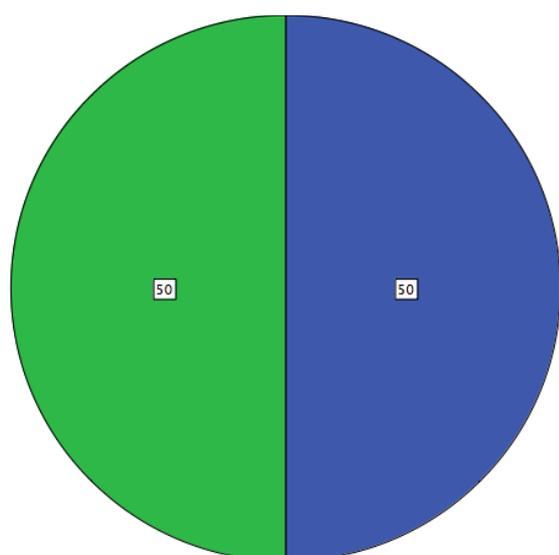
- Un 61.11% de la muestra presenta mala motivación hacia el estudio.

Figura 36*Datos Descriptivos. Hábitos de estudio*

- Un 83% de la muestra no tiene hábitos de estudio frente al 16.67 que sí presenta hábitos de estudios.

Figura 37

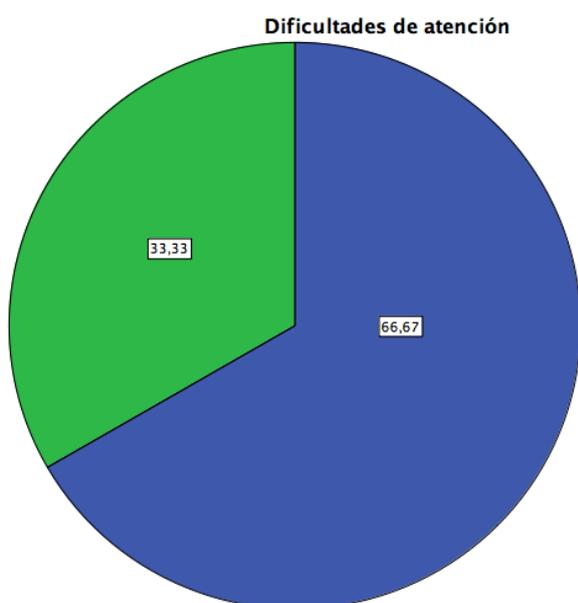
Datos Descriptivos. Competencias conceptuales y procedimentales



- Un 50% presenta reducidas competencias conceptuales y procedimentales y/o dificultades cognitivas.

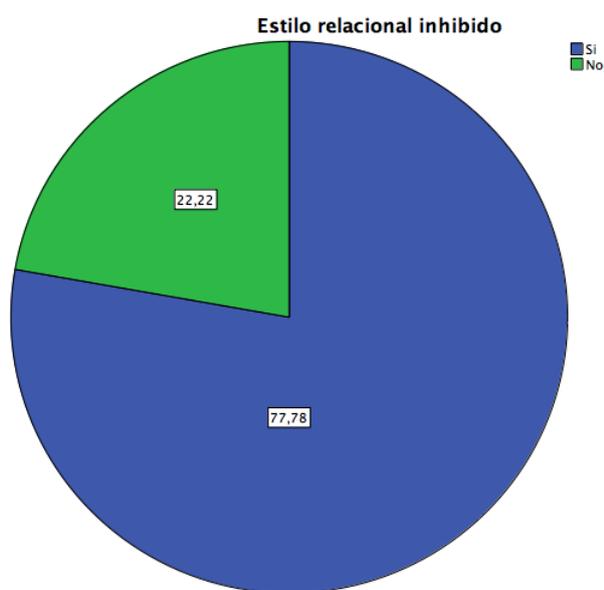
Figura 38

Datos Descriptivos. Dificultades de atención



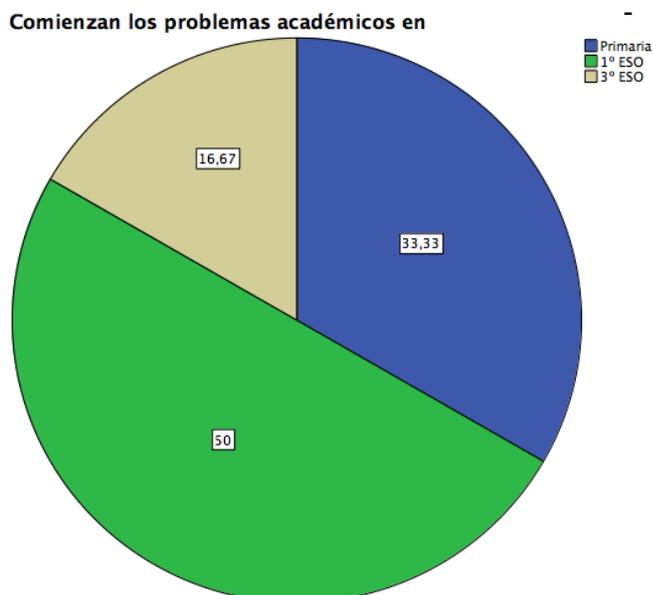
- Un 66.67% de la muestra presenta dificultades de atención, frente a un 33.33% que no las presenta.

Figura 39
Datos Descriptivos. Estilo relacional



- Un 77,78 % de la muestra presenta un estilo relacional inhibido frente a un 22,22 % que presenta un estilo relacional desinhibido.

Figura 40
Datos Descriptivos. Inicio de dificultades académicas



- Las dificultades académicas comienzan en primaria para un 33,33 %, en 1º ESO para un 50 % y en 3º ESO para un 16,67 %.

Figura 41

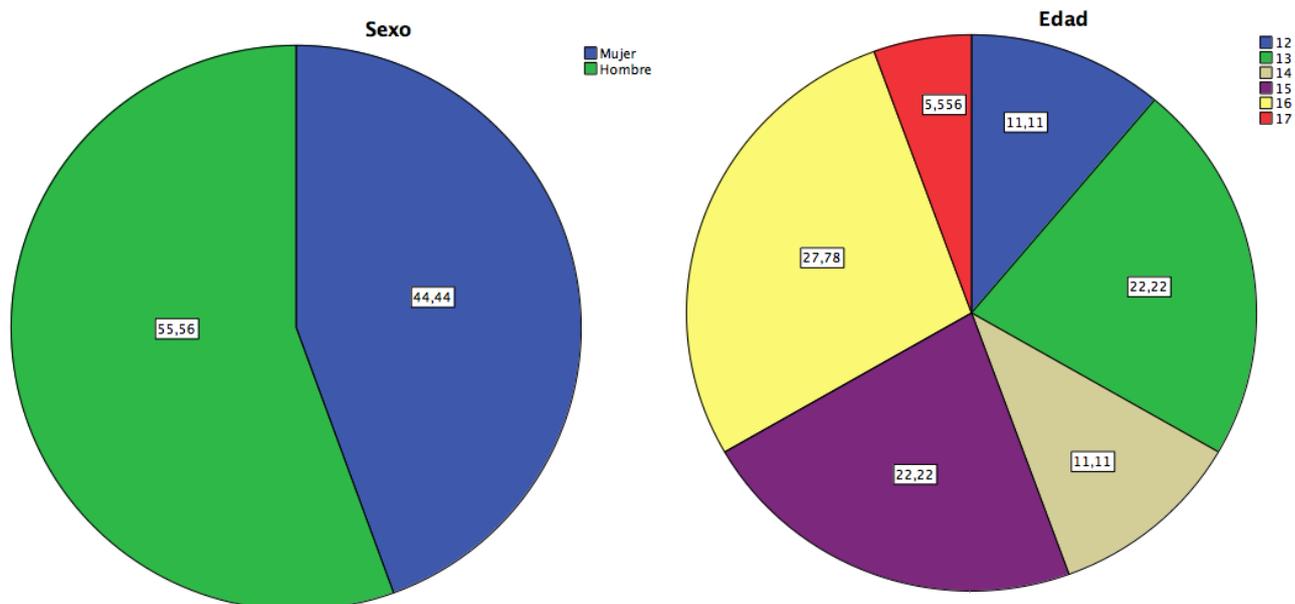
Datos Descriptivos. Problemas de convivencia por exhibición.



- Un 22.22 % de la muestra presenta dificultades de convivencia por conductas exhibitorias.

Figura 42

Datos Descriptivos. Sexo y edad.



- Por último, un 55.56 % de la muestra era hombre y un 44.44 % mujer.
- En relación a las edades: un 11.11 % tenía 12 años de edad; un 22.22 % tenía 13 años de edad; un 11.11 % tenía 14 años de edad; un 22.22 % tenía 22.22 % de edad; un 27.78 % tenía 16 años de edad; y un 5.55 % tenía 17 años de edad.

Señalaremos algunas combinaciones entre variables que podrían ayudarnos a reflexionar, ya que inciden en algunos de los elementos ya señalados en las dos técnicas metodológicas analizadas hasta el momento.

Un 71.4% de los alumnos/as que no tienen éxito académico tampoco tienen buena vinculación con su instituto. En cambio, un 75% de los que sí tienen éxito académico tienen buena vinculación con su instituto.

Tabla 37
Tabla de contingencia

			Éxito académico		Total
			Si	No	
Vinculación con el instituto BUENA	Si	Recuento	3	4	7
		% dentro de Éxito académico	75.0%	28.6%	38.9%
		% del total	16.7%	22.2%	38.9%
	No	Recuento	1	10	11
		% dentro de Éxito académico	25.0%	71.4%	61.1%
		% del total	5.6%	55.6%	61.1%
Total	Recuento	4	14	18	
	% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	22.2%	77.8%	100.0%	

Un 78.6% de los alumnos/as que no tienen éxito académico presenta absentismo y/o asistencia irregular, frente al 75% que sí tiene éxito académico y asiste a clase con regularidad.

Tabla 38
Tabla de contingencia

			Éxito académico		Total
			Si	No	
Absentismo/asistencia irregular	Si	Recuento	1	11	12
		% dentro de Éxito académico	25.0%	78.6%	66.7%
		% del total	5.6%	61.1%	66.7%
	No	Recuento	3	3	6
		% dentro de Éxito académico	75.0%	21.4%	33.3%
		% del total	16.7%	16.7%	33.3%
Total	Recuento	4	14	18	
	% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	22.2%	77.8%	100.0%	

El 100% de los alumnos/as que sí tienen éxito académico tiene una buena historia escolar previa, frente al 64.3% de los alumnos que no tienen éxito académico y tienen mala historia escolar previa.

Tabla 39
Tabla de contingencia

		Éxito académico		Total	
		Si	No		
MALA Historia escolar previa		Recuento	0	9	9
	Si	% dentro de Éxito académico	.0%	64.3%	50.0%
		% del total	.0%	50.0%	50.0%
		Recuento	4	5	9
	No	% dentro de Éxito académico	100.0%	35.7%	50.0%
		% del total	22.2%	27.8%	50.0%
Total		Recuento	4	14	18
		% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	22.2%	77.8%	100.0%

Del 77.8% de los alumnos/as que no tienen éxito académico un 64.3% ha repetido algún curso alguna vez.

Tabla 40
Tabla de contingencia

		Éxito académico		Total	
		Si	No		
Ha repetido algún curso		Recuento	3	9	12
	Si	% dentro de Éxito académico	75.0%	64.3%	66.7%
		% del total	16.7%	50.0%	66.7%
		Recuento	1	5	6
	No	% dentro de Éxito académico	25.0%	35.7%	33.3%
		% del total	5.6%	27.8%	33.3%
Total		Recuento	4	14	18
		% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	22.2%	77.8%	100.0%

Del 77.8% que no tiene éxito académico el 71.4% no tiene buena motivación hacia el estudio.

Tabla 41
Tabla de contingencia

		Éxito académico		Total	
		Si	No		
		Recuento	3	4	7
BUENA motivación hacia el estudio	Si	% dentro de Éxito académico	75.0%	28.6%	38.9%
		% del total	16.7%	22.2%	38.9%
		Recuento	1	10	11
	No	% dentro de Éxito académico	25.0%	71.4%	61.1%
		% del total	5.6%	55.6%	61.1%
		Recuento	4	14	18
Total		% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	22.2%	77.8%	100.0%

Del 77.8% de alumnos/s que no tiene éxito académico el 92.9% no tiene hábitos de estudio.

Tabla 42
Tabla de contingencia

		Éxito académico		Total	
		Si	No		
		Recuento	2	1	3
Hábitos de estudio	Si	% dentro de Éxito académico	50.0%	7.1%	16.7%
		% del total	11.1%	5.6%	16.7%
		Recuento	2	13	15
	No	% dentro de Éxito académico	50.0%	92.9%	83.3%
		% del total	11.1%	72.2%	83.3%
		Recuento	4	14	18
Total		% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	22.2%	77.8%	100.0%

Del 77.8% de los alumnos/as que no tienen éxito académico el 71.4% tiene dificultades de atención.

Tabla 43
Tabla de contingencia

		Éxito académico		Total	
		Si	No		
Dificultades de atención		Recuento	2	10	12
	Si	% dentro de Éxito académico	50.0%	71.4%	66.7%
		% del total	11.1%	55.6%	66.7%
		Recuento	2	4	6
	No	% dentro de Éxito académico	50.0%	28.6%	33.3%
		% del total	11.1%	22.2%	33.3%
Total		Recuento	4	14	18
		% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	22.2%	77.8%	100.0%

Del 77.8% de los alumnos/as que no tienen éxito académico el 78.6% no fue detectado precozmente.

Tabla 44
Tabla de contingencia

		Éxito académico		Total	
		Si	No		
Detección precoz		Recuento	1	3	4
	Si	% dentro de Éxito académico	25.0%	21.4%	22.2%
		% del total	5.6%	16.7%	22.2%
		Recuento	3	11	14
	No	% dentro de Éxito académico	75.0%	78.6%	77.8%
		% del total	16.7%	61.1%	77.8%
Total		Recuento	4	14	18
		% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	22.2%	77.8%	100.0%

Del 77.8% de los alumnos/as que fracasan escolarmente el 57.1% comienzan sus problemas educativos en 1º de ESO.

Tabla 45*Tabla de contingencia*

			Éxito académico		Total
			Si	No	
Comienzan los problemas académicos en	Primaria	Recuento	2	4	6
		% dentro de Éxito académico	50.0%	28.6%	33.3%
		% del total	11.1%	22.2%	33.3%
	1º ESO	Recuento	1	8	9
		% dentro de Éxito académico	25.0%	57.1%	50.0%
		% del total	5.6%	44.4%	50.0%
	3º ESO	Recuento	1	2	3
		% dentro de Éxito académico	25.0%	14.3%	16.7%
		% del total	5.6%	11.1%	16.7%
Total	Recuento	4	14	18	
	% dentro de Éxito académico	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	22.2%	77.8%	100.0%	

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sintomatología (internalizante-externalizante) y la motivación hacia el estudio. Chi-cuadrado (1)=5.103 $p .024 < .05$ por lo que en principio parece haber significación entre variables, no obstante como más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 utilizamos la prueba exacta de Fisher y obtenemos $p .049 < .05$ y podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas. Si nos fijamos en la tabla de contingencia observamos que un 38.9% presenta sintomatología internalizante y de ellos/as un 71.4% tiene buena motivación hacia el estudio. Un 61.1% presenta sintomatología externalizante y de ellos/as un 81.8% presenta mala motivación hacia el estudio. De donde podríamos inferir que aquellos alumnos/as que presentan sintomatología internalizante tienen más probabilidades de tener buena motivación hacia el estudio, mientras que los alumnos/as que presentan sintomatología externalizante tienen más probabilidades de tener mala motivación hacia el estudio.

Tabla 46
Tabla de contingencia

		BUENA motivación hacia el estudio		Total	
		Si	No		
exter-inter	Internalizante	Recuento	5	2	7
		% dentro de exter-inter	71.4%	28.6%	100.0%
		% del total	27.8%	11.1%	38.9%
	Externalizante	Recuento	2	9	11
		% dentro de exter-inter	18.2%	81.8%	100.0%
		% del total	11.1%	50.0%	61.1%
Total		Recuento	7	11	18
		% dentro de exter-inter	38.9%	61.1%	100.0%
		% del total	38.9%	61.1%	100.0%

Tabla 47
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5.103 ^a	1	.024	.049	.039	
Corrección por continuidad ^b	3.109	1	.078			
Razón de verosimilitudes	5.250	1	.022	.049	.039	
Estadístico exacto de Fisher				.049	.039	
Asociación lineal por lineal	4.820 ^c	1	.028	.049	.039	.036
N de casos válidos	18					

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.72.

b. Calculado solo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2.195.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sintomatología (internalizante-externalizante) y dificultades de atención. Chi-cuadrado (1)=7.481 p .006 < .05 por lo que en principio parece haber significación entre variables, no obstante como más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 utilizamos la prueba exacta de Fisher y obtenemos p .013 < .05 y podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas. Si nos fijamos en la tabla de contingencia observamos que el 61.1% de alumnado presenta sintomatología externalizante y de ellos/as un 90.9% tiene dificultades de atención en clase. Del 38.9% que presenta sintomatología internalizante solo el 28.6% presenta

dificultades de atención. De donde podríamos inferir que aquellos alumnos que presentan sintomatología externalizante tienen más probabilidades de tener dificultades de atención.

Tabla 48
Tabla de contingencia

		Dificultades de atención		Total
		Si	No	
exter-inter	Recuento	2	5	7
	Internalizante % dentro de exter-inter	28.6%	71.4%	100.0%
	% del total	11.1%	27.8%	38.9%
	Recuento	10	1	11
	Externalizante % dentro de exter-inter	90.9%	9.1%	100.0%
	% del total	55.6%	5.6%	61.1%
Total	Recuento	12	6	18
	% dentro de exter-inter	66.7%	33.3%	100.0%
	% del total	66.7%	33.3%	100.0%

Tabla 49
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7.481 ^a	1	.006	.013	.013	
Corrección por continuidad ^b	4.938	1	.026			
Razón de verosimilitudes	7.837	1	.005	.013	.013	
Estadístico exacto de Fisher				.013	.013	
Asociación lineal por lineal	7.065 ^c	1	.008	.013	.013	.012
N de casos válidos	18					

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.33.

b. Calculado solo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -2.658.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sintomatología (internalizante-externalizante) y problemas de convivencia en el centro por conducta. Chi-cuadrado (1)=11.455 p .001 < .05 por lo que en principio parece haber significación entre variables, no obstante como más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada

inferior a 5 utilizamos la prueba exacta de Fisher y obtenemos $p .002 < .05$ y podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas. Si nos fijamos en la tabla de contingencia observamos que del 38.9% de alumnos/as que presenta sintomatología internalizante el 100% no tiene problemas de conducta, en cambio del 61.1% que presenta sintomatología externalizante el 81.8% tiene problemas de conducta. Por lo que podríamos inferir que los alumnos con TMG que tienen sintomatología externalizante tienen más probabilidades de tener problemas de convivencia relacionados con la conducta en su instituto que aquellos alumnos/as que tienen sintomatología internalizante.

Tabla 50*Tabla de contingencia*

		Problemas de convivencia por CONDUCTA		Total	
		Si	No		
exter-inter	Internalizante	Recuento	0	7	7
		% dentro de exter-inter	.0%	100.0%	100.0%
		% del total	.0%	38.9%	38.9%
	Externalizante	Recuento	9	2	11
		% dentro de exter-inter	81.8%	18.2%	100.0%
		% del total	50.0%	11.1%	61.1%
Total		Recuento	9	9	18
		% dentro de exter-inter	50.0%	50.0%	100.0%
		% del total	50.0%	50.0%	100.0%

Tabla 51*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	11.455 ^a	1	.001	.002	.001	
Corrección por continuidad ^b	8.416	1	.004			
Razón de verosimilitudes	14.522	1	.000	.002	.001	
Estadístico exacto de Fisher				.002	.001	
Asociación lineal por lineal	10.818 ^c	1	.001	.002	.001	.001
N de casos válidos	18					

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.50.

b. Calculado solo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -3.289.

4.1.4. Triangulación de Resultados

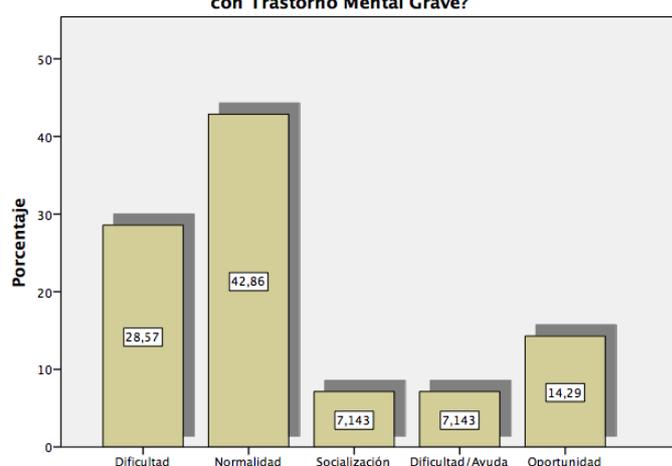
Una vez sintetizada toda la información proveniente de las tres técnicas metodológicas utilizadas, procedimos a triangular sus resultados. En la triangulación hemos ido contrastando la información obtenida en las entrevistas con la obtenida en los cuestionarios pregunta a pregunta, para posteriormente terminar contrastado el cruce de esas dos técnicas con la información obtenida a través de los estudios de casos. Pese a que las preguntas abiertas que han formado parte del cuestionario se categorizaron para su análisis estadístico, nos ha parecido interesante usar los textos facilitados por los profesores/as participantes en los cuestionarios, ya que consideramos que podrían enriquecer y matizar las categorizaciones realizadas por los investigadores. Los datos obtenidos del análisis de casos nos han permitido contrastar la impresión de los informantes con la realidad de los casos seleccionados.

Para ordenar la información les mostraremos el resultado del cruce metodológico obtenida en cada una de las preguntas.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 1: ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para un alumno/a con Trastorno Mental Grave?

Figura 43
Gráfica 1.1.

1..1. ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con Trastorno Mental Grave?



Si nos fijamos en el gráfico podemos apreciar como resalta sobre todo las interpretaciones en las que el instituto se convierte en un referente de normalidad, y junto a esa normalidad sobresale en segundo lugar de preferencia la visión del instituto como un espacio de dificultad. Lo interesante

del gráfico no es tanto la frecuencia de las respuestas, ya que responden a una categorización

muy estanca y no permiten ver la complejidad de las respuestas que los informantes hicieron a esta pregunta abierta. Lo interesante es que nos permiten ver que el instituto se convierte en algo complejo que se construye en base a múltiples interpretaciones, y ninguna es verdadera o falsa, todas contribuyen a construir el significado que para un alumno/a con trastorno mental grave podría representar su periodo escolar. Es así como para algunos se convierte en una oportunidad para seguir estudiando y para otros en una dificultad más que no contribuye a su recuperación terapéutica. Sí que nos atrevemos a afirmar que lo que el gráfico que les mostramos representa viene a recoger con cierta similitud el discurso que hemos construido con el análisis de las entrevistas. Si recuerdan, las informantes resaltaban la importancia del ámbito educativo como espacio socializador desde el que poder vincularse con la “normalidad” que a un adolescente le corresponde vivir dentro de su etapa vital. Cuando hay otros factores que acompañan como son la familia, el propio centro y capacidades personales del alumno/a el instituto se puede convertir en una oportunidad, como dice el cuestionario, o un salva vidas, como dice una de las informantes en las entrevistas. Cuando el entorno y la sintomatología no acompañan se puede convertir en una dificultad. Pero la idea de normalidad según el cuestionario o de vinculación con una realidad sana según las entrevistas es algo que hemos podido recoger en ambos métodos.

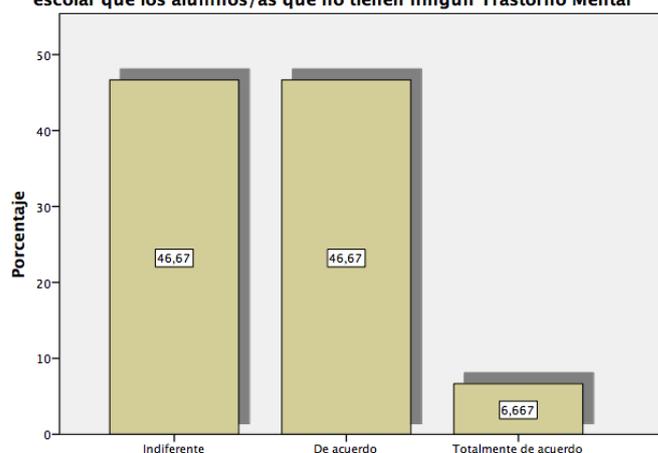
Por lo tanto el instituto será para un adolescente con TMG un espacio de socialización que puede exponer “al alumno/a con TMG a sus debilidades: Por ejemplo, la enfermedad mental afecta directamente a determinadas funciones cognitivas fundamentales para el aprendizaje....Y lo más importante, afecta a aspectos afectivos, emocionales y de relación social, que comprometen su integración en el grupo y el logro de sus objetivos académicos”. Y si bien para algunos de ellos, aquellos que como ya hemos dicho, pueden enfrentarse con mayor protección a su enfermedad, el instituto puede ser una referencia que les conecte con parámetros de salud. También es importante señalar que “en la mayoría de las ocasiones y

debido a las limitaciones que hay en los centros educativos, para atender a la heterogeneidad del alumnado, el ámbito escolar supone para los alumnos con TMG un entorno hostil en el que han vivido muchas experiencias negativas”.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 2: ¿Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún Trastorno Mental Grave?

Figura 44
Gráfica 1.2.

1.2. Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún Trastorno Mental



Si nos fijamos en el gráfico podemos observar como un 53.34% de las contestaciones están de acuerdo o totalmente de acuerdo en afirmar que los alumnos/as con TMG presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen TMG. Esta aparente rotundidad en la afirmación

de más de la mitad de las contestaciones a favor nos dejan con casi la otro mitad de las contestaciones posicionándose en la mitad de la escala Likert. Lo interesante es que nadie está en desacuerdo y no hay ninguna afirmación en contra. Por lo que interpretaremos la indiferencia posicionada en la mitad de la escala como un espacio de definición cargado de matices ante los que sin una explicación resulta muy difícil posicionarse. Las entrevistadas afirmaron todas que estaban de acuerdo con la afirmación, pero ellas sí pudieron matizar las respuestas. Es así como partiendo de la base de que el trastorno mental puede afectar a funciones cognitivas necesarias para el aprendizaje académico existe una gran responsabilidad por parte de la institución educativa para compensar las dificultades que el TMG pueda ocasionar en un alumno/a. En definitiva en las entrevistas veníamos a recoger que cuando el contexto familiar y la institución educativa acompañan

positivamente las posibilidades de fracasar y acumular fracaso educativo y vivencial se reducen. Podríamos decir que el alumno/a con TMG tiene más posibilidades de fracasar que otros alumnos/as, y estas posibilidades aumentan cuando el contexto educativo y familiar no acompañan positivamente.

La percepción que del abandono escolar temprano tienen los encuestados tiene una relación significativa con la pregunta 2.4. en la que le preguntábamos si los institutos incluyen o excluyen al alumno/a con TMG, por lo que no parecería aventurado afirmar que existe una relación entre el fracaso escolar del alumno/a con TMG y en nivel de inclusión que tenga el centro educativo en el que esté estudiando. Efectivamente, en las entrevistas podíamos ver que la manera en la que el alumno/a se siente vinculado a su centro junto a cómo interviniese el profesorado eran elementos centrales entorno a los que hemos articulado el discurso de las entrevistadas. Ambos son elementos que están relacionados directamente con el nivel de inclusión del centro. Por otro lado, cuando hemos cruzado este ítem con la pregunta en la que indagábamos sobre si el profesorado de secundaria tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con TMG también hemos obtenido significación estadística entre una pregunta y otra, por lo que podríamos afirmar que el fracaso escolar del alumnado con TMG está relacionado con el nivel de herramientas metodológicas del profesorado, y como ya hemos dicho en las entrevistas, la manera en la que el profesor/a se enfrenta al trabajo con alumnado con TMG es un elemento fundamental para entender la relación entre fracaso escolar y TMG.

En definitiva, el fracaso escolar del alumnado con TMG es mayor que en el resto de alumnado –en los casos analizados encontramos que solo un 22.2% tiene éxito académico frente a un 77.78% que obtiene malos resultados y/o fracasa escolarmente- pero estará condicionado a la capacidad del instituto para trabajar desde planteamientos de inclusión

educativa, de cómo desarrolle su trabajo el profesorado así como de las herramientas metodológica con las que cuente y de un mayor o menor apoyo familiar.

En el capítulo cinco tendremos ocasión de profundizar en esta parte de la investigación, el abandono escolar temprano. Estos primeros datos exploratorios nos sirvieron para perfilar la pregunta con más precisión e intentar corroborar los datos con una muestra mayor. Tendremos ocasión de verlo con más detalle.

Miremos con más detenimiento algunas de las características de aquellos alumnos/as que obtienen malos resultados académicos y/o fracasan escolarmente:

- Del 77.78% que no tiene éxito académico, un 71.4% tampoco tienen buena vinculación con su instituto. En cambio, un 75% de los que sí tienen éxito académico tienen buena vinculación con su instituto.
- Un 78.6% de los alumnos/as que no tienen éxito académico presenta absentismo y/o asistencia irregular, frente al 75% que sí tiene éxito académico y asiste a clase con regularidad.
- El 100% de los alumnos/as que sí tienen éxito académico tiene una buena historia escolar previa, frente al 64.3% de los alumnos que no tienen éxito académico y tienen mala historia escolar previa.
- Del 77.8% de los alumnos/as que no tienen éxito académico un 64.3% ha repetido algún curso alguna vez.
- Del 77.8% que no tiene éxito académico el 71.4% no tiene buena motivación hacia el estudio.
- Del 77.8% de alumnos/s que no tiene éxito académico el 92.9% no tiene hábitos de estudio.
- Del 77.8% de los alumnos/as que no tienen éxito académico el 71.4% tiene dificultades de atención.

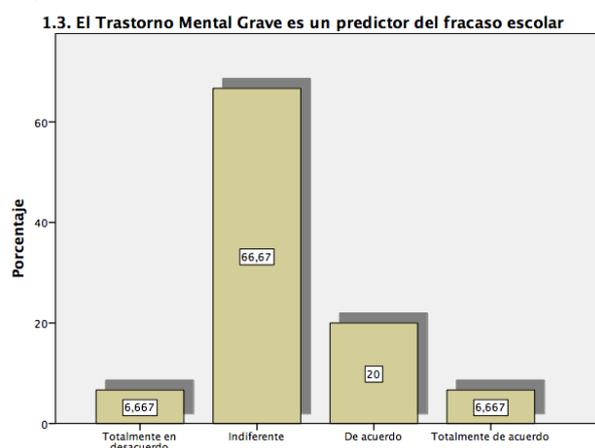
- Del 77.8% de los alumnos/as que no tienen éxito académico el 78.6% no fue detectado precozmente.
- Del 77.8% de los alumnos/as que fracasan escolarmente el 57.1% comienzan sus problemas educativos en 1º de ESO.

En definitiva, los alumnos/as con TMG que no tienen éxito académico se caracterizan por tener más probabilidades de no tener una buena vinculación con sus institutos, asistir irregularmente a clase o ser absentistas, tener una mala historia escolar previa, haber repetido algún curso, tener baja motivación hacia el estudio, falta de hábitos de estudio, dificultades de atención, no haber sido detectado precozmente y comenzar sus problemas educativos en 1º de ESO.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 3: ¿Dirías que el Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar?, ¿por qué?

Figura 45

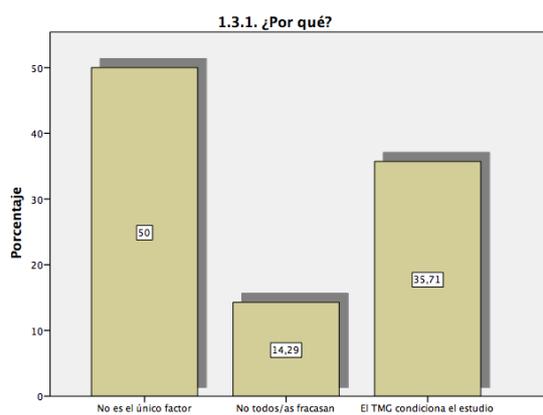
Gráfica 1.3.



Un 26.7% considera que el TMG es un predictor del fracaso escolar y un 66.7% se posiciona en la mitad de la escala. La explicación a esta distribución de frecuencias podríamos encontrarla en el siguiente gráfico, ya que un 50% consideran que no es el único factor. El 14.29% afirma que no todos

fracasan y un 35.71% que de una u otra manera condiciona el estudio, pero no necesariamente lo define.

Figura 46
Gráfica 1.3.1.



En las entrevistas podíamos observar que el TMG se convertía en un predictor del fracaso escolar cuando tanto la institución educativa como la familia no sabe cómo actuar, cuando no hay una aceptación por parte del alumno/a y de su familia, así como de los niveles de gravedad y del tipo de trastorno. Por otro lado, cuando hay un buen

acompañamiento terapéutico la posibilidad de que haya más fracaso escolar se reduce.

Dado que la segunda parte de la pregunta ha sido de tipo abierta, veamos los matices aportados por los encuestados, ya que el hecho de que se hayan posicionado mayoritariamente en la mitad de la escala nos obliga a ello. La gran mayoría de las respuestas han aportado información en relación a que no es el único factor, “el TMG por si solo, y en términos generales no debería ser un predictor de fracaso escolar, si se toman las medidas oportunas tanto con el/la menor como con el centro educativo y la familia”. Los factores que mayoritariamente han destacado son:

- Baja motivación por el estudio, en ocasiones también derivada de la enfermedad.
- Altos índices de absentismo escolar y/o una asistencia irregular a clase. Muchas veces derivado de los numerosos ingresos.
- Cuando se trata de sintomatología más externalizante y genera problemas de convivencia se producen expulsiones.
- Tipo de trastorno mental. Si afecta más o menos a las funciones cognitivas que más se utilizan en el modelo de enseñanza que tenemos en los institutos, comprensión verbal y razonamiento perceptivo.

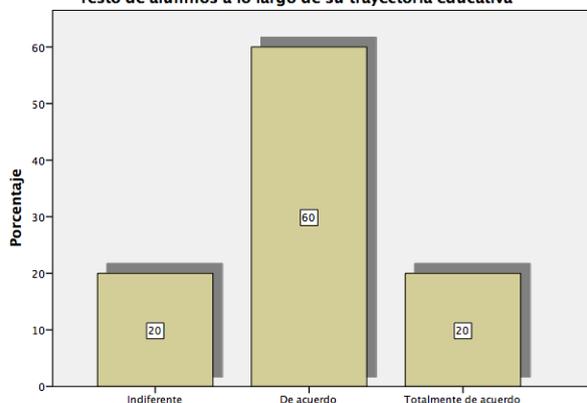
- Falta de nivel especializado del profesorado y de los centros educativos para atender a esta población.
- Tipo de atención educativa y terapéutica que reciben.
- Historia escolar, si está cargada de más o menos fracasos educativos previos, así como de su adecuación al nivel curricular que le corresponde por curso y/o edad.
- Aceptación de la enfermedad por el alumno/a y la familia.
- Si reciben apoyo familiar.

Por lo tanto podríamos decir que el TMG no es un predictor del fracaso por sí solo, pero sí hay mayor riesgo de fracaso escolar si va asociado a falta de apoyo familiar, falta de apoyo institucional, impacto del trastorno mental en las funciones cognitivas que más afectan al estudio, dificultades en el mantenimiento de horarios y asistencia regular a clase, tener consolidados aprendizajes básicos y hábitos mínimos de estudio en función de su historia escolar, tipo de sintomatología que no genere conflicto en la convivencia de su centro educativo y la motivación hacia el estudio, bien por que la rechace o bien por que le sirva de estímulo.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 4: ¿Tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa?, ¿cuáles?

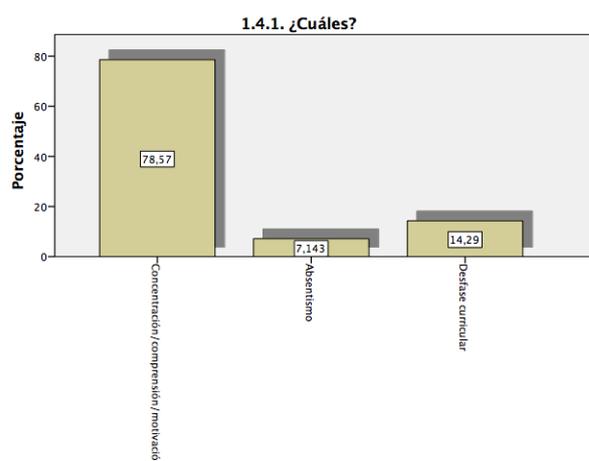
Figura 47
Gráfico 1.4.

1.4. El alumnado con TMG tiene más dificultades ACADÉMICAS que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa



Un 80% está de acuerdo o totalmente de acuerdo en afirmar que el alumnado con TMG tiene más dificultades académicas que el resto de alumnos/as. Un 20% sitúa sus respuestas en el medio de la escala, por lo que no hay ninguna opinión en contra. Veamos cuáles son los matices que han aportado los encuestados.

Figura 48
Gráfico 1.4.1.



Un 78.57% considera que las dificultades son de concentración, motivación y comprensión, un 7.14% por absentismo y un 14.29 % por desfase curricular. Dado que la pregunta era abierta analizaremos cualitativamente la información recogida y categorizada previamente y la contrastaremos con los

datos obtenidos en las entrevistas para valorar en qué medida resultan coincidentes o no. Como podemos ver, obtenemos niveles altos de coincidencia entre el discurso de las entrevistas y la información recogida en los cuestionarios, por lo que podríamos inferir que las principales dificultades que un alumno/a con TMG presenta en relación al aprendizaje son:

En los casos analizados hemos encontrado que un 66.7% ha repetido algún curso, un 66.67% tiene una asistencia irregular a clase y/o es absentista, el 50% ha tenido mala trayectoria escolar previa, un 44.44% presenta desfase curricular, un 61.11% tiene mala motivación hacia el estudio, un 83% no tiene hábitos de estudio, un 50% presenta reducidas competencias conceptuales y procedimentales y/o dificultades cognitivas, un 66.67% presenta dificultades de atención. Si diferenciamos entre trastornos de sintomatología internalizante y externalizante podemos observar que el 61.1% del alumnado estudiado presenta sintomatología externalizante y de ellos el 81.8% presenta mala motivación hacia el estudio y un 90.9% tiene dificultades de atención en clase. Un 38.9% presenta sintomatología internalizante y de ellos/as el 71.4% tiene buena motivación hacia el estudio y solo el 28.6% presenta dificultades de atención.

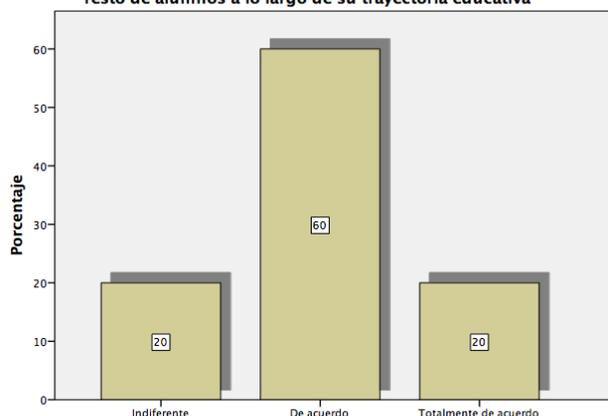
Tabla 52
Relación entrevista-cuestionario 1.4.

Entrevista	Cuestionario
Dificultades cognitivas	Dificultades en la comprensión lectora. Dificultades de comprensión en diferentes áreas de la cognición, especialmente en la comprensión verbal y el razonamiento perceptivo que son las que más relación presentan con el modelo de enseñanza que tenemos en los institutos.
Dificultades de motivación	Dificultades de motivación
Dificultades relacionales Se evidenciarán dos tipos de dificultades convivenciales, las externalizantes y las internalizantes	Dificultades de relación con sus compañeros/as y adultos.
Dificultades de atención	Problemas de concentración producto de la sintomatología, afectación de la medicación o como consecuencia de su situación afectiva
Desfase curricular, disincronía entre lo que el sistema dice que tienen que aprender y lo que el alumno/a puede aprender realmente	Desfase curricular, escolaridad irregular, mala gestión del tiempo
TMG visto como Estigma	Expectativas que se tienen del alumno/a. Expectativas que tiene de sí mismo el alumno/a. Rechazo por parte del profesorado y de iguales.
Historia escolar	Falta de hábitos de trabajo
Falta de asistencia	Falta de asistencia regular, absentismo
De tipo personal	Baja autoestima, ambientes familiares no motivadores para el estudio

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 5: ¿Qué dificultades de convivencia plantea un alumno/a con Trastorno Mental Grave en su centro?

Figura 49
Gráfico 1.5.

1.5. El alumno/a con TMG tiene más dificultades de CONVIVENCIA que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa



La pregunta que les hicimos a los y las entrevistados a través del cuestionario, preguntaba por la cantidad, indagaba en relación a si tienen más o menos problemas de convivencia en sus centros. La respuesta es que en un 80% están de acuerdo y totalmente de acuerdo en afirmar que tiene

más problemas de convivencia y un 20% muestra su opinión en el centro de la escala utilizada. Este 80% a favor coincide plenamente con la información recogida a través de las entrevistas. En el caso de las entrevistas hemos podido profundizar en el tipo de dificultades de convivencia y para ello distinguíamos entre trastornos con sintomatología internalizante y externalizante, pasando más desapercibidos los primeros y generando más conflicto en la convivencia los segundos. En cualquiera de los dos casos encontrábamos problemas para interactuar y ajustarse al marco del instituto, derivando de esto la necesidad de recibir atención ajustada a sus necesidades y el uso de alternativas metodológicas que no siempre los institutos pueden ofrecer por:

- Falta de recursos.
- Falta de formación. El desconocimiento lleva a la incompreensión y esto genera problemas de convivencia.
- Falta de apoyos institucionales.
- Modelo de proyecto educativo del centro (más o menos inclusivo).

En cambio en el análisis de casos solo hemos encontrado problemas de convivencia por conducta en un 50%. Lo interesante de este dato es cuando focalizamos la observación diferenciando entre trastornos de sintomatología internalizante y externalizante, en este caso sí obtenemos datos más parecidos a los obtenidos en el cuestionario y en las entrevistas. Por lo que un 61.1% de los alumnos estudiados presentan sintomatología externalizante y de ellos el 81.8% presenta problemas de convivencia en el centro derivados de conductas no adaptativas. Estas dos variables tienen relación significativamente estadística.

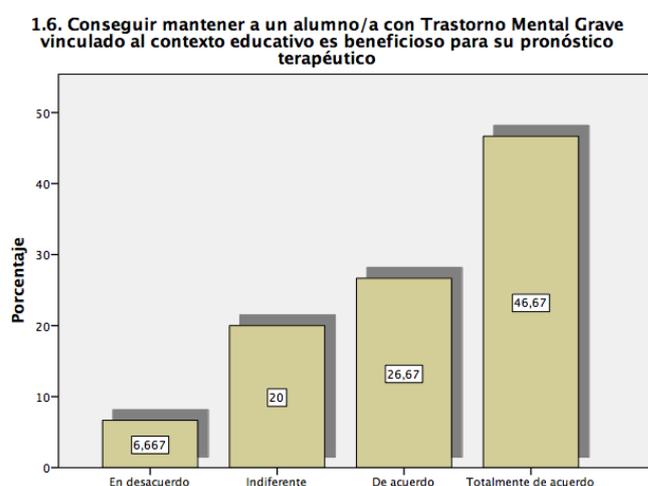
Por último, destacaremos las redes sociales, como contexto de extensión al instituto, en el que los problemas de convivencia se hacen extensibles y generan un marco de actuación de difícil manejo para los centros. Especialmente con alumnado con TMG.

También nos parece interesante resaltar que hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre las dificultades de convivencia y el nivel de inclusión con el que los centros trabajan. Esta relación consideramos que queda reflejada en el discurso de las entrevistas, ya que para valorar, entre otras cosas, la cercanía o lejanía a prácticas educativas inclusivas tendríamos que fijarnos en elementos relacionados con la falta de recursos, de formación, de actitudes y de apoyo institucional.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 6: ¿Conseguir mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico?

Figura 50

Gráfico 1.6.



Se puede observar en la gráfica como un 73.4% del profesorado considera que mantenerles vinculados al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico educativo y terapéutico y un 20% se muestra en la mitad de la escala de opinión, por lo que encontramos solo un 6.7% de contestaciones que se

posicionan en contra. Lo interesante de esta pregunta es la relación estadísticamente significativa que muestra con el papel que el profesor/a tiene en la recuperación académica y terapéutica del alumno/a con TMG. En este sentido, del 73.4% que está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que mantener a un alumno con TMG vinculado al ámbito educativo es importante para su trayectoria educativa y terapéutica un 20% considera que el papel del profesor es normalizador, otro 20% considera que el papel que juega el profesor/a es motivador y un 33.3 % considera que el papel es de ayuda.

Es decir, el profesor/a se convierte en un eje central para que un alumno/a con TMG se

pueda vincular al contexto educativo. Este dato es algo que hemos podido corroborar en la información obtenida con las entrevistas. Recordarán que reflexionábamos sobre el papel del instituto como espacio socializador, siendo este un sitio donde experimentar, observar, guiar, ofrecer, encontrar y descubrir junto a profesores/as y compañeros/as formas de compartir y convivir con los otros. Es decir, el profesor/a se convierte en un catalizador, en un referente claro para que la vinculación con el centro educativo pueda realizarse de manera positiva. Veíamos que la vinculación era importante para no perder el apoyo del medio, de la institución. ¿Qué puede hacer el centro, el profesor/a para mantener vinculado a su alumno? Ya tenemos tres pistas, motivar, rol activo de ayuda, y referente en la normalización.

El profesor/a tiene que ayudar a normalizar la situación del alumnado con TMG sirviendo de mediador con la institución. Decíamos que la escuela no se adapta con facilidad a los ritmos y necesidades metodológicas de este alumnado, y el profesor tendrá que convertirse en un agente activo de ayuda para facilitar estos procesos.

La tercera categoría rescatada de los cuestionarios es la motivación. El profesor/a tiene que ser motivador. Un alumno/a con trastorno mental grave tiene que hacer mayor esfuerzo para superar las dificultades propia de la etapa educativa en la que se encuentre, por lo que la motivación será un elemento central a trabajar.

Terminábamos el análisis de las entrevistas reflexionando precisamente sobre el papel del docente y decíamos que junto a los itinerarios educativos que las instituciones les puedan ofrecer se convierte en un elemento central para que el alumno con trastorno mental grave se sienta vinculado al ámbito educativo.

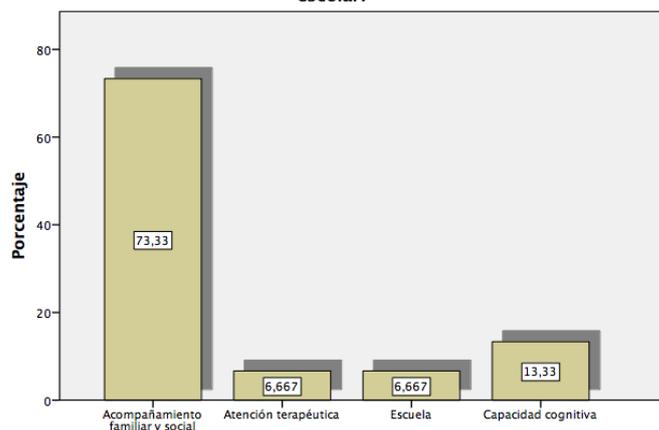
Por lo que sí es importante mantener al alumnado con TMG vinculado al ámbito educativo para su recuperación educativa y terapéutica y para ello el papel del profesor/a adquiere una importancia sustancial. Para que la vinculación al centro pueda hacerse a través del profesor de manera efectiva esta tendría que trabajarse fundamentalmente en base a

principios de normalización, ayuda y motivación.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 7: ¿Cuáles son los factores de protección que debería tener un alumno/a con trastorno mental grave para tener éxito académico?

Figura 51
Gráfico 1.7.

1.7. ¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con Trastorno Mental Grave para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar?



Han sido varios los factores de protección que en el cuestionario se han indicado, pero han resaltado sobre todo, un 73.3% aquellos que tienen que ver con el acompañamiento familiar y social. En este sentido, analizando los casos hemos encontrado como en un 72% de ellos las familias no acompañan

positivamente al alumnado con TMG y solo un 27.78% vive en un entorno familiar estructurado que facilita el desarrollo educativo y terapéutico del alumno/a.

Dado que en los cuestionarios hemos utilizado categorías muy amplias y poco precisas, a continuación contrastaremos la información recogida en el cuestionario con la recogida en las entrevistas. Veamos los factores de protección obtenidos en la entrevista contrastados con los factores de riesgo encontrados en los cuestionarios.

Tabla 53
Relación entrevista-cuestionario 1.7.

Entrevista	Cuestionario
La familia	Entorno familiar estable. Una situación social y familiar contenedora
Acompañamiento terapéutico	Tratamiento terapéutico adecuado
Asunción de la enfermedad	Concienciación personal de la situación
Modelo de interacción. En la medida que su capacidad para relacionarse con otros se ve menos afectada el pronóstico educativo mejora. Sintomatología internalizante o extenalizante	
El centro educativo y la metodología utilizada	Si el centro educativo y su entorno responde a las necesidades específicas del menor: adaptaciones

curriculares, sensibilización sobre el tema, normalización e integración, y cualificación del personal docente. Proyectos educativos realistas.

A nivel escolar: un centro INCLUSIVO, que proporcione apoyos educativos, pero que también esté concienciado y huya de estigmas con el alumnado TMG. Donde exista una coordinación entre todos los miembros del equipo educativo. Un Dpto. Orientación con PTSC, que haga seguimiento del alumnado. Centros con ratios reducidas, con grupos flexibles, donde se trabajen contenidos transversales como la convivencia, educación emocional, alumnado mediado, apoyo entre iguales, etc.

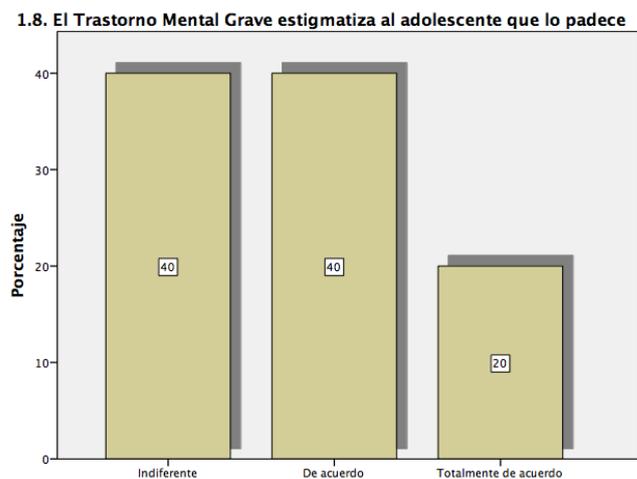
Recursos personales	Hábitos de trabajo consolidados y motivación por el estudio. Buena capacidad cognitiva Motivación escolar, capacidad de resiliencia, habilidades sociales, motivación, interés por los estudios, tener una meta vital. Nivel de autoestima. Asistencia regular al centro educativo.
Coordinación y seguimiento estrecho entre ámbito educativo y ámbito clínico, ya que la interacción entre ellos se convierte en un elemento fundamental de protección.	Es necesario trabajar desde una perspectiva integral, familiar, social, educativa y sanitaria. Ayudas sociales.
Agresividad de la enfermedad	Cómo evolucione la enfermedad
	Experiencias de éxito escolares previas

Hemos encontrado un gran paralelismo en la información recogida con ambas técnicas metodológicas. No obstante, nos parece interesante reseñar de qué manera en las entrevistas ha resaltado más el tipo de trastorno y cómo este influye en el modelo de interacción del alumnado, mientras que en los cuestionarios han resaltado aspectos relacionados con las experiencias previas de éxito académico, elemento que no hemos podido observar en las entrevistas. Resaltaremos también como en los casos hemos encontrado que un 61.11% de los alumnos/as con TMG tiene mala vinculación con el instituto en el que está escolarizado/a.

Los datos que obtenemos en esta parte indagadora de la investigación, mostrados en la tabla que les mostramos, serán un punto de partida para indagar en el capítulo seis sobre los factores de protección que tiene un alumno con TMG con respecto al ámbito educativo. Tendremos ocasión de profundizar en ello.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 8: ¿Qué piensas de esta frase?, el trastorno mental grave estigmatiza al adolescente que lo padece.

Figura 52
Gráfico 1.8.



Un 60% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación, y un 40% se posiciona en la mitad de la escala de opinión, por lo que no se han recogido contestaciones en contra. Si nos fijamos en la información recogida en las entrevistas encontramos que los miedos a mostrar la enfermedad está implícito en

muchas de las familias. Hay familias que asumen ese papel estigmatizante de la enfermedad y en lugar de normalizarla la viven con angustia y miedo. El miedo es algo que no solo está presente en las familias de los alumnos/as que tienen algún trastorno mental grave, sino que es algo que se puede apreciar en muchas ocasiones en los propios alumnos/as. Miedo a que lo sepan sus compañeros de clase, miedo a sentirse juzgados y miedo a no sentirse comprendidos. No en vano, la adolescencia es un periodo en el que lo grupal, la referencia de los iguales adquiere un papel fundamental en la socialización de un adolescente, por lo que el rechazo de los iguales adquiere especial importancia en esta etapa evolutiva.

Recordemos que en las entrevistas recogíamos información referente a cómo el desconocimiento del trastorno mental lleva a familias, alumnos/as y profesores a no saber cómo situarse ante él y cómo intervenir, por lo que veíamos como elemento fundamental para incorporar a las propuestas el trabajo la sensibilización y prevención en los institutos de secundaria sobre el trastorno mental y por defecto, sobre la salud mental así como el trabajo con el propio alumno/a que padece trastorno mental desde un contexto terapéutico apropiado con la mayor antelación posible. Esto nos remite a la necesidad de trabajar desde la detección

precoz a edades tempranas.

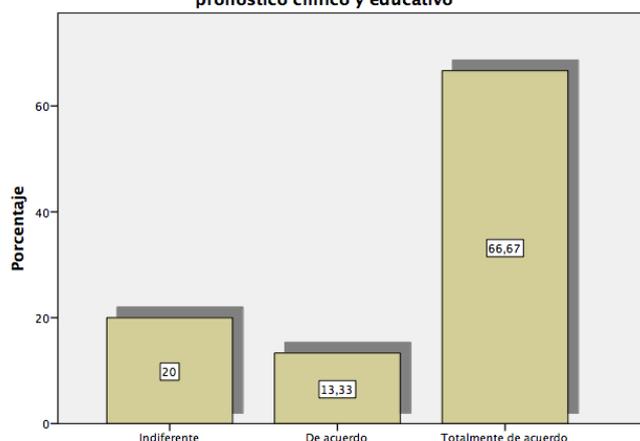
Pero si volvemos la mirada al cuestionario podríamos ver que no se observa en ellas una relación estadísticamente significativa entre la capacidad estigmatizante del TMG y la falta de formación específica por parte del profesorado. Pese a ello, encontramos que un 69.3% del profesorado que considera que el TMG estigmatiza al adolescente considera también que el profesorado de secundaria necesita más formación específica al respecto. Por lo que en el cuestionario encontramos elementos comunes con el discurso construido de las entrevistas entorno al desconocimiento por parte del profesorado y las dificultades que estos tienen para trabajar con alumnos/as con TMG.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 9: ¿La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo?

Figura 53

Gráfica 1.9.

1.9. La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo



Un 80% de las respuestas están de acuerdo o totalmente de acuerdo en afirmar que la detección precoz del TMG permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo. Respuestas que enlazan con las conclusiones de la pregunta anterior. Pero ¿podríamos decir que los colegios e institutos son los lugares apropiados para

establecer mecanismos de detección precoz del trastorno mental? Ya decíamos anteriormente que sin valorar las dificultades que conllevaría y mirándolo de una manera aséptica y meramente teórica tendríamos que decir que sí.

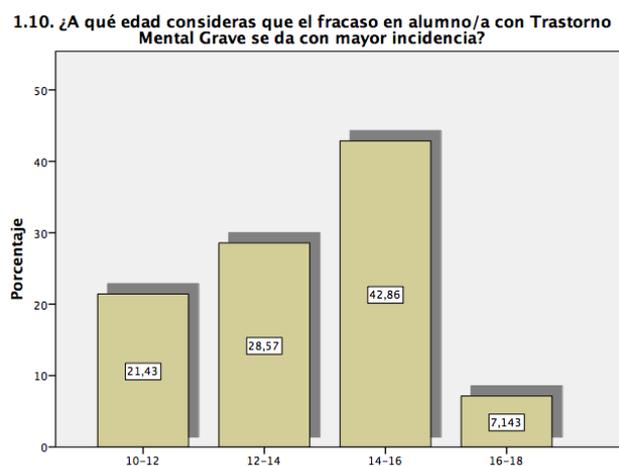
Pero en cualquier caso, nos ha parecido especialmente interesante la significación estadística que hemos encontrado entre la importancia de detectar precozmente al alumno/a con TMG y la ausencia de programas de prevención en salud mental dentro del ámbito

educativo, ya que esto nos da la pista de la relevancia que adquiere la intervención de manera específica dentro del contexto educativo desde ámbitos de prevención universal y específica. Retomaremos este aspecto en las conclusiones para cruzarlo con el marco teórico.

Y por último, hemos encontrado relación significativa entre la detección precoz del TMG y la falta de formación específica del profesorado para trabajar con esta población, siendo este un elemento que también hemos podido destacar en el discurso construido con las entrevistas a la hora de explorar y reflexionar sobre la detección precoz.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 10: ¿A qué edad consideras que el fracaso en alumnos/as con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia, entre los 10-12; 12-14; 14-16 ó 16-18?

Figura 54
Gráfica 1.10.



Por orden de elección vemos como el rango comprendido entre los 14 y 16 años es elegido por un 42.86%, entre 12 y 14 un 28.57%, entre 10 y 12 un 21.43%. Por lo que podemos apreciar un reparto en la elección y gran dispersión en las respuestas. Al comparar estos datos con las respuestas recogidas en las entrevistas obteníamos

conclusiones muy homogéneas, ya que también las entrevistadas señalaban diferentes rangos de edad y cómo cada uno de los rangos tiene sus propias dificultades. En lo que encontramos absoluta coincidencia es en dejar a un lado el rango de edad comprendido entre los 16 y 18 años. La explicación podría estar en que si la enfermedad aparecen a esas edades los logros, la consolidación de hábitos académicos y éxitos precedentes proporcionan al alumno/a de un colchón capaz de amortiguar el impacto que el trastorno mental pueda tener en el ámbito educativo del alumno/a, por lo que las posibilidades de éxito académico crecen notablemente.

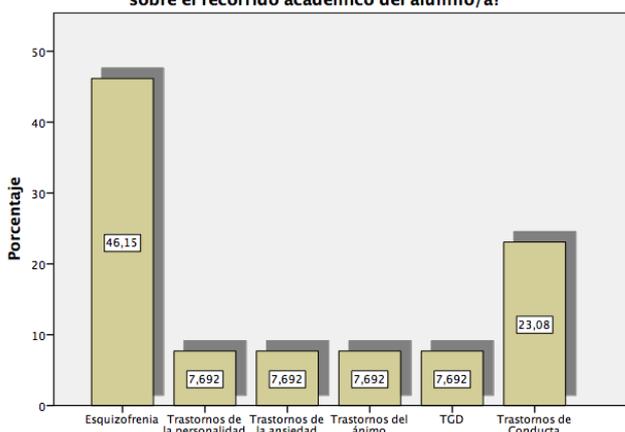
Y como ya decíamos en el análisis de la pregunta en el contexto de las entrevistas, entre los 10 y los 16 años, es decir, entre la pre-adolescencia y los primeros años de la adolescencia, será la etapa educativa de un alumno/a con trastorno mental grave que más dificultades conlleva y por lo tanto que más riesgo de fracaso escolar lleve asociado.

Dimensión 1: Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo del menor. Pregunta 11: ¿Qué trastorno mental consideras que afecta más negativamente sobre el ámbito educativo del alumno/a?

Figura 55

Gráfica 1.11.

1.11. ¿Qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a?



Como pueden observar un 46.15% de las respuestas han optado por la esquizofrenia, un 23.08% por los trastornos de conducta y el resto se reparte de manera homogénea entre trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos del ánimo.

Tomaremos con mucha precaución los datos ya que la muestra es pequeña, pero sí que consideramos que se tratan de datos indicativos, siendo estos coincidentes con los datos obtenidos a través de las entrevistas. Recordaremos que las entrevistadas reflexionaron fundamentalmente sobre la psicosis y los trastornos de conducta.

La afectación o impacto en el ámbito educativo es muy diferente en cada uno de ellos pero vienen a convertirse en trastornos paradigmáticos para entender el impacto de la enfermedad mental en el ámbito educativo, ya que serán las manifestaciones más extremas de los dos grandes tipos de dificultades que los alumnos con TMG pueden tener para enfrentarse con éxito al ámbito educativo:

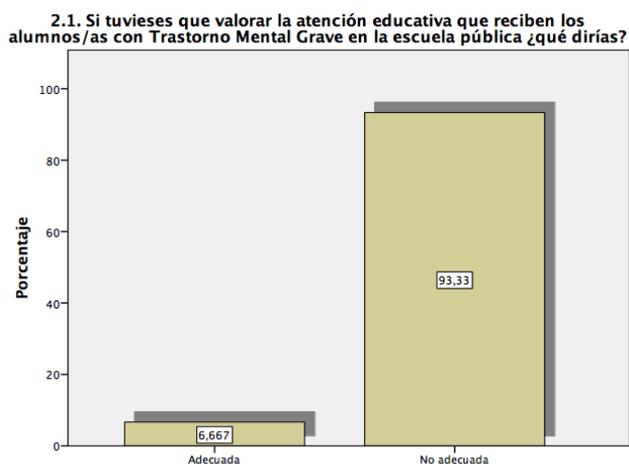
- Problemas cognitivos representados por la psicosis. Puede producir un deterioro cognitivo muy importante.

- Trastornos de conducta, que generan problemas de relación, adaptación y adecuación al contexto. El conflicto y el rechazo se convierten en un riesgo altísimo para este tipo de alumnado que dificulta enormemente las posibilidades de éxito académico.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 1: Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con trastorno mental grave en la escuela pública ¿qué dirías?

Figura 56

Gráfica 2.1.



Se trataba de una pregunta abierta, por lo que la gráfica corresponde a la categorización de las respuestas y podemos ver de qué manera las respuestas se focalizan en que un 93.3% señala que la atención que reciben el alumnado con TMG en la escuela pública no es adecuada.

Pese a lo categórico de la afirmación, detrás de ella podremos encontrar algunos matices que nos ayudarán a desarrollar esta fotografía tan estática. Para ello hemos confrontado las respuestas abiertas obtenidas en el cuestionario con las respuestas obtenidas en las entrevistas. Podrán observar que la coincidencia es muy grande y que tanto profesores/as como coordinadoras han reflexionado sobre las mismas categorías de análisis. Por lo que podríamos proponer lo que sería el marco general en el que depositar el acento para crear contextos educativos adecuados y ajustados a las necesidades del alumnado TMG. Los centros educativos, para trabajar con alumnado con TMG deberían contar:

- Mayor apoyo institucional, tanto de la Comunidad de Madrid como de los Equipos Directivos.
- Más recursos específicos y generales para definir modelos de trabajo con alumnos/as

de necesidades específica de manera integrada en el centro.

- Mayor y mejor formación para el profesorado para trabajar con alumnado con trastorno mental.
- Más trabajo de sensibilización y formación a la comunidad educativa sobre el trastorno mental.

Tabla 54

Relación entrevista-cuestionario 2.1.

Entrevista	Cuestionario
Mayor apoyo institucional, tanto de la Comunidad de Madrid como de los Equipos Directivos.	No se disponen de los recursos (materiales y personales) adecuados. Se necesitaría más personal en los departamentos de orientación.
Más recursos específicos y generales para definir modelos de trabajo con alumnos/as de necesidades específica de manera integrada en el centro.	Los recursos con los que cuentan los institutos no da la posibilidad de realizar una atención personalizada. Se les encasilla en patrones comunes queriendo imponerlos normas de conducta y pedagógicas que deben aprender a hacer y no se tiene en cuenta la peculiaridad de cada sujeto y su propia particularidad. También tendría que haber una organización distinta. No todos los alumnos con TMG forman parte del programa de alumnos con necesidades educativas especiales.
Mayor y mejor formación para el profesorado para trabajar con alumnado con trastorno mental	Hace falta más información al profesorado sobre la enfermedad mental. Los docentes no están preparados para manejar estas situaciones.
Más trabajo de sensibilización y formación a la comunidad educativa sobre el trastorno mental.	El profesorado, primer agente en tener contacto académico con los alumnos/as con TMG, no tienen la formación ni la información necesaria para detectar. No siempre se detectan con facilidad. En ocasiones pasan desapercibidos.

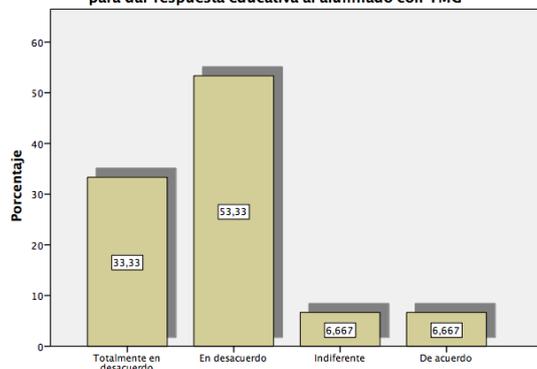
Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 2: ¿Los institutos de secundaria están adaptados para dar respuesta educativa al alumnado con trastorno mental grave?

Figura 57

Gráfico 2.2.

Un 86.66% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en afirmar que los institutos de secundaria estén adaptados para dar respuesta educativa al alumnado con trastorno mental grave, lo que en gran medida viene a

2.2. Los institutos de enseñanza secundaria públicos están preparados para dar respuesta educativa al alumnado con TMG



coincidir con las respuestas de la pregunta anterior. Un 6.67% se sitúa en la mitad de la escala Likert y un 6.7% se manifiesta de acuerdo. Por otro lado, también encontramos similitud en las respuestas obtenidas a través de los cuestionarios y de las entrevistas, en las que todas las coordinadoras afirmaban que los institutos no estaban adaptados para dar atención adecuada al alumnado con TMG. Los porqué se centran fundamentalmente en:

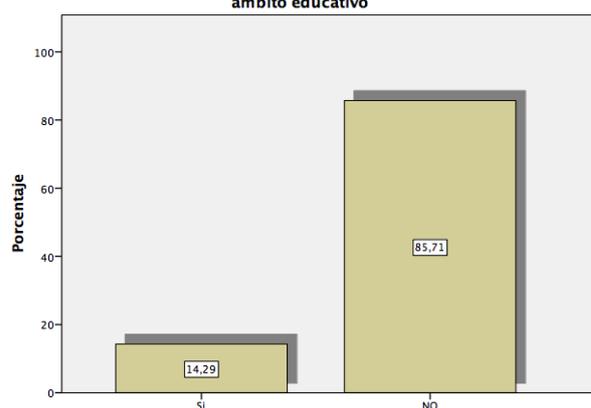
- Dependía del grado de la enfermedad y de la tipología de la enfermedad.
- Falta de apoyo institucional que deriva en falta de recursos, fundamentalmente humanos.
- Falta de especialización.
- Desconocimiento del trastorno mental por parte de la comunidad educativa, especialmente del profesorado que deriva en falta de empatía y malas praxis educativas.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 3: ¿Conoces algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo? ¿cuál?

Figura 58

Gráfico 2.3.

2.3. Conozco algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo



Un 85.71% no conoce ningún programa de prevención de salud mental dentro del ámbito educativo. En el caso de las dos respuestas que afirman sí conocerlos, cuando exploramos la repregunta abierta que les formulábamos observamos que más que referirse a programas específicos de

prevención en salud mental se están refiriendo a prácticas concretas en algún instituto desde el departamento de orientación. En este sentido también podríamos preguntarnos sobre los proyectos educativos que los institutos realizan y cómo estos facilitan o no la puesta en

marcha de prácticas preventivas relacionadas con la salud mental, pero tendremos ocasión de hablar de ello en el análisis de las preguntas 2.4. y 2.10.

Por otro lado, las respuestas obtenidas en las entrevistas coinciden con los cuestionarios ya que las entrevistadas no conocen ningún programa de prevención en salud mental dentro del contexto educativo. En cuanto a los matices también parecen ser coincidentes con las entrevistas, ya que reflexionan sobre la dificultad de los departamentos de orientación para llevar a cabo programas de prevención en temas tan específicos. Los motivos se centran fundamentalmente en la falta de tiempo, profesionales y formación específica. Los institutos podrían ser un contexto adecuado para el diagnóstico. Pero para poder realizar esa función hacen falta recursos de los que actualmente se carecen.

Señalarán la importancia de trabajar a nivel preventivo desde la sensibilización en alumnado y profesorado. Por último indicamos, como ya hicimos en la pregunta 1.9., que existe relación entre la detección precoz del alumnado TMG y la ausencia de programas de prevención en salud mental dentro de los institutos de secundaria.

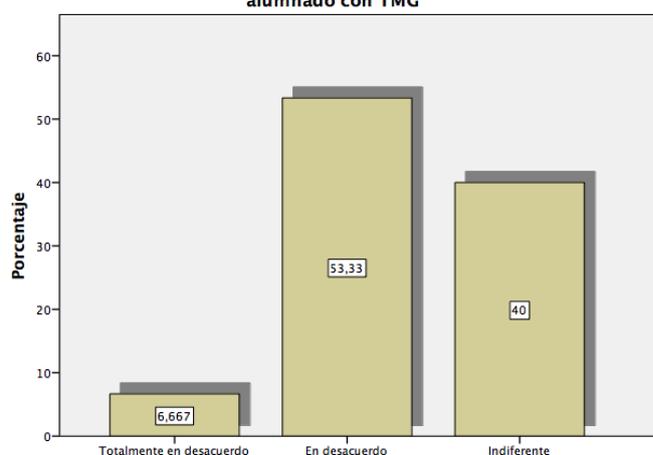
Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 4: ¿La escuela integra o excluye al alumnado con Trastorno Mental Grave?

Figura 59
Gráfico 2.4.

Podemos observar como un 60% de los encuestados responden que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo en afirmar que en los institutos se incluye al alumnado con TMG. Un 40% se muestra en la mitad de la escala. No se obtiene ninguna

respuesta en contra. La interpretación que hacemos con respecto al 40% que se muestra

2.4. Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con TMG



indiferente es que le hemos ofrecido dos conceptos antagónicos y extremos, por lo que interpretaremos ese 40% como una posición en la que sería necesario explicar y profundizar en los matices que el cuestionario no permite. Y es aquí donde adquieren valor las entrevistas. Éstas se han posicionado en la misma proporción que el cuestionario, y han venido a coincidir en tres de las respuestas al señalar que la escuela, los institutos son excluyentes con el alumnado TMG. Las otras dos respuestas han señalado que observan como se producen los dos efectos, el de exclusión y el de inclusión. Y esto dependerá de:

- El proyecto pedagógico y la intención educativa del centro. Si en su identidad pedagógica se acercan o se alejan de la inclusión como concepto indentitario.
- Predisposición y actitud del equipo directivo.
- Falta de preparación del profesorado, tanto formativa como personal, para trabajar con alumnado TMG.
- Miedo derivado del desconocimiento.

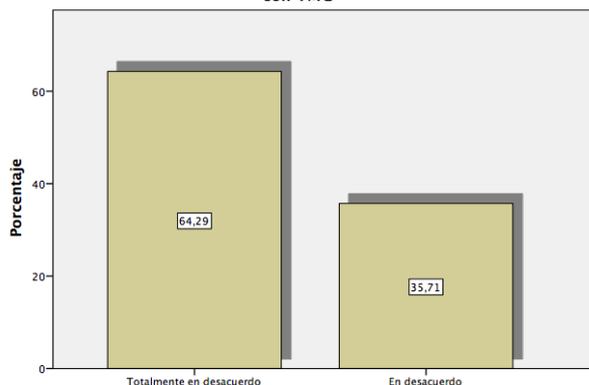
Volvemos a señalar, como ya hicimos en la pregunta 1.2., que existe una relación estadísticamente significativa entre el fracaso escolar y el nivel de integración del alumnado. Por otro lado, también analizamos ya en la pregunta 1.5., cómo existía relación significativa entre el nivel de inclusión del centro y las dificultades de convivencia que los alumnos/as TMG encuentran en sus centros.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 5: ¿El profesorado tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave?

El 100% de las respuestas considera que el profesorado no tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con TMG. En este sentido poco más podemos matizar al respecto. Pero contrastemos la información con las entrevistas.

Figura 60
Gráfico 2.5.

2.5. El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria tiene herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado con TMG



Las informantes entrevistadas también coinciden en señalar que el profesorado no tiene herramientas metodológicas. Los únicos profesionales que por proximidad tienen más recursos para trabajar con alumnado TMG sería el departamento de orientación, pero esto no resulta suficiente para cubrir el grado

de intensidad que la atención de este alumnado requiere. Los elementos que podríamos señalar como necesarios para mejorar en este aspecto serían:

- Adquisición de habilidades y herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado TMG. Esto nos remite de nuevo a la formación.
- Falta de tiempo. Lo que nos remite a la necesidad de más recursos humanos.
- Componentes actitudinales en el profesorado. Esto nos remitiría a la necesidad de no solo formar, sino también de sensibilizar al profesorado.
- Responsabilidad de la administración educativa para facilitar recursos y formación.

Por lo que volveremos a señalar que la atención a alumnado TMG se ha convertido en un campo de trabajo pedagógico emergente que reclama más atención, más recursos y mayor sensibilidad por parte de la comunidad educativa.

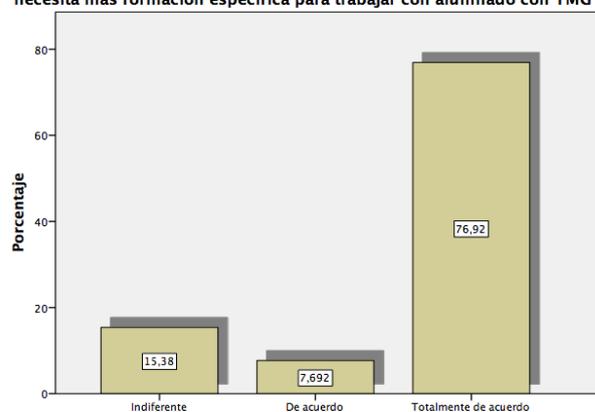
Por último recordamos, como ya hicimos en la pregunta 1.2., que existe relación estadísticamente significativa entre el fracaso escolar del alumnado TMG y si el profesorado tiene herramientas metodológicas para trabajar con este alumnado.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 6: ¿El profesorado necesita mayor formación específica para trabajar con esta población?

Figura 61

Gráfico 2.6.

2.6. El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria necesita más formación específica para trabajar con alumnado con TMG



En la misma línea de la pregunta precedente podemos observar cómo un 84.6% está totalmente de acuerdo o de acuerdo en señalar que el profesorado necesita mayor formación específica para trabajar con alumnado TMG, y un 15.38% se muestra en la mitad de la escala, por lo que no hemos

encontrado ninguna respuesta en contra.

En el caso de las entrevistas hemos obtenido respuestas muy similares, por lo que todas han venido a coincidir en afirmar que el profesorado necesita más formación para trabajar con alumnado TMG. Los motivos por los que necesitan más formación están relacionados con dos aspectos fundamentales:

- Desconocimiento generalizado sobre el trastorno mental en el profesorado.
- La atención especializada que este alumnado necesita dentro de una visión inclusiva de la educación.

Partiendo de la base de que sí necesitan más formación, encontramos que esta seguiría tres caminos diferentes y complementarios:

- En el master de formación del profesorado.
- Formación continua del profesorado.
- Iniciativa personal.

Por último señalaremos, ya lo hicimos en la pregunta 1.8., que apreciamos relación entre la visión del TMG como algo estigmatizante y que el profesorado necesite mayor formación específica. Por otro lado también encontramos relación estadísticamente

significativa entre la necesidad de detectar precozmente al alumnado con TMG y la necesidad de mayor formación específica por parte del profesorado, cosa que por otro lado también hemos encontrado en las entrevistas.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 7: ¿Consideras que hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave?

Figura 62

Gráfico 2.7.



Un 92.86% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo al afirmar que no hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado TMG. Un 7.14% se sitúa en la mitad de la escala, por lo que no obtenemos ninguna respuesta en contra. Al contrastar los datos obtenidos a través del

cuestionario con los datos obtenidos a través de las entrevistas observamos que las respuestas son coincidentes, ya que las entrevistas también señalan que hay una clara falta de recursos humanos.

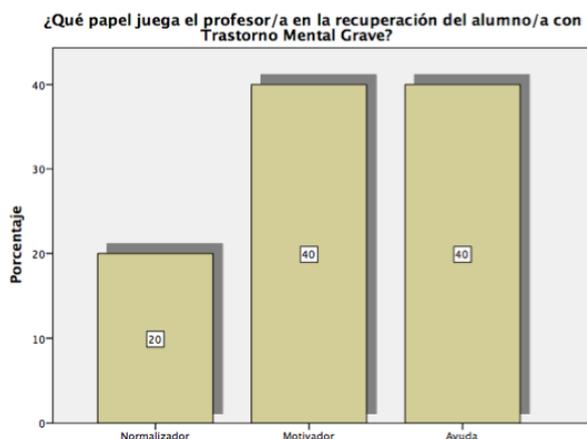
Recogiendo los elementos más importantes que las entrevistas nos han ofrecido al respecto destacaremos que:

- Existe un olvido por parte de la administración.
- Se trata de un alumnado que necesita atención específica, ya que su situación clínica les pone en un punto de especial dificultad y vulnerabilidad educativa y social.
- Necesitan atención de profesionales especializados y no solo la atención parcial del departamento de orientación.
- Necesidad de prácticas pedagógicas que se alejen de la clase magistral ya que no solo no cubren sus necesidades sino que facilitan la generación de problemas derivados de

la mala atención.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 8: ¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave?

Figura 63
Gráfico 2.8.



Se trataba de una pregunta abierta, por lo que hemos categorizado las respuestas obteniendo tres categorías diferentes. Observamos que un 40% considera que el papel del profesor en la recuperación del alumnado TMG es de ayuda, otro 40% considera que motivador y un 20% considera

que el papel es de normalizador. Dado que contamos con las respuestas íntegras realizaremos un contraste con las entrevistas más extenso para poder ver así los detalles que los entrevistados nos han aportado:

Tabla 55
Relación Entrevista-Cuestionario 2.8.

Entrevista	Cuestionario
Papel de referencia y conexión con elementos de normalidad educativa y social.	El profesor procura, en los momentos en los que está con el alumno, que todo sea lo más normalizado posible. El ámbito educativo es fundamental como factor normalizador, es un medio de integración social y de desarrollo de habilidades consolidando normas y hábitos.
	El profesorado podría influir positivamente en la recuperación del alumno a través del refuerzo positivo. Puede proveer situaciones de éxito para los alumnos.
	Puede proporcionarle un espacio estable, saludable y estimulante.
	Responsable de las adaptaciones metodológicas necesarias para la consecución de logros académicos.
El trabajo desde lo vincular con alumnado con trastorno mental grave se convierte en una herramienta fundamental.	Debe trabajar desde la vinculación. Como agente principal en mantener contacto con el alumno con TMG, es el que tiene que trabajar más íntimamente y ver el desarrollo del trabajo realizado y a realizar.
	Le puede ayudar y a animar a continuar con su formación académica.

Como podrán observar en las entrevistas básicamente han sido dos las categorías sobre las que han pivotado el discurso de las informantes entrevistadas, a saber:

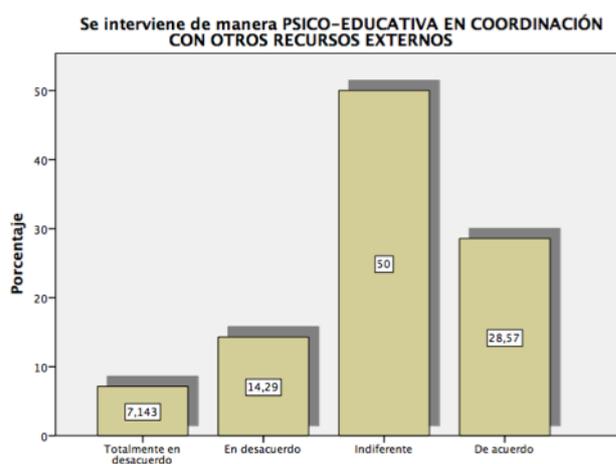
- Referente de normalidad .
- Vinculación.

Entorno a estas dos categorías hemos estructurado las respuestas que las entrevistas nos han ofrecido y podríamos decir que encajan semánticamente. En este caso hemos prescindido de la categoría ayuda, ya que hemos considerado que estaba implícita en las dos categorías ya utilizadas.

Por último destacaremos, algo que ya hemos hecho en la pregunta 1.6., que hay una relación estadísticamente significativa entre mantener a un alumno/a TMG vinculado a contexto educativo y el papel que el profesor/a tiene en la recuperación académica y terapéutica del alumno/a.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 9: Cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave, ¿se interviene de manera psico-educativa o se deriva a recursos especializados?

Figura 64
Gráfico 2.9.1.



En esta primera gráfica podemos observar que un 50% de las contestaciones se muestra en la mitad de la escala y un 21.43 % totalmente en desacuerdo o en desacuerdo en considerar que en los institutos se interviene de manera psico-educativa a la hora de intervenir con alumnado TMG. Por

lo que solo un 28.57% considera que se interviene psico-educativamente en el trabajo con alumnado con TMG.

Figura 65
Gráfico 2.9.2.



Lo interesante es observar que al preguntar si la intervención es derivando a un recurso especializado no encontramos ninguna opinión en contra, un 28.57% se sitúan en la mitad de la escala y un 71.43% están de acuerdo o totalmente de acuerdo en afirmar que en los institutos se interviene derivando a

un recurso especializado cuando se detecta un alumno/a con TMG.

Analizar estas dos preguntas como si de una sola se tratase resultaría un tanto confuso, ya que consideramos que una no excluye necesariamente a la otra. Pero veamos cuáles fueron las contestaciones de las entrevistadas.

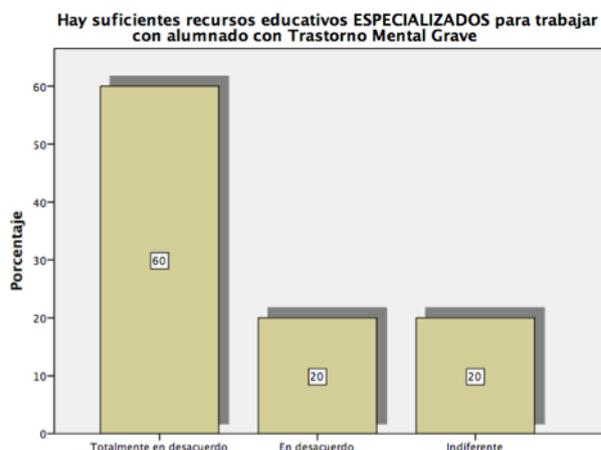
En las entrevistas fundamentalmente hemos encontrado que en gran medida todo dependerá del nivel de gravedad en el que esté el alumno/a. Cuando los casos son graves las respuestas coinciden en señalar que lo más habitual es realizar una derivación a un recurso especializado por lo que las práctica psico-educativas serían las menos frecuentes. Las causas señaladas han sido:

- Desconocimiento de trastorno mental por parte de profesorado y alumnado que deriva en inseguridad por parte de los centros para realizar intervenciones adecuadas.
- Falta de formación en el profesorado a la hora de definir las respuestas de los centros.
- Falta de profesorado especializado.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 10: ¿Hay suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave?

Figura 66

Gráfico 2.10.



Un 80% está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo en afirmar que haya suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado TMG y un 20 % se sitúa en la mitad de la escala. Por lo que no hemos obtenido ninguna respuesta en contra.

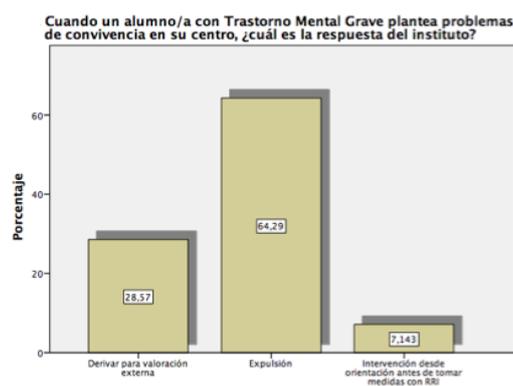
Analizando las respuestas obtenidas en las entrevistas podemos observar que todas las respuestas coinciden en señalar que sí harían falta más recursos especializados para la atención a alumnado TMG. La Comunidad de Madrid cuenta con los CET como recurso especializado, pese a todo el número de plazas no cubre la demanda existente, especialmente en el caso de Educación Primaria. Una de las preguntas que nos hicimos al inicio de este texto fue si sería necesario crear nuevos CET o habría que explorar otras alternativas metodológicas que permitiesen atender el trabajo tan especializado que este alumnado requiere. Tal vez así se podrían optimizar los recursos existentes y cubrir la demanda que por parte de la comunidad educativa cada vez es más evidente.

Dimensión 2: Respuesta del ámbito educativo al alumnado con Trastorno Mental Grave. Pregunta 11: Cuando un alumno/a con Trastorno Mental Grave plantea problemas de convivencia en su centro, ¿cuál es la respuesta?

Figura 67

Gráfico 2.11.

Se trata de una pregunta abierta, por lo que los datos que les mostramos del cuestionario responde a una categorización de las respuestas. Observamos como



un 64.29% responde en la línea de que lo más habitual son las expulsiones y exclusión del centro, un 28.57% opinan que lo más habitual es derivar a un recurso externo para que se realice una valoración y un 7.14% consideran que se interviene aplicando el reglamento de régimen interno sin tener en consideración la condición de trastorno mental. En cualquier caso ninguna de ellas nos habla de que haya un intervención desde dentro del centro que incida un trabajo inclusivo y adaptado a las dificultades del alumnado TMG. Dado que podemos contar con la riqueza de las respuestas abiertas en el cuestionario, triangularemos esta con la información recogida en las entrevistas para valorar en qué medida vienen a ser coincidentes.

Tabla 56

Relación entrevista-cuestionario 2.11.

Entrevista	Cuestionario
Contención	Derivación a Salud Mental para que se realice valoración y diagnóstico. A veces el equipo de orientación también actúa en este tipo de casos y si deciden que es un caso con el que no pueden actuar con los recursos que disponen, se busca ayuda externa al centro.
	Intervención combinada en la que se deriva a recurso especializado y se trabaja desde el departamento de orientación con el alumno y la familia. Los centros ante situaciones graves, piden ayuda a otros recursos, pero generalmente tarda en llegar; y mientras tanto ponen en marcha todos los recursos humanos disponibles (Orientadora, PTSC, profesor de guardia...) y muchas veces superados por la situación el alumno va sumando expulsiones.
Expulsión	Generalmente, la expulsión temporal, y en algunos casos definitiva. En primer lugar el alumno es expulsado del aula, y de ser muy grave, del centro. Se aplica el RRI.

En las entrevistas eran dos las categorías que señalábamos, contención y expulsión. Lo interesante es señalar que en el fondo se trata de un *continuum* en el que la contención será el primer paso a dar en los centros para atender un alumno/a TMG que ha generado conflicto en la convivencia del centro y cuando de esta no se obtienen resultados positivos se pasa a la expulsión. Es decir, coincide con la información recogida en los cuestionarios, ya que ninguna de las respuestas de ninguna de las técnicas metodológicas señalan que haya algún tipo de intervención en un nivel previo a la contención. Volvemos a evidenciar que ninguno de los informantes señala la práctica de planteamientos educativos psico-educativos e inclusivos.

Capítulo 5. Hipótesis 2. La población escolar con TMG presenta mayor abandono escolar temprano que el resto de la población escolar¹⁶

5.1. Introducción

El marco teórico que corresponde a esta parte de la investigación podrán encontrarlo en el capítulo dos. Será en dicha sección donde reflexionemos teóricamente sobre el concepto de Abandono Escolar Temprano y en qué términos se relaciona con el TMG. Recogiendo toda esta información, encontramos datos que nos llevan a evidenciar la relación entre trastorno mental y la obtención de buenos o malos resultados académicos (Lereya et al., 2019; Simson et al., 2021). Por otro lado, se trata de una de las conclusiones a las que llegábamos en el capítulo cuatro. Los datos nos mostraban que el alumnado con TMG sobre el que habíamos realizado el estudio, así como la información obtenida en el cruce y triangulación con la información obtenida a través de entrevistas y cuestionario, podría presentar mayores índices de abandono escolar temprano que el resto de la población. Es así que nos hemos planteado como hipótesis de trabajo para esta sección de nuestro trabajo investigativo que *el alumnado con TMG tiene mayor índice de abandono escolar temprano que el resto del alumnado*. De nuestra hipótesis de trabajo se desprenden los siguientes objetivos de trabajo:

1. Estimar el porcentaje de población con TMG que presenta abandono escolar temprano en una muestra dada.
2. Estimar el porcentaje de población con TMG que accede a un empleo de trabajo en una muestra dada.
3. Estimar la relación entre acceso al mundo laboral y el nivel de estudios adquiridos en alumnado con TMG.

¹⁶ Esta parte de la investigación está recogida y publicada en formato artículo, revista Culture and Education, <https://doi.org/10.1080/11356405.2020.1859736>

Tabla 57*Relación pregunta-hipótesis 2-objetivos generales-objetivos específicos-publicación-capítulo*

Pregunta	Hipótesis	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Publicación
¿Qué impacto tiene el Trastorno Mental Grave sobre el ámbito educativo de un adolescente?	2. La población escolar con Trastorno Mental Grave presenta mayor fracaso escolar que el resto de la población escolar.	2.1. Valorar el impacto que tiene el Trastorno Mental Grave en la escolaridad de un adolescente en términos de abandono escolar temprano.	2.1.1. Estimar el porcentaje de población con TMG que presenta abandono escolar temprano en una muestra dada. 2.1.2. Estimar el porcentaje de población con TMG que accede a un empleo de trabajo en una muestra dada. 2.1.3. Estimar la relación entre acceso al mundo laboral y el nivel de estudios adquiridos en alumnado con TMG.	Culture and Education

5.1.1. Participantes

La población objeto de estudio ha sido alumnado egresado con TMG que ha recibido atención clínica y educativa integral en un centro especializado de la Comunidad de Madrid entre los años 2010 y 2014. La selección de la muestra se ha realizado a través de un muestreo no probabilístico intencional (Sánchez-Romero, 2003). Hemos contado con la selección de estudiantes que tenían una desvinculación con el centro de al menos 5 años. Las edades de todos los participantes han estado comprendidas entre los 18 y los 24 años de edad, momento en el que se puede estimar si el participante se encontraba o no en condición de abandono escolar temprano. Para entender los límites conceptuales del concepto abandono escolar temprano les remitimos al capítulo dos, encontrarán qué hemos entendido por abandono escolar temprano y cómo hemos utilizado su significado.

5.1.2. Procedimiento

Dentro de la práctica rutinaria de la revisión de expedientes y seguimiento longitudinal de aquellos alumnos y alumnas que estuvieron ingresados en un centro especializado para el trabajo clínico y educativo con alumnado que presenta TMG de la Comunidad de Madrid, los profesionales de este centro proceden a la recogida de datos y archivo de expediente con una periodicidad de cinco años. En este contexto se desarrolla la recogida de información.

A lo largo del curso 2017-2018 y 2018-2019 se realiza el trabajo de campo en el que se cumplimentan todos los cuestionarios utilizados. Para ello se contacta telefónicamente con

las familias de los alumnos y alumnas egresados que cumplen las características citadas y se les pide permiso para realizar las seis preguntas que conforman el cuestionario. Se informa de que los datos obtenidos serán usados para la elaboración de informes de carácter interno así como de la elaboración de posibles investigaciones. Se obtiene el consentimiento informado de todos ellos.

5.1.3. Diseño de Instrumentos

Nuestra investigación responde a un modelo investigativo ex-post-facto (Gil, 2018) para el que hemos construido un cuestionario ad-hoc. Establecida la hipótesis de trabajo y los objetivos de investigación se procedió a definir las variables a medir así como las preguntas que recogerían la información pertinente. Para ello hemos utilizado 2 variables cualitativas nominales dicotómicas -*sexo* y *tipo de trastorno*- y una variable cuantitativa de razón -*edad*- extraídos de los datos contenidos en los expedientes del alumnado como variables independientes. Junto a estos items se formularon seis preguntas como variables cualitativas, dos de ellas nominales politómicas cerradas, dos preguntas abiertas como variables nominales que posteriormente fueron categorizadas y dos ordinales en escala Likert con valores comprendidos entre el 1 y el 5. Posteriormente procedimos a analizar la consistencia interna a través del alfa de Cronbach con una aplicación piloto de 18 casos. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0. Al obtener un valor de .826 entendemos que el instrumento es válido y procedemos a su utilización:

Tabla 58
Estadísticos de fiabilidad

<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Nº de elementos</i>
.826	9

Tabla 59*Estadísticos total-elemento*

	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Edad	24.0000	98.000	1.000	.770
Sexo	43.5000	112.500	1.000	.803
¿Qué haces actualmente?	41.5000	84.500	1.000	.744
Si estudias, ¿qué estudias?	41.0000	50.000	1.000	.777
¿Qué valoración haces de tus estudios?	41.0000	98.000	1.000	.770
Si trabajas, ¿en qué estás trabajando?	42.0000	162.000	-1.000	.917
¿Qué valoración haces de tu trabajo?	40.5000	112.500	1.000	.803
Los estudios que he terminado son	42.5000	84.500	1.000	.744
Tipo de trastorno	44.0000	128.000	.000	.839

5.1.4. Análisis de datos

Una vez comprobado la homocedasticidad y el grado de normalidad de las variables podemos observar que no encontramos normalidad ni diferencia en las varianzas de todas ellas, por lo que decidimos trabajar con las variables a través de estadísticos no paramétricos. Para analizar la comprobación de la normalidad hemos utilizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov y para la homocedasticidad la prueba de Levene utilizando como factores las variables *sexo* y *tipo de trastorno*:

Tabla 60*Pruebas de normalidad, variable independiente sexo*

	<i>Sexo</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	Hombre	.164	40	.008	.950	40	.077
	Mujer	.208	27	.004	.911	27	.024
¿Qué haces actualmente?	Hombre	.236	40	.000	.834	40	.000
	Mujer	.246	27	.000	.840	27	.001
Si estudias, ¿qué estudias?	Hombre	.175	15	.200*	.950	15	.528
	Mujer	.283	13	.006	.873	13	.058
¿Qué valoración haces de tus estudios?	Hombre	.311	15	.000	.772	15	.002
	Mujer	.505	13	.000	.446	13	.000
Si trabajas, ¿en qué estás trabajando?	Hombre	.289	16	.001	.859	16	.018
	Mujer	.227	12	.088	.831	12	.022

¿Qué valoración haces de tu trabajo?	Hombre	.271	16	.003	.818	16	.005
	Mujer	.222	12	.105	.847	12	.033
Los estudios que he terminado son	Hombre	.275	40	.000	.742	40	.000
	Mujer	.348	27	.000	.759	27	.000

Tabla 61

Prueba de homogeneidad de la varianza, variable independiente sexo

		<i>Estadístico de Levene</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
Edad	Basándose en la media	.113	1	65	.738
¿Qué haces actualmente?	Basándose en la media	.086	1	65	.771
Si estudias, ¿qué estudias?	Basándose en la media	.330	1	26	.571
¿Qué valoración haces de tus estudios?	Basándose en la media	10.799	1	26	.003
Si trabajas, ¿en qué estás trabajando?	Basándose en la media	.834	1	26	.369
¿Qué valoración haces de tu trabajo?	Basándose en la media	.003	1	26	.954
Los estudios que he terminado son	Basándose en la media	.480	1	65	.491

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 62

Pruebas de normalidad, variable independiente tipo de trastorno

	<i>Tipo de trastorno</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
		<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	<i>Estadístico</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Edad	Internatilizante	.155	37	.025	.927	37	.018
	Externalizante	.177	30	.017	.944	30	.116
¿Qué haces actualmente?	Internatilizante	.208	37	.000	.845	37	.000
	Externalizante	.235	30	.000	.803	30	.000
Si estudias, ¿qué estudias?	Internatilizante	.205	16	.071	.906	16	.100
	Externalizante	.167	12	.200*	.895	12	.135
¿Qué valoración haces de tus estudios?	Internatilizante	.414	16	.000	.644	16	.000
	Externalizante	.376	12	.000	.623	12	.000
Si trabajas, ¿en qué estás trabajando?	Internatilizante	.290	15	.001	.866	15	.030
	Externalizante	.229	13	.061	.908	13	.170
¿Qué valoración haces de tu trabajo?	Internatilizante	.173	15	.200*	.897	15	.086
	Externalizante	.329	13	.000	.744	13	.002
Los estudios que he terminado son	Internatilizante	.373	37	.000	.705	37	.000
	Externalizante	.282	30	.000	.774	30	.000

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 63*Prueba de homogeneidad de la varianza, variable independiente tipo de trastorno*

		<i>Estadístico de Levene</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
Edad	Basándose en la media	.051	1	65	.822
¿Qué haces actualmente?	Basándose en la media	1.240	1	65	.270
Si estudias, ¿qué estudias?	Basándose en la media	2.459	1	26	.129
¿Qué valoración haces de tus estudios?	Basándose en la media	.130	1	26	.721
Si trabajas, ¿en qué estás trabajando?	Basándose en la media	4.223	1	26	.050
¿Qué valoración haces de tu trabajo?	Basándose en la media	1.138	1	26	.296
Los estudios que he terminado son	Basándose en la media	.492	1	65	.486

Finalmente, hemos analizado las variables con estadísticos descriptivos y cruzado variables en la búsqueda de relaciones significativas utilizando Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher cuando las condiciones de la tabla de contingencia en base a las frecuencias esperadas inferior a cinco así lo han aconsejado.

5.1.5. Resultados

Podemos observar que, analizando con tablas de contingencia las variables *edad* y *sexo*, la muestra está formada por 40 hombres y 27 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 24 años de edad, obteniendo una media de 21.63 años y una moda de 21 años. Será esta, la variable edad, la única en la que obtengamos normalidad y homocedasticidad.

Tabla 64*Tabla de contingencia Edad * Sexo*

	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	Hombre	Mujer	
18	1	0	1
19	2	1	3
20	3	5	8
Edad 21	13	8	21
22	8	8	16
23	9	2	11
24	4	3	7
Total	40	27	67

En la relación entre las variables *tipo de trastorno* y *edad* la muestra está representada por 37 alumnos y alumnas con trastornos internalizantes y 30 con trastornos externalizantes.

Tabla 65*Tabla de contingencia Edad * Tipo de trastorno*

		<i>Tipo de trastorno</i>		<i>Total</i>
		Internatilizante	Externalizante	
Edad	18	0	1	1
	19	2	1	3
	20	3	5	8
	21	11	10	21
	22	9	7	16
	23	8	3	11
	24	4	3	7
Total	37	30	67	

Y con respecto a la relación entre las variables *sexo* y *tipo de trastorno* observamos que los datos indican un mayor peso de los trastornos *externalizantes* entre el grupo de hombres y un menor número de los mismos en el grupo de mujeres. En cambio los trastornos *internalizantes* están repartidos de manera homogénea.

Tabla 66*Tabla de contingencia Sexo * Tipo de trastorno*

		<i>Tipo de trastorno</i>		<i>Total</i>
		Internatilizante	Externalizante	
Sexo	Hombre	19	21	40
	Mujer	18	9	27
Total		37	30	67

En el análisis descriptivo de la variable *estudios terminados* observamos que el 41.8% no ha terminado ningún estudio, el 32.8% ha terminado ESO, el 11.9% ha terminado Formación Profesional de Grado Medio, el 9.0% ha terminado Bachillerato y el 4.5% FP Básica.

Tabla 67*Los estudios que he terminado son*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válidos	ninguno	28	41.8	41.8
	ESO	22	32.8	74.6
	FP Básica	3	4.5	79.1
	FP Grado Medio	8	11.9	91.0
	Bachillerato	6	9.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0

El análisis descriptivo de la variable *qué haces actualmente* nos indica que en el momento de realizar la encuesta el 38.8% está estudiando alguna formación reglada, el 37.7% no hace nada, el 20.9% trabaja y el 3% trabaja y estudia.

Tabla 68*¿Qué haces actualmente?*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válidos	Trabajo	14	20.9	20.9
	Estudio	26	38.8	59.7
	Nada	25	37.3	97.0
	Trabajo y estudio	2	3.0	100.0
	Total	67	100.0	100.0

En el análisis de las variables *si estudias qué estudias* y *qué valoración haces de tus estudios* observamos que el 41.8% estudia actualmente y se produce mayor concentración de respuestas en la categoría “buena” y “muy buena” fundamentalmente en aquellos alumnos y alumnas que estudian Formación Universitaria y Formación Profesional de Grado Superior. Por otro lado, también encontramos relación significativa entre ambas variables con un Chi-cuadrado (18) 29.942 $p=.038 < .05$. Dado que en el 100% de los casos encontramos una frecuencia esperada inferior a cinco optamos por interpretar la relación entre estas dos variables con la prueba exacta de Fisher con la que se obtiene un valor de $p=.01 < .05$.

Tabla 69

Tabla de contingencia Si estudias, ¿qué estudias? * ¿Qué valoración haces de tus estudios?

		<i>¿Qué valoración haces de tus estudios?</i>				<i>Total</i>	
		<i>mala</i>	<i>regular</i>	<i>bueno</i>	<i>muy buena</i>		
Si estudias, ¿qué estudias?	ESO por adultos	Recuento	0	1	1	0	2
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	.0%	50.0%	16.7%	.0%	7.1%
	Bachillerato por adultos/ distancia	Recuento	0	1	0	2	3
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	.0%	50.0%	.0%	10.5%	10.7%
	Estudios no reglados (cursos...)	Recuento	0	0	2	3	5
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	.0%	.0%	33.3%	15.8%	17.9%
	Estudios Universitarios	Recuento	0	0	0	4	4
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	.0%	.0%	.0%	21.1%	14.3%
	FP Básica	Recuento	1	0	2	0	3
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	100.0%	.0%	33.3%	.0%	10.7%
	FP Grado Medio	Recuento	0	0	1	6	7
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	.0%	.0%	16.7%	31.6%	25.0%
	FP Superior	Recuento	0	0	0	4	4
		% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	.0%	.0%	.0%	21.1%	14.3%
Total	Recuento	1	2	6	19	28	
	% dentro de ¿Qué valoración haces de tus estudios?	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	29.942 ^a	18	.038	.025		
Razón de verosimilitudes	27.559	18	.069	.010		
Estadístico exacto de Fisher	24.934			.010		
Asociación lineal por lineal	3.027 ^b	1	.082	.083	.050	.012
N de casos válidos	28					

Al analizar el tipo de trabajo que realizan aquellos encuestados que están trabajando y la valoración que hacen del mismo no hemos encontrado significación estadística, pero sí

hemos podido observar que trabaja un 23.9% de los encuestados y solo tres de ellos tienen formación específica para realizar su trabajo. El resto de trabajos son trabajos para los que no se requiere una formación específica previa.

Tabla 71

*Tabla de contingencia ¿Qué valoración haces de tu trabajo? * Tipo de Trabajo*

			<i>Trabajo_Agrupado</i>		<i>Total</i>
			Sin formación	Con formación	
¿Qué valoración haces de tu trabajo?	muy mala	Recuento	1	0	1
		% dentro de Trabajo_Agrupado	4.0%	.0%	3.6%
	mala	Recuento	1	0	1
		% dentro de Trabajo_Agrupado	4.0%	.0%	3.6%
	regular	Recuento	8	0	8
		% dentro de Trabajo_Agrupado	32.0%	.0%	28.6%
	buena	Recuento	6	1	7
		% dentro de Trabajo_Agrupado	24.0%	33.3%	25.0%
	muy buena	Recuento	9	2	11
		% dentro de Trabajo_Agrupado	36.0%	66.7%	39.3%
	Total	Recuento	25	3	28
		% dentro de Trabajo_Agrupado	100.0%	100.0%	100.0%

a. 28 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .07.

b. El estadístico tipificado es 1.740.

En el cruce de variables *tipo de trastorno* y *estudios terminados* hemos encontrado significación estadística. Chi-cuadrado (4) 10.235 $p=.037 < .05$.

Tabla 72

*Tabla de contingencia Los estudios que he terminado son * Tipo de trastorno*

			<i>Tipo de trastorno</i>		<i>Total</i>
			Internatilizante	Externalizante	
Los estudios que he terminado son	ninguno	Recuento	13	15	28
		% dentro de Tipo de trastorno	35.1%	50.0%	41.8%
	ESO	Recuento	17	5	22
		% dentro de Tipo de trastorno	45.9%	16.7%	32.8%
	FP Básica	Recuento	0	3	3
		% dentro de Tipo de trastorno	.0%	10.0%	4.5%
	FP Grado Medio	Recuento	3	5	8

	% dentro de Tipo de trastorno	8.1%	16.7%	11.9%
Bachillerato	Recuento	4	2	6
	% dentro de Tipo de trastorno	10.8%	6.7%	9.0%
Total	Recuento	37	30	67
	% dentro de Tipo de trastorno	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 73*Pruebas de chi-cuadrado*

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>	<i>Sig. exacta (bilateral)</i>	<i>Sig. exacta (unilateral)</i>	<i>Probabilidad en el punto</i>
Chi-cuadrado de Pearson	10,235 ^a	4	.037	.029		
Razón de verosimilitudes	11,670	4	.020	.033		
Estadístico exacto de Fisher	9,845			.030		
Asociación lineal por lineal	,013 ^b	1	.909	.937	.489	.063
N de casos válidos	67					

a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.34.

b. El estadístico tipificado es -.115.

Podemos observar cómo un 41.8% de los encuestados no termina ningún estudio. El 50% de los trastornos *externalizantes* no termina ningún estudio frente al 35.1% de los trastornos *internalizantes*. Por otro lado el 32.8% de los encuestados han conseguido finalizar la ESO, y de ellos los trastornos *internalizantes* consiguen terminar el 45.9% frente al 16.7% de los trastornos *externalizantes*. Destacamos cómo ningún alumno con trastorno *internalizante* termina la FP Básica y sí lo hacen un 10% de los trastornos *externalizantes*. Hay más alumnos con trastorno *internalizante* que terminan el Bachillerato mientras que la FP de Grado Medio obtiene mayor representación en la muestra de los alumnos con trastornos *externalizantes*.

En el cruce de las variables *¿qué haces actualmente?* y *estudios terminados*, dado que la prueba de Chi-cuadrado nos da una frecuencia esperada de menos de cinco optamos por interpretar la relación entre variables con la prueba exacta de Fisher. De donde obtenemos que $p=.026 < .05$, por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, y

podemos decir que hay relación estadística entre estas dos variables. Es decir, la ocupación que el alumno egresado tiene está relacionada con los estudios que ha terminado. Es así como podemos observar que el 71.4% de los encuestados que trabaja ha terminado algún estudio y el 28.6% no terminó ninguno. El 68.0% de los que no hacen nada no han terminado ningún estudio, el 20.0% terminaron la ESO y un 12.0% otros estudios. Por otro lado, podemos observar que junto a los alumnos que no han terminado la ESO que representan el 41.8% del total de la muestra nos encontramos con los alumnos que habiendo terminado la ESO no siguen estudiando o trabajan. Este alumnado suma un total de 12 individuos que representan un 17.9% del total de la muestra. Este alumnado sumado al 41.8% de alumnado que no obtiene ninguna titulación representa un 59.7% del total de la muestra.

Tabla 74

*Tabla de contingencia Los estudios que he terminado son * ¿Qué haces actualmente?*

			<i>¿Qué haces actualmente?</i>				<i>Total</i>
			Trabajo	Estudio	Nada	Trabajo y estudio	
Los estudios que he terminado son	ninguno	Recuento	4	6	16	1	28
		% dentro de ¿Qué haces actualmente?	28.6%	23.1%	68.0%	50.0%	41,8%
	ESO	Recuento	7	10	5	0	22
		% dentro de ¿Qué haces actualmente?	50.0%	38.5%	20.0%	.0%	32.8%
	FP Básica	Recuento	1	1	1	0	3
		% dentro de ¿Qué haces actualmente?	7.1%	3.8%	4.0%	.0%	4.5%
	FP Grado Medio	Recuento	2	4	1	1	8
		% dentro de ¿Qué haces actualmente?	14.3%	15.4%	4.0%	50.0%	11.9%
	Bachillerato	Recuento	0	5	1	0	6
		% dentro de ¿Qué haces actualmente?	.0%	19.2%	4.0%	.0%	9.0%
	Total	Recuento	14	26	24	2	67
		% dentro de ¿Qué haces actualmente?	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 75
Pruebas de chi-cuadrado

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>	<i>Sig. exacta (bilateral)</i>	<i>Sig. exacta (unilateral)</i>	<i>Probabilidad en el punto</i>
Chi-cuadrado de Pearson	19.924 ^a	12	.069	.079		
Razón de verosimilitudes	20.692	12	.055	.059		
Estadístico exacto de Fisher	16.596			.026		
Asociación lineal por lineal	1.122 ^b	1	.290	.305	.156	.021
N de casos válidos	67					

a. 15 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

b. El estadístico tipificado es -1.059.

5.1.6. *Discusión y Conclusiones*

La hipótesis de trabajo que nos planteábamos al inicio de esta investigación fue que el alumnado con *TMG* tiene mayor índice de abandono escolar temprano que el resto del alumnado. Los datos que hemos obtenido con nuestra investigación nos dan un 41.8% de individuos que no terminan ningún estudio entre los 18 y los 24 años de edad y un 17.9% que habiendo terminado la ESO no continúa estudiando. Por lo que podemos señalar que el 59.7% de la muestra tienen como nivel máximo de estudios la educación secundaria -ISCED 3 (por sus siglas en inglés)-, y no sigue ningún tipo de educación o formación conducente a la titulación mínima. Recordarán que habíamos definido el fracaso escolar en base a la no obtención de la titulación mínima –en el caso del sistema educativo español la Educación Secundaria Obligatoria- y el abandono escolar temprano sería aquella persona que no consigue la titulación mínima o habiendo conseguido la ESO no sigue estudiando con edades comprendidas entre los 18 y 24 años de edad (Serrano, 2014; UNESCO Institute for Statistics, 2012). El nivel de abandono escolar temprano en el estado español es de 18.3% y si descendemos a la realidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, en la que hemos realizado el estudio, observamos que el dato es de 13.9% (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2018) –pese a que existen datos más recientes, hemos optado por este dato ya que coincide con la referencia temporal en la que se desarrolló el trabajo investigativo, por lo

tanto, son datos de carácter sincrónico-. Es decir, hay un 41.4% más de abandono escolar temprano en la población estudiada tomando como referencia la realidad del estado español y un 45.8% si tomamos como referencia la Comunidad Autónoma de Madrid.

Habíamos señalado la existencia de relación significativa entre el tipo de trastorno y los estudios terminados. Y hemos podido verificar que en la población analizada los trastornos *externalizantes* tienen más probabilidades de no terminar ningún estudio que los trastornos *internalizantes*. Si analizamos uno a uno el tipo de estudios podemos observar que los trastornos *internalizantes* tienen más probabilidades de terminar la ESO y estudios no obligatorios como el Bachillerato, mientras que los trastornos *externalizantes* tiene menos probabilidades de terminar la ESO y se decantan más por estudios no académicos como la Formación Profesional en cualquiera de sus variedades. En la búsqueda de explicaciones – elemento que hemos desarrollado en el marco teórico-, y deteniendo la mirada en la relación entre las competencias conceptuales y procedimentales que el contexto educativo le pide al alumnado para permanecer y promocionar en un centro educativo, podemos señalar que los trastornos *externalizantes* muestran peores capacidades para el trabajo propio del aula tales como la atención, la constancia, la escucha, el respeto al trabajo grupal, etc, y a su vez acumulan más fracasos y peor historia escolar. Mientras que los trastornos *internalizantes* manifiestan un estilo de afrontamiento interno a través de sintomatología que se adapta mejor al contexto educativo y produce menos disonancia, tanto en lo estrictamente académico como en el ámbito relacional de la persona, con respecto al grupo normativo (Esch et al., 2014).

También nos habíamos preguntado por el porcentaje de población con TMG que accede a un empleo, a un puesto de trabajo. En este sentido hemos obtenido como datos que el 20.9% de la población analizada está trabajando y un 3% trabaja y estudia, por lo que podemos decir que el 23.9% está trabajando. Por otro lado encontramos que el 37.7% no hace nada, y el 38.8% está estudiando, por lo que el 76.5% no está trabajando. Si comparamos el

dato con el de la población española desempleada menores de 25 años de edad en diciembre de 2018 –siendo de 33.54% en el ámbito español y de 30.42% en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid (INE, 2019)- podemos señalar que el desempleo en la población estudiada afecta de manera muchísimo más severa que al resto de la población.

Si observamos la relación entre el acceso a un trabajo y el nivel de estudios adquiridos podemos apreciar que solo tres de los casos tienen formación específica para el puesto de trabajo que desempeñan y el resto de trabajos se concentran fundamentalmente en el sector servicios en el que no se requiere formación específica. Esto también nos habla de la precariedad e inestabilidad de los trabajos que desempeña la población estudiada. Por otro lado, hemos encontrado significación estadística entre la *ocupación actual* y los *estudios terminados*, por lo que entendemos que los logros educativos condicionan la ocupación del alumnado con TMG. Esta relación se hace evidente al observar que el 71.4% de los que trabajan han terminado algún estudio y el 68.0% de los que no hacen nada no han terminado ningún estudio. Es decir, terminar la ESO acerca al menor con TMG al mundo laboral, y por el contrario no haberla terminado le acerca a una situación de inactividad laboral y/o educativa. Este dato nos pone ante la evidencia de que establecer mecanismos compensadores dentro del ámbito educativo para el alumnado con TMG que posibiliten una mayor tasa de logros académicos y la obtención de la ESO reduciría los niveles de abandono escolar temprano y de fracaso escolar así como, inevitablemente, también reduciría las tasas de desempleo que presenta esta población. Ambos elementos, consolidación y promoción académica, así como acceso al mundo laboral son dos condiciones para que el menor, en formación y tránsito a la adultez, pueda adquirir y consolidar las fortalezas mínimas que la sociedad impone en términos contextuales como acceso a un grado mínimo de autonomía y no dependencia en su vida adulta.

Otros de los elementos que podemos destacar es la relación significativa entre seguir

estudiando y valorar positivamente los estudios realizados. De tal manera que las mejores valoraciones recaen en los estudios superiores, tanto de formación profesional como universitarios. Estos son los casos que se acercan más por edad al nivel educativo que deberían estar estudiando y que menos pérdida de cursos han sufrido en su recorrido académico. Por lo tanto, estar realizando estudios equivalentes al nivel que por edad debería corresponder produce mayores niveles de satisfacción personal.

En definitiva, hemos podido señalar cómo parece existir una relación directa entre el TMG y el abandono escolar temprano, ya que la prevalencia de abandono escolar temprano en la población con TMG analizada se presenta en términos mucho más severos que en el resto de la población. También hemos podido observar cómo la obtención del título mínimo que establece el marco normativo, la ESO, es un elemento fundamental para que el individuo pueda seguir estructurando su vida académica y acceder al mundo laboral. Es decir, aquellos alumnos que terminan la ESO tienen más probabilidades de trabajar así como de seguir estudiando. Destacaremos también cómo el tipo de trastorno, *externalizante* o *internalizante*, se relaciona de manera diferencial con los logros educativos. Como así lo sugiere la literatura científica, es mayor el impacto del abandono escolar temprano en el alumnado con trastorno *externalizante* (Veldman et al., 2015).

5.1.7. Limitaciones y Relación con otros Elementos Analizados

Con esta parte de la investigación hemos desarrollado con mayor base muestral los datos obtenidos en la primera parte de la investigación, por lo que los datos obtenidos presentan mayor rigor estadístico. No obstante, dado que hemos utilizado un muestreo no probabilístico consideramos que la muestra seleccionada no es representativa de la población, por lo que entendemos que no resultaría pertinente generalizar nuestros resultados. Sí creemos que los datos obtenidos señalan líneas de indagación muy sugerentes que están en consonancia con lo que la literatura científica nos dice al respecto, pero sería interesante

disponer de mayor tamaño muestral para confirmar algunas de las conclusiones a las que hemos llegado con nuestro estudio.

Por otro lado, en el ejercicio que en la indagación hacemos al preguntarnos está implícito encontrar en el camino como respuesta más preguntas. Por lo que lejos de cerrar nuestra investigación con aseveraciones concluyentes nos ha parecido interesante observar cómo se abren cuestiones que nos invitan a indagar sobre los resultados obtenidos. En este sentido, entender por qué y cómo el abandono escolar temprano incide más en el alumnado con TMG sería una de las cuestiones que suscita nuestro interés. Otros de las cuestiones sobre las que resulta pertinente preguntarse, y por lo tanto, tendremos ocasión de profundizar con nuestro trabajo investigativo en ello, será comprender cuáles son las fortalezas que un alumno o alumna con TMG tiene cuando obtiene éxito académico y no presenta abandono escolar temprano. Por lo que ya avanzamos dos de los elementos analíticos sobre los que indagaremos en los siguientes apartados, cuáles son las fortalezas del alumnado con TMG en términos de factores protectores que le permiten tener mayor adaptabilidad al contexto educativo y cómo impacta el TMG en el recorrido educativo de un alumno/a. De la relación de estos dos elementos analíticos nos encontramos con la necesidad de entender el tipo de intervención que se realiza con este alumnado dentro del ámbito educativo en términos contextuales, y por último nos preguntaremos por los elementos que definen un contexto en términos positivos y/o amables para poder desarrollar prácticas educativas inclusivas, dado que según nuestro marco teórico será el referente conceptual sobre el que nos gustaría desarrollar una propuesta de intervención con el alumnado con TMG.

En cualquier caso, con esta investigación que forma parte de la tesis doctoral que tienen entre sus manos, hemos podido evidenciar el impacto en términos de abandono escolar temprano del TMG en el ámbito educativo. La repercusión que el abandono escolar temprano tiene en esta población sugiere la necesidad de establecer mecanismos compensatorios para

que este alumnado pueda mejorar sus resultados académicos y obtener la titulación mínima que les permita continuar estudiando o acceder al mundo laboral en mejores condiciones. La consecución de niveles mínimos de autonomía para la construcción de una vida plena como adultos para el alumnado con TMG pasa necesariamente por estas mejoras.

Capítulo 6. Hipótesis 3. El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección

6.1. Introducción

La relación que hemos establecido en este capítulo entre hipótesis y objetivos de trabajo es la siguiente:

Tabla 76.

Relación pregunta-hipótesis 3-objetivos generales-objetivos específicos-publicación-capítulo

Pregunta	Hipótesis	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Publicación
¿Cuáles son las fortalezas que reúne un adolescente con trastorno mental grave para que pese al impacto de la enfermedad sea capaz de minimizar dicho impacto obteniendo éxito académico?	3. El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones diferenciales que actúan como factores de protección.	3.1. Definir los factores de protección que permiten que un alumno/a con Trastorno Mental Grave obtenga éxito académico.	3.1.1. Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG. 3.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través de la visión del alumnado con Trastorno Mental Grave que ha obtenido éxito académico.	3.1.1. Editorial IntechOpen. ISBN: 978-1-83969-594-0

6.1.1. Factores de Riesgo y de Protección. Estudio de Casos¹⁷

Para el desarrollo de esta parte de la investigación hemos basado del trabajo realizado en el capítulo cuatro. Hemos querido ir un poco más allá, por lo que hemos recogido el mismo método de trabajo utilizado entonces pero utilizando una muestra más grande desde donde obtener valor estadístico. De esta manera, hemos podido corroborar los datos conseguidos.

Esta parte de la investigación se ha desarrollado en la misma lógica secuencial que está dispuesto el texto y que ustedes están leyendo. Es así que para facilitar el análisis de los datos vamos a utilizar la misma matriz utilizada en el capítulo cuatro. Dado que aquella parte de la investigación tuvo una intención inductiva e indagadora, en esta ocasión sí queremos establecer relaciones factoriales y no nos limitaremos a realizar un trabajo descriptivo como en el trabajo precedente. Es así que lo que encontrarán en esta parte de la investigación

¹⁷ Esta parte de la investigación está formato capítulo de libro en la Editorial IntechOpen. ISBN: 978-1-83969-594-0

profundiza en el análisis de los factores de riesgo y protección del alumnado con trastorno mental grave y desarrolla el objetivo 3.1.1. *-Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG-* que nos servirá para empezar a profundizar en la tercera hipótesis, *el alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección.*

Para profundizar en el marco teórico de esta parte de la investigación les remitimos al capítulo dos.

El objetivo de esta parte de la investigación ha sido validar el modelo obtenido en el capítulo cuatro. En esta ocasión hemos querido hacerlo bajo criterios estadísticos con una muestra suficiente que nos permitiese dar rigor a los resultados obtenidos previamente a través de un trabajo inductivo. Queremos comprobar que el modelo obtenido a través de una metodología cualitativa aplica y adquiere validez bajo el uso de una metodología cuantitativa.

6.1.1.1. Materiales y Métodos. Como decíamos en el punto precedente, para el desarrollo de nuestra investigación hemos partido de los datos obtenidos en el capítulo cuatro, donde inferíamos las principales características que definen el perfil de alumnado con trastorno mental grave. Les recordaremos que en el capítulo cuatro, siguiendo una metodología mixta (Johnson et al., 2007), entrevistábamos y encuestábamos a informantes clave, así como realizábamos un estudio de casos. De la información obtenida pudimos deducir una serie de categorías que se aplicó a una muestra de dieciocho alumnos en condición de trastorno mental grave que estaban siendo atendidos en un hospital especializado en la atención clínica a esta población. Hemos podido comprobar que el modelo obtenido resultaba pertinente en los casos analizados cualitativamente. En esta ocasión partiremos del trabajo precedente utilizando una muestra más grande con la que, volvemos a insistir, obtener mayor rigor y valor estadístico.

Por lo tanto, en base a estas dos fuentes, revisión bibliográfica y resultados obtenidos en la investigación previa, hemos construido los significados de las variables que nos han permitido establecer un mapa de observación con el que completar la matriz de recogida de información con la que hemos desarrollado la presente investigación.

6.1.1.2. Selección de la Muestra. Esta matriz estadística, sintetiza la descripción de los 109 casos, permitiéndonos reducir la complejidad de los casos observados en términos cualitativos a unidades mensurables y observables con las que facilitar el trabajo indagador en términos estadísticos. De esta manera, hemos pretendido probar el modelo obtenido en la investigación previa, en esta ocasión sobre una base muestral más amplia. Es así como partiendo de un modelo previo obtenido en base a el uso de metodología mixta hemos querido continuar con nuestra investigación bajo la premisa de validar o refutar el modelo obtenido. Para la selección de la muestra hemos utilizado un criterio muestral intencionado (Otzen & Manterola, 2017). Para decidir el tamaño muestral hemos usado el criterio 5:1 de Gorsuch (1983), que sugiere una ratio de 5 individuos por cada variable. Bajo este criterio el tamaño debe ser superior a 100 personas. En nuestro caso la muestra está formada por 18 variables iniciales y 109 sujetos analizados.

6.1.1.3. Ética Investigativa. Hemos tenido en cuenta, en todo momento, principios éticos acorde a la honestidad científica y a la protección de la privacidad de los casos analizados (Comité Institucional de Ética en Investigación, 2016). El análisis de los casos se realizó mediante la revisión de los registros educativos que cada estudiante tiene abiertos durante su hospitalización. Estos registros educativos están en depósito y custodia del equipo de profesores y profesoras de los estudiantes que conforman la muestra. El profesional, responsable de la custodia de estos registros educativos, es del coordinador del equipo. El coordinador tiene la función de custodia que le atribuye la Comunidad Autónoma a la que pertenece el recurso de atención. Es decir, hemos realizado la investigación sobre documentos secundarios y no sobre

el uso de personas reales. Hemos mantenido el anonimato de los casos durante toda la investigación y no hemos usado nombres en ningún momento. Todos los casos analizados han recibido un código de identificación que ha permitido preservar su anonimato.

6.1.1.4. Definición de Variables. Nuestra intención en este apartado es mostrar al lector el significado que la literatura científica nos brinda junto con la síntesis del significado proporcionado por la investigación previa bajo una metodología mixta en cada una de las variables que hemos utilizado. De esta manera operativizamos cada una de las variables utilizadas bajo la premisa de descender de la abstracción de los conceptos a la concreción mensurable de una variable (Pineda et al., 1994). No obstante, encontrarán más información al respecto en el capítulo dos, marco teórico.

Veamos los significados atribuidos a cada una de estas variables, ya que junto a los datos obtenidos, nos han servido para interpretar y ayudarnos a tomar decisiones en el ajuste del análisis factorial con el que hemos reducido el número de variables a factores explicativos:

V1. Familia que acompaña: El papel de la familia en la recuperación de un adolescente que está hospitalizado y recibe cuidados clínicos intensivos juega un papel central en la recuperación y estabilización clínica del niño, ya que los estilos parentales de crianza y relación con los hijos, y sobre todo cómo son percibidos por los hijos, interaccionan fuertemente con la autoestima y la sintomatología clínica (Rosa-Alcazar et al., 2014). Es decir, la familia se convierte en un factor de protección o riesgo dependiendo del tipo de posicionamiento que desarrollen dentro de la homeostasis familiar. Las relaciones afectivas sanas y el funcionamiento relacional sano en la familia es un factor protector ante el riesgo de desarrollar trastornos mentales (Lines et al., 2010; Lyke & Matsen, 2013). Esto es así porque, como no podría ser de otra forma, el vehículo transmisor de la influencia ambiental es la familia (Artigue & Tizón, 2014). Algunas investigaciones señalan que cuando la familia

participa positivamente en el desarrollo terapéutico del niño, él o ella muestra un mejor funcionamiento clínico (O'Brien et al., 2006).

Entendemos que la familia tiene un papel fundamental tanto en la génesis del trastorno como en el cuidado del mismo (Thompson et al., 2007). Por lo que de cómo se desarrollo el apoyo familiar una vez aparecido el trastorno mental, se establecerá un marco u otro en el que la enfermedad cursará de manera distinta. Como venimos diciendo, la familia pues, será un factor protector o un factor de riesgo para el alumnado que se encuentre en situación de trastorno mental grave.

Cuando hablamos de familia que acompaña nos estamos refiriendo a aquellas familias que entienden la situación clínica de su hijo o hija y hacen uso de pautas educativas que favorecen su crecimiento sano. Fijándonos en términos laxos podríamos diferenciar entre aquellas familias que cumplen un rol abandonico y negligente poco favorecedor del proceso rehabilitador de su hijo. En el otro extremo nos encontraríamos a aquellas familias que cubren con exceso su rol paternal y cuyo acompañamiento resulta pernicioso y poco educativo. En cualquiera de los dos casos nos estaríamos refiriendo a aquellas familias que presentan dificultades para establecer una relación paterno-filial desde las indicaciones clínicas y educativas que los profesionales del centro les solicitan. Así es como hemos definido dos posibilidades de observación, la familia que acompaña positivamente o la familia que no acompaña positivamente. Lo hemos conceptualizado como una variable dicotómica cualitativa.

V2. Buena vinculación con el centro educativo. Mantener la relación y la permanencia en la escuela permite a los estudiantes con trastorno mental grave mantener una referencia de normalidad fundamental para causar mejoras en otras áreas de sus vidas. Tener un buen vínculo con la escuela es una forma de describir, no solo la permanencia y la asistencia regular -elementos que están estrechamente relacionados- sino también el grado con el que el

estudiante siente y percibe el contexto (Lai et al., 2016). No establecer vínculos estables y saludables con los maestros, con un centro educativo y con compañeros de clase es algo que tiene una relación directa con baja autoestima, y ambos pueden afectar directamente el rendimiento académico del estudiante (Macklem, 2008). No es sorprendente que algunos autores planteen la dificultad de vincular como un factor de riesgo determinante para obtener salud mental (Friedman & Chase-Lansdale, 2002).

No podemos olvidar que en la vinculación con el centro educativo estaría incluida la percepción que el resto de la comunidad educativa tiene y percibe del alumnado con trastorno mental grave. Es así como algunas investigaciones nos indican que la gente joven posee actitudes negativas hacia sus iguales con dificultades de salud mental (Naylor et al., 2009).

Con la definición de esta variable estamos hablando de ausencia de conflictos y buena relación con profesorado y compañeros. Todo esto define un marco contextual que posibilita al alumno expresarse con tranquilidad emocional. También puede sentir que él/ella es importante y tiene un lugar en el marco de la relación, él/ella tiene su lugar en el centro educativo. Esto es fundamental para el bienestar emocional y la ausencia de síntomas subclínicos o clínicos. Lo hemos conceptualizado como una variable dicotómica cualitativa.

V3. Éxito académico. Existe una relación directa entre el rendimiento académico y las dificultades de salud mental. Es decir, los niños con problemas de salud mental obtienen peores resultados académicos –podrán encontrar más información al respecto en el capítulo cinco-. También sabemos que hay asociación entre problemas de salud mental y absentismo escolar persistente. Esta relación será mayor en aquellos estudiantes que mostraron síntomas de externalización, ya que obtienen peores resultados académicos (Lereya et al., 2019). Cuando hablamos de éxito académico, nos referimos a la obtención de buenos resultados académicos. Tenemos que tener en cuenta que el momento del análisis investigativo ha sido sincrónico. Es decir, todos los participantes de la muestra son analizados durante su

permanencia en el mismo centro especializado en trabajo clínico con adolescentes. De esta forma, podríamos medir si el alumnado analizado promocionó al siguiente curso o no. Para promocionar al siguiente curso es necesario superar todas las asignaturas excepto dos. Cuando el niño está en esta situación, hemos entendido que él/ella obtiene éxito académico. Cuando el estudiante ha suspendido más de dos materias, entendemos que no estaba en una situación de éxito académico. Lo hemos conceptualizado como una variable cualitativa dicotómica.

V4. Sexo. Hemos diferenciado entre sexo femenino y masculino. Lo hemos conceptualizado como una variable cualitativa dicotómica.

V5. Ha repetido algún curso. Algunas investigaciones muestran la relación negativa entre el rendimiento académico y los trastornos psiquiátricos, ya sea externalizantes o internalizantes (Veldman et al., 2014). Por lo tanto, la posibilidad de repetir el año escolar parece ser un elemento condicionante para la población estudiada. Es así que cuando hablamos de repetir algún curso al momento previo a la intervención, nos referimos a no haber promocionado de curso al menos una vez. Insistimos, tomando como unidad de análisis temporal el momento del trabajo analítico de la presente investigación. Esta circunstancia podría haber sucedido más veces. En cualquier caso, hemos entendido que cuando un miembro de la muestra repite año escolar al menos una vez o más años previo a su hospitalización, la variable se marca como positiva. Lo hemos conceptualizado como una variable dicotómica cualitativa.

V6. Absentismo/asistencia irregular. Al observar cómo un adolescente con trastorno mental está relacionado con su centro educativo, no podemos dejar de señalar la asistencia al centro como un indicador que define el grado en que el niño está vinculado al contexto educativo y si la escuela puede o no para atender las necesidades de los estudiantes con patología. En este sentido, encontramos datos que indican que el grado de absentismo escolar en estudiantes con trastornos mentales es mayor que en el resto de la población (Lawrence et

al., 2019).

Cuando un estudiante es absentista, hay muchos factores que definen su situación. Pero el punto más importante sobre lo que queremos detenernos es el grado de vinculación que el niño tiene con la escuela. Esto se debe a que cuando el niño siente un vínculo de alto grado con la escuela es porque él/ella también se siente comprendido e incluido de la misma manera. Por lo que para nosotros, el grado de absentismo escolar es una consecuencia del grado vincular con el centro educativo. Y pensamos esto porque el comportamiento evitativo nos dice cosas sobre algo que no funciona como debería. Lo hemos conceptualizado como una variable dicotómica cualitativa.

V7. Mala historia escolar previa. Con esta variable queremos señalar la luz en un elemento que podría estar presente en el estudiante con trastorno mental grave. Tenemos que tener en cuenta que cuando un estudiante con trastorno mental se encuentra en estado grave, previamente ha pasado por un camino de dificultades largas, personales y educativas. Entonces, él/ella tiene altas posibilidades de haber tenido una mala historia académica previa. Esta circunstancia está presente especialmente en los trastornos externalizantes (Esch et al., 2014).

V8. Desfase curricular. El retraso curricular podría estar presente en gran parte del alumno con trastorno mental grave (Simón et al., 2003). En base a esta afirmación y la investigación previa que ha precedido a esta investigación, hemos utilizado el retraso curricular como una variable que define el nivel de competencia educativa que el estudiante tiene en relación con su edad. Si el alumno o alumna tiene al menos un año de retraso curricular, hemos entendido que era pertinente conceptualizar la variable como positiva. Lo hemos considerado como una variable dicotómica cualitativa.

V9. Buena motivación hacia el estudio. Entre los factores de riesgo que predisponen a un estudiante al abandono escolar temprano está la motivación hacia los estudios (Lanzat, Gil,

& Cacheiro, 2018). Tener una buena motivación hacia los estudios es un elemento que vincula al estudiante con un área de socialización estructural. La motivación sobre los estudios pone al alumno en el camino de un proyecto vital. Tener expectativas, para cualquier estudiante, significa que él/ella quiere construir significados. Él/ella quiere dar sentido a sus acciones y proyectos en el futuro. Este es un elemento central para la mejora clínica, ya que las expectativas escolares son un factor protector fundamental para la salud mental (O'Connell et al., 2009). Hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

10. Hábitos de estudio. Tener hábitos de estudio no es una característica en sí misma, es la consecuencia natural de un proceso. En cualquier caso, no podemos dejar de valorar que cuando el estudiante con trastorno mental se encuentra en una situación de gravedad, él/ella tiene dificultades importantes para tener una rutina en cualquier actividad. Los hábitos de estudio solo pueden adquirirse o desarrollarse con la práctica, y este no es el mejor momento para adquirir o desarrollar hábitos (Alcock et al., 2020). Hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

V11. Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/dificultades cognitivas. Los estudiantes con menos habilidades procedimentales y conceptuales tienen más dificultades y mayor número de experiencias negativas a lo largo de su vida académica. Esto ocurre con mayor morbilidad en estudiantes con TMG de carácter externalizante. Esta incidencia en elementos básicos para participar en la dinámica de una clase en el aula predispone a los estudiantes con trastornos mentales graves a tener una mayor vulnerabilidad en el contexto educativo. Esto se debe a que no cumplen con las habilidades necesarias para funcionar en la dinámica metodológica de un aula (Esch et al., 2014). Hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

V12. Dificultades de atención. Con esta variable nos gustaría señalar no solo el trastorno con mayor presencia de dificultades de atención como es el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad. Las dificultades de atención son una circunstancia presente en muchos trastornos mentales graves. Esto se debe a que, independientemente de si el trastorno se está externalizando o internalizando, el momento del trastorno marca lo diferente (Fajardo-Bullon et al., 2019). Estar en un momento grave podría implicar dificultades con la atención debido a circunstancias como problemas derivados del trastorno y la medicación, entre otros. Hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

V13. Problemas de convivencia. Los problemas de convivencia son uno de los elementos que más pueden afectar en el ámbito educativo de un menor con trastorno mental grave. La literatura científica nos dice que hay diferencias entre los trastornos internalizantes y los externalizantes. Los internalizantes son un tipo de trastorno que colisionan menos con las relaciones interpersonales, ya que no contribuyen a la distorsión de los climas de convivencia (Esch et al., 2014). Por otro lado, los trastornos externalizantes chocan frontalmente con la vida escolar de un centro educativo. Al tratarse de trastornos que generan más disrupción en el aula la problemática del alumno/a con este tipo de trastorno interpela a más gente y resulta más evidente. Por lo que podríamos decir que los trastornos internalizantes pueden pasar desapercibidos y los trastornos externalizantes se hacen evidentes con mayor facilidad. Por último, señalaremos que los trastornos internalizantes, pese a pasar desapercibidos en la mayoría de los casos, en algunas ocasiones se expresan con mayor implosión en las redes sociales. Por lo que un menor que pasa desapercibido en el centro educativo puede estar compartiendo material en las redes sociales que le compromete ante el resto de la comunidad educativa tanto o más que si se tratase de un trastorno externalizante. En nuestro trabajo de campo, cuando hemos encontrado uno de estos casos lo hemos conceptualizado como problema de convivencia. Finalmente, hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

V14. Edad. Hemos considerado esta variable como cuantitativa de escala.

V15. Estilo relacional (inhibido/desinhibido). El estilo relacional será una variable que nos dará información complementaria respecto a las variables V13 Problema de Convivencia y V18 Tipo de Trastorno. Es habitual que los trastornos de conducta tengan mayor presencia de deshinchición, pero no siempre los trastornos externalizantes se manifiestan de manera conductual. Por otro lado, los trastornos internalizantes tampoco se manifiestan de manera menos visible siempre (Pacheco, 2019). Es por ello que la categorización inhibido-desinhibido podría ayudar a matizar el modo en el que el trastorno mental se representa en el centro educativo. Por este motivo, podríamos encontrar trastornos internalizantes que generan conflictiva en el centro educativo, tal vez no sea de manera conductual pero sí existen una serie de elementos en su representación que dificultan la buena convivencia del centro educativo. La autoagresión es un elemento que repercute anímicamente e impacta en los integrantes del contexto tanto como la heteroagresión. Hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

V16. Detección precoz. La detección precoz es un elemento fundamental para poder realizar un buen pronóstico y minimizar el impacto de la enfermedad en la adultez (Lereya et al., 2019). Se sabe que los síntomas prodómicos del trastorno mental grave empiezan a hacer presencia en la adolescencia. Por este motivo la detección precoz podría ser un elemento que contribuye a disminuir el impacto de la enfermedad en el desarrollo vital del menor (Asiel et al., 2013). Además, sabemos que una intervención temprana en adolescentes es muy útil para su mejora (Yung & McGorry, 1996). Hemos considerado esta variable como cualitativa dicotómica.

V17. Inicio de la problemática educativa. Algunos estudios señalan que ya en los primeros años de escuela infantil se puede apreciar vulnerabilidad a sintomatología clínica (Moscoso et al., 2015). También sabemos que el trastorno mental temprano en la primera infancia incrementa tres veces el riesgo de cursar en aquellos menores que presentan mala

conducta a los cinco años y entorno a las siete veces en aquellos niños que presentan necesidades especiales educativas (Green et al., 2019). Es decir, el momento de inicio de la detección de la enfermedad podría determinar que la enfermedad curse de una manera u otra. Esto se debe a que una detección precoz permite realizar una intervención en términos más preventivos y menos paliativos (Ortuño-Sierra et al., 2016). Hemos considerado esta variable como cualitativa politómica.

V18. Tipo de trastorno. Hemos usado las categorías externalizante e internalizante para marcar la diferencia entre dos grandes formas de conceptualizar los trastornos mentales. Esta categoría se utiliza desde los años setenta en la literatura científica (Kohn & Rosman, 1972). La importancia de poner nuestra atención en estas dos categorías radica en marcar la forma diferente que podría afectar el trastorno mental en la vida académica de cualquier estudiante. Señalaremos que los trastornos externalizantes son más visibles en el aula. Son los que generan más conflictos con los compañeros y maestros. Por otro lado, los trastornos internalizantes son aquellos que resultan menos visibles y en muchos casos pasarán desapercibidos. Cuando hablamos de trastornos internalizantes, nos referimos a aquellos trastornos que presentan síntomas inhibitorios, síntomas relacionados con trastornos de ansiedad, síntomas depresivos y comportamientos excesivamente controlados, trastornos de estrés postraumático, trastornos de pánico y otras afecciones somáticas (Frye et al., 2018). Los trastornos de externalización son aquellos trastornos relacionados con la hiperactividad, la agresión y los comportamientos incontrolados (Thomson et al., 2019). Entre ellos podemos destacar los trastornos oposicionistas desafiantes y trastornos de conducta (O'Dell et al., 2018). En cualquier caso, estamos interesados en utilizar esta categoría binaria por su potencial explicativo para el trabajo docente y el análisis en el campo de la pedagogía. Lo hemos conceptualizado como una variable dicotómica cualitativa.

6.1.1.5. Diseño Investigativo. En términos metodológicos, nos hemos servido del análisis factorial exploratorio para realizar nuestra investigación. Dado que se trata de un método multivariante que permite disminuir la dimensionalidad de un problema en un conjunto de variables subyacentes, hemos considerado que se trataba de un buen método para obtener factores como conjunto de variables que nos permitan entender las relaciones entre las variables descritas previamente. Para ello hemos buscado aquellos factores que explican la mayor parte de la varianza común. Hemos decidido servirnos de un análisis factorial exploratorio para encontrar las relaciones existentes entre variables observando cómo se agrupan y en qué factores.

Nos hemos servido de un análisis factorial exploratoria con el software SPSS Statistics versión 20.0.0 para Mac. Hemos descartado que las variables puedan causar problemas de colinealidad porque no existen valores iguales o mayores a .9 en la matriz de correlación (E. R. Pérez & Medrano, 2010). Hemos usado para el análisis todas las variables que conforman el estudio. Tras analizar la matriz de correlaciones hemos decidido prescindir de las variables V4-Sexo, V12-Dificultades de atención y V16-Detección Precoz. Hemos entendido que prescindiendo de ellas los valores obtenidos de correlación, niveles de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y significación de la prueba de esfericidad de Bartlett, obtenemos mejor adecuación del modelo. Para tomar esta decisión también nos hemos servido del análisis de comunalidades y el valor total de la varianza explicada. Prescindiendo de las variables señaladas obteníamos comunalidades próximas y superiores a .6, así como mejores valores de varianza total explica. Por otro lado, encontrábamos mayor coherencia explicativa de acuerdo al modelo teórico utilizado, ya que nuestra intención ha sido llegar a la mayor objetividad posible a través de un proceso reflexivo en el que, en ocasiones, el investigador tiene que tomar distancia con la realidad construida por uno mismo (Cubo et al., 2011). Finalmente, y tras prescindir de las variables señaladas, obtenemos un resultado de adecuación muestral de

Kaiser-Meyer-Olkin de .776 y una significación en la prueba de Bartlett de .000. Dado que la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin es mayor de .7 podríamos decir que es un buen valor (Hair et al., 2014). Por otro lado, la prueba de esfericidad de Bartlett es $<.05$ y por lo tanto significativa al indicar que hay correlaciones suficientes entre las variables para proceder. Podemos decir que el análisis factorial resulta pertinente con los datos obtenidos.

Tabla 77

Adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de esfericidad de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.76
	Chi-cuadrado aproximado	721.333
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	105
	Sig.	.000

Analizando la matriz de correlación anti-imagen a través de la medida de adecuación muestral podemos ver que una vez eliminadas las variables indicadas y trabajando con el modelo por el que hemos optado, todas las variables arrojan datos de correlación altos. Queremos indicar que hemos usado el método de extracción de Análisis de Componentes Principales, con el que obtenemos una representación de la varianza de cada variable explicada por los factores. Los datos obtenidos en la tabla de comunalidades nos ofrece valores de extracción adecuados, dado que están próximas o por encima a .6 (Lloret-Segura et al., 2014).

Tabla 78

Matriz de correlaciones anti-imagen

	V1	V2	V3	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V13	V14	V15	V17	V18		
Anti- imagen Covarianza	V1	.615	-.164	-.032	-.018	-.041	-.107	.090	-.161	.048	-.115	-.026	.096	.015	.130	-.065	
	V2	-.164	.549	-.109	-.017	.189	.048	-.019	.072	-.063	.068	.064	.041	-.078	-.063	.032	
	V3	-.032	-.109	.429	.081	.018	.083	-.044	-.068	-.094	.025	-.036	.013	.000	.045	-.067	
	V5	-.018	-.017	.081	.540	.007	-.091	-.025	.031	.037	.000	-.005	.146	-.052	-.086	-.066	
	V6	-.041	.189	.018	.007	.742	-.061	-.027	-.038	.042	.071	-.008	.031	-.061	.041	.115	
	V7	-.107	.048	.083	-.091	-.061	.289	-.155	.060	-.033	.026	.022	.012	.032	-.105	.003	
	V8	.090	-.019	-.044	-.025	-.027	-.155	.324	-.003	.048	-.211	.010	-.057	-.001	.055	-.007	
	V9	-.161	.072	-.068	.031	-.038	.060	-.003	.397	-.186	.077	.037	.039	-.048	-.091	-.010	
	V10	.048	-.063	-.094	.037	.042	-.033	.048	-.186	.418	-.105	-.015	.001	-.004	.063	.081	
	V11	-.115	.068	.025	.000	.071	.026	-.211	.077	-.105	.487	.015	.054	-.078	-.084	.009	
	V13	-.026	.064	-.036	-.005	-.008	.022	.010	.037	-.015	.015	.353	.023	.161	-.146	-.162	
	V14	.096	.041	.013	.146	.031	.012	-.057	.039	.001	.054	.023	.698	.003	-.191	-.043	
	V15	.015	-.078	.000	-.052	-.061	.032	-.001	-.048	-.004	-.078	.161	.003	.447	-.036	.094	
	V17	.130	-.063	.045	-.086	.041	-.105	.055	-.091	.063	-.084	-.146	-.191	-.036	.468	.037	
	V18	-.065	.032	-.067	-.066	.115	.003	-.007	-.010	.081	.009	-.162	-.043	.094	.037	.436	
	Anti- imagen Correlación	V1	.632 ^a	-.283	-.062	-.032	-.061	-.253	.201	-.327	.094	-.210	-.057	.147	.029	.243	-.125
		V2	-.283	.795 ^a	-.224	-.031	.296	.120	-.045	.155	-.132	.132	.145	.067	-.157	-.124	.065
		V3	-.062	-.224	.882 ^a	.168	.032	.234	-.117	-.164	-.223	.055	-.092	.024	-.001	.100	-.155
V5		-.032	-.031	.168	.878 ^a	.011	-.230	-.060	.066	.079	.000	-.012	.238	-.107	-.171	-.137	
V6		-.061	.296	.032	.011	.672 ^a	-.131	-.055	-.070	.075	.118	-.015	.044	-.106	.069	.203	
V7		-.253	.120	.234	-.230	-.131	.799 ^a	-.507	.178	-.096	.071	.069	.026	.089	-.286	.008	
V8		.201	-.045	-.117	-.060	-.055	-.507	.741 ^a	-.009	.131	-.532	.031	-.120	-.002	.141	-.020	
V9		-.327	.155	-.164	.066	-.070	.178	-.009	.799 ^a	-.458	.174	.100	.075	-.115	-.210	-.024	
V10		.094	-.132	-.223	.079	.075	-.096	.131	-.458	.820 ^a	-.233	-.040	.002	-.010	.142	.189	
V11		-.210	.132	.055	.000	.118	.071	-.532	.174	-.233	.646 ^a	.037	.092	-.168	-.176	.019	
V13		-.057	.145	-.092	-.012	-.015	.069	.031	.100	-.040	.037	.742 ^a	.046	.405	-.358	-.413	
V14		.147	.067	.024	.238	.044	.026	-.120	.075	.002	.092	.046	.748 ^a	.005	-.335	-.078	
V15		.029	-.157	-.001	-.107	-.106	.089	-.002	-.115	-.010	-.168	.405	.005	.803 ^a	-.079	.212	
V17		.243	-.124	.100	-.171	.069	-.286	.141	-.210	.142	-.176	-.358	-.335	-.079	.735 ^a	.081	
V18		-.125	.065	-.155	-.137	.203	.008	-.020	-.024	.189	.019	-.413	-.078	.212	.081	.762 ^a	

Medida de adecuación muestral (MSA)

Tabla 79*Comunalidades obtenidas a través de análisis de componentes principales*

	Inicial	Extracción
Familia que acompaña	1.000	.672
Vinculación con el instituto BUENA	1.000	.583
Éxito académico	1.000	.659
Ha repetido algún curso	1.000	.588
Absentismo/asistencia irregular	1.000	.657
MALA Historia escolar previa	1.000	.771
Desfase curricular	1.000	.730
BUENA motivación hacia el estudio	1.000	.570
Hábitos de estudio	1.000	.614
Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/Dificultades cognitivas	1.000	.692
Problemas de convivencia	1.000	.769
Edad	1.000	.661
Estilo relacional	1.000	.717
Tipo de Trastorno	1.000	.761
Comienzan los problemas académicos en	1.000	.570

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

6.1.1.6. Resultados. Para determinar el número de factores extraídos hemos tenido en cuenta los auto-valores iniciales, el total de la varianza explicada y el modelo teórico. Si observamos la tabla 77 encontramos que los cuatro factores seleccionados están por encima de uno. Por lo tanto, hemos realizado el análisis factorial con la extracción de cuatro factores. Pese a que con otros modelos obteníamos mayor porcentaje de la varianza total explicada, hemos considerado que el modelo por el que hemos optado explica mejor su representación desde un punto de vista teórico. Es decir, hemos ponderado la parte de la varianza común posible de explicar con aquellos factores que tenían más sentido teórico. Por lo tanto, hemos realizado una interpretación buscando el equilibrio entre parsimonia y plausibilidad (Lloret-Segura et al., 2014).

El valor de la varianza total acumulada es de 66.763%, lo que unido a los criterios descritos anteriormente nos permite pensar en la adecuación del modelo. Por otro lado, dado que el valor obtenido está por encima de .60% consideramos que se trata de un valor óptimo (Hair et al., 2014).

Tabla 80*Total de la varianza explicada con los 4 primeros factores*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.880	32.536	32.536	4.880	32.536	32.536	3.238	21.584	21.584
2	2.607	17.381	49.916	2.607	17.381	49.916	2.827	18.846	40.429
3	1.355	9.034	58.950	1.355	9.034	58.950	1.997	13.315	53.745
4	1.172	7.813	66.763	1.172	7.813	66.763	1.953	13.019	66.763
5	.911	6.073	72.836						
6	.764	5.096	77.932						
7	.627	4.181	82.113						
8	.506	3.372	85.485						
9	.445	2.964	88.449						
10	.433	2.885	91.333						
11	.343	2.289	93.622						
12	.300	2.001	95.623						
13	.270	1.799	97.422						
14	.231	1.540	98.962						
15	.156	1.038	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El método de extracción ha sido el de análisis de componentes principales, y el tipo de rotación utilizado ha sido ortogonal con el método Varimax. Podemos observar que cada factor está representado por tres o más variables, por lo que consideramos que el modelo obtenido reúne condiciones moderadas para ser interpretado (Lloret-Segura et al., 2014).

Tabla 81*Matriz de componentes principales^a*

	Componente			
	1	2	3	4
Familia que acompaña	-.439	.011	.652	-.233
Vinculación con el instituto BUENA	-.624	.090	.263	.341
Éxito académico	-.736	-.262	.146	.166
Ha repetido algún curso	.641	.198	.351	-.119
Absentismo/asistencia irregular	.201	.400	-.268	-.620
MALA Historia escolar previa	.777	.331	.238	-.034
Desfase curricular	.650	.462	.248	.181
BUENA motivación hacia el estudio	-.751	.016	.075	.001

Hábitos de estudio	-.734	.161	.092	.202
Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/Dificultades cognitivas	.365	.555	.388	.316
Problemas de convivencia	.434	-.739	.184	-.017
Edad	.411	-.178	-.452	.506
Estilo relacional	-.376	.737	-.113	.138
Tipo de Trastorno	.327	-.738	.331	-.016
Comienzan los problemas académicos en	.662	-.084	-.034	.353

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

Tabla 82

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
Familia que acompaña	-.005	.044	.275	.771
Vinculación con el instituto BUENA	-.167	-.276	.641	.262
Éxito académico	-.509	-.037	.562	.287
Ha repetido algún curso	.683	.205	-.274	.061
Absentismo/asistencia irregular	.051	-.286	-.744	.135
MALA Historia escolar previa	.798	.101	-.334	-.108
Desfase curricular	.827	-.079	-.125	-.155
BUENA motivación hacia el estudio	-.460	-.288	.369	.373
Hábitos de estudio	-.327	-.420	.503	.279
Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/Dificultades cognitivas	.781	-.241	.152	-.003
Problemas de convivencia	.033	.865	-.023	-.137
Edad	.069	.125	.056	-.798
Estilo relacional	.069	-.830	.121	.092
Tipo de Trastorno	.038	.868	.085	.009
Comienzan los problemas académicos en	.467	.289	-.025	-.518

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Centraremos nuestro análisis en la matriz de componentes rotados. De esta manera obtenemos lo que se denomina como principio de estructura simple, consiguiendo mayor interpretación científica a los factores obtenidos ya que le damos más importancia a las variables que obtienen mayor peso en los factores obtenidos (Gil, 2018).

Analizando la matriz de componentes rotados podemos observar que el factor uno estaría conformado por las variables:

- V5. Ha repetido algún curso
- V7. Mala historia escolar previa
- V8. Desfase curricular
- V9. Buena motivación hacia el estudio
- V11. Reducidas competencias conceptuales y prodecimientales/dificultades cognitivas

A este factor lo hemos denominado *Condicionantes para el Estudio*. Podemos observar que la variable V9 es la variable que menos carga tiene en este factor. La variable V5 tiene un aporte significativo y el resto de variables, V7, V8 y V11, tienen un aporte relevante.

El factor número 2, al que denominaremos *Representación de la Sintomatología*, está formado por las variables:

- V18. Tipo de trastorno
- V15. Estilo relacional
- V13. Problemas de convivencia

Podemos observar que la carga de las variables en el factor es superior en los tres casos a .8, por lo que consideramos que su aportación al factor es relevante.

El factor número 3, al que denominaremos *Facilitadores del Estudio*, está formado por las variables:

- V2. Tipo de vinculación con el centro educativo
- V3. Éxito académico
- V6. Absentismo/asistencia irregular
- V10. Hábitos de estudio.

De las cuatro variables que conforman el factor, las que mejor representación obtienen

son V6 y V2. Podemos observar que el resto de variables tienen menos carga en el factor. Por último, el factor cuatro estará formado por las variables:

- V1. Familia que acompaña
- V14. Edad
- V17. Cuándo comienzan los problemas académicos

Hemos denominado a este factor *Otros Condicionantes*. Las variables V14 y V1 son las variables que más carga tienen en el factor, siendo esta relevante. La variable V17 tendrá una representación moderada.

6.1.1.7. Discusión y Conclusiones. En nuestro estudio hemos partido de un análisis previo en el que a través de una metodología cualitativa e inductiva obteníamos un modelo que definía el perfil del alumnado que se encuentra en situación de trastorno mental grave. Este estudio partía de una revisión bibliográfica que describía cómo la enfermedad mental impacta en diferentes ámbitos de la vida de un menor. En el caso que nos ocupa el ámbito educativo. Este posicionamiento es central, ya que de esta manera podemos situarnos en un espacio de observación muy concreto que adquiere características determinadas, precisamente por el contexto en el que se produce. Es decir, más allá de la enfermedad mental y de saber cómo esta se representa, hemos pretendido entender cómo se hace presente en el ámbito educativo. Creemos que entendiendo la manera en la que la enfermedad mental se representa en el ámbito educativo nos permitiría establecer mecanismos de compensación en términos preventivos (Lai et al., 2016). Solo entendiendo y conociendo los elementos que definen una realidad en términos contextuales podremos desarrollar e implementar medidas educativas que resulten empáticas. Hay que entender en profundidad la complejidad de una realidad que adquiere más complejidad en el momento que la interpretamos de manera contextual (Fleury-Bahi & Navarro, 2017).

Es por ello que hemos querido fijarnos en los elementos comunes que el alumnado con trastorno mental muestra en momento de gravedad. Hemos partido en nuestro estudio de dieciocho variables que recogían las conclusiones del capítulo cuatro para someterlas a prueba bajo el uso de metodología cuantitativa. En la interpretación del análisis factorial exploratorio que hemos llevado a cabo hemos decidido prescindir de las variables V4-Sexo, V12-Dificultades de Atención y V16-Detección Precoz tras establecer un diálogo entre los datos estadísticos obtenidos y elementos de carácter teórico utilizados en la elaboración de la propuesta de estudio.

En la búsqueda de explicaciones podemos observar que la variable V12 expresa un valor sintomatológico que afecta fundamentalmente a los trastornos externalizantes, por lo que dado que su aporte al modelo nos generaba muchas dudas desde un análisis estadístico, junto a la interpretación del marco teórico decidimos prescindir de esta variable. Con respecto a la variable V16 podemos observar que se trata de una variable que define un marco temporal desde la visión clínica. El análisis que estamos realizando se centra en el ámbito educativo. En este sentido tenemos que indicar que ya contábamos con otra variable que incidía en el momento en el que la enfermedad afectaba visiblemente al ámbito educativo como es la variable V17-cuándo comienzan los problemas académicos. Es así, que ante la poca representatividad del modelo que obteníamos incorporando la variable V16 y ante el peso de la interpretación realizada bajo el marco teórico, decidimos prescindir de ella.

Por lo tanto, encontramos que el alumnado con trastorno mental, cuando está en situación de gravedad responde a un perfil que podría estar definido por los siguientes factores:

- *Condicionantes para el Estudio*
- *Representación de la Sintomatología*
- *Facilitadores para el Estudio*

- *Otros Condicionantes.*

Es así como podemos entender que a la hora de implementar prácticas educativas que atiendan al alumnado con trastorno mental grave deberíamos pensar en trabajar desde cuatro ejes diferenciales. Estos ejes de intervención no pueden entenderse el uno sin el otro, por lo que las prácticas a implementar deberían abarcar propuestas educativas concretas en cada uno de los factores indicados.

De esta manera observamos que el factor *Condicionantes para el Estudio* nos está indicando cuáles son los elementos a tener en cuenta a la hora de desarrollar prácticas metodológicas concretas. Tanto aquellas prácticas educativas que favorezcan elementos motivacionales del estudiante como prácticas que favorezcan elementos procedimentales. El riesgo de repetir curso y de haber elaborado una mala historia escolar previa representan la necesidad de establecer mecanismos que redunden en mejorar la motivación del alumnado con trastorno mental grave así como el uso de prácticas metodológicas que se adapten a los procedimientos que este tipo de alumnado necesita (Frazier et al., 2015; Schulte-Körne, 2016).

Con respecto al factor *Representación de la Sintomatología* estamos obteniendo información que no interpela tanto a elementos académicos y tiene más que ver con elementos relacionales. Es decir, cómo el menor con trastorno mental representa su enfermedad en el contexto del centro educativo y de qué manera la enfermedad condiciona su inclusión en la relación con iguales y adultos. Ya hemos visto que la trastorno mental tiene dos maneras diferentes de representarse, internalizante y externalizante (O'Dell et al., 2018), y que junto al estilo relacional podemos encontrar los problemas de convivencia que dificultan la permanencia del alumnado con trastorno mental en su centro educativo. Por lo tanto, las prácticas educativas deberían asumir la necesidad de establecer mecanismo que redunden en la mejora convivencial de este segmento poblacional dentro del ámbito educativo.

El factor *Facilitadores para el Estudio*, nos genera un eje de trabajo que centra su mirada más en las consecuencias que en el proceso. Por lo que en este caso estaríamos hablando de qué grado de relación establece el menor con su centro educativo y cómo esta relación repercute y condiciona su manera de acercarse al estudio y logros académicos. Es decir, estamos hablando de cómo el alumno o alumna consigue permanecer en el centro educativo y de cómo promociona tras la obtención de logros académicos. En stricto sensu, nos acercamos epistemológicamente al grado de inclusión del alumnado en su contexto educativo (Collins, 2012; O'Brennan et al., 2014).

Por último, con el factor *Otros Condicionantes*, nos encontramos con la correlación de variables, como son edad y cuándo comienzan los problemas académicos. Ambas variables son de carácter temporal y nos dan pistas del momento evolutivo del menor en el que podría estar en condición de gravedad. Es decir, el momento en el que la sintomatología resulta más condicionante e implosiona con mayor fuerza en el ámbito educativo. Este será el punto temporal más delicado para el sostenimiento de un menor en su centro educativo. Por lo tanto, este es el momento en el que el centro educativo tiene que hacer el mayor esfuerzo de contención para que el menor pueda continuar su escolaridad. La variable V1 no solo correlaciona, sino que adquiere sentido en este factor ya que se trata de una variable fundamental desde un punto de vista teórico. El tipo de relación que la familia establezca con la enfermedad y la manera en la que esta acompañe al estudiante con trastorno mental grave condiciona en gran medida sus avances (Morrison et al., 2018).

6.1.1.8. Limitaciones. Entendemos que los datos obtenidos nos permiten establecer un modelo factorial que adquiere significancia en su contrastación con el marco teórico. Analizar con más detenimiento los términos en que se representan las relaciones subyacentes obtenidas con este análisis factorial nos permitiría indagar con mayor profusión en líneas de trabajo experimental que ayuden a definir prácticas pedagógicas concretas capaces de atender las

necesidades específicas del alumnado con trastorno mental grave -en la segunda parte de este capítulo tendremos ocasión de analizar los factores protectores del alumnado con trastorno mental grave-. Estas prácticas educativas tienen, y deben ser entendidas en términos preventivos. Solo así podremos adelantarnos a algunos de los elementos, adelantados ya en el marco teórico, como es el abandono escolar temprano.

Por otro lado, pese a que la muestra utilizada tiene valor estadístico y responde a una proporcionalidad adecuada con respecto a la estructura del análisis factorial, sería interesante realizar un trabajo de similares características con una muestra más amplia.

Pese a todo, lo realmente interesante para nosotros, no ha sido solo establecer un modelo que permita entender el perfil educativo del alumnado con trastorno mental grave. Hemos podido observar la manera en la que las variables condicionantes para el desarrollo de un alumno o alumna con trastorno mental grave se agrupan. Desde aquí podríamos establecer mapas conceptuales sobre los que plantear hipótesis de trabajo que merecerían ser contrastadas en próximos trabajos. Es por ello que señalaremos como futuras investigaciones que se derivan de los datos obtenidos dos posibles líneas a desarrollar:

- Realizar un análisis factorial confirmatorio. Desde aquí podríamos confirmar los datos obtenidos no ya desde un punto de vista exploratorio, sino planteando una hipótesis de trabajo que confirmar o refutar.
- Analizar las prácticas educativas que deberían desarrollarse en función de la interacción entre los factores obtenidos.

En el caso de la segunda de las líneas de trabajo podríamos adelantar que resultaría relevante, y tendría un gran valor teórico y práctico, entender cómo interaccionan, en términos de combinaciones, los factores entre sí junto a las prácticas educativas que se podrían derivar de dicha interacción en base a dos criterios básicos como son, prácticas preventivas universales y selectivas frente a prácticas preventivas indicadas (Arango et al., 2018). Es así

que en el cruce de los cuatro factores encontramos seis posibles combinaciones. De la interacción entre el factor *Condicionantes al Estudio y Representación de la Sintomatología* encontraríamos la necesidad de desarrollar prácticas metodológicas concretas que atiendan las necesidades del alumnado con trastorno mental, así como prácticas contextuales que redunden en elementos convivenciales del alumno o alumna con trastorno mental. La combinación de ambas prácticas educativas nos llevarían a establecer campos de trabajo que atiendan esas dos necesidades de manera preventiva y de manera atencional. Si analizásemos la interacción del factor *Condicionantes para el Estudio y Facilitadores para el Estudio* encontraríamos que tendríamos que analizar y buscar prácticas educativas que redunden en la interacción entre componentes metodológicos y herramientas que faciliten la permanencia y la promoción del alumnado con trastorno mental grave. Si analizamos la relación entre *Otros Condicionantes y Representación de la Sintomatología* encontraríamos que deberíamos analizar la relación entre prácticas educativas que faciliten la convivencia de este tipo de alumnado teniendo en cuenta el momento de la enfermedad y cómo está acompañando la familia en ese momento. Analizando la interacción entre el factor *Representación de la Sintomatología y Facilitadores para el Estudio*, nos encontraremos con la necesidad de indagar en la relación entre prácticas educativas que favorezcan la permanencia y la promoción del alumnado con trastorno mental y prácticas educativas que favorezcan el trabajo con la familia en función del momento por el que cursa la enfermedad. Si analizamos la combinación entre el factor *Representación de la Sintomatología y Otros Condicionantes* podríamos inferir la necesidad de aplicar prácticas educativas que redunden en la adaptabilidad del centro educativo a las necesidades del alumnado con trastorno mental grave. Y por último, si analizamos la combinación entre *Condicionantes para el Estudio y Otros Condicionantes*, podríamos inferir prácticas educativas que profundicen en el trabajo metodológico específico y adaptado al momento de gravedad junto con el trabajo de coordinación con familia y agentes sociales de apoyo.

6.1.2. Condiciones diferenciales que actúan como factores de protección. Retos y Oportunidades del Alumnado con Trastorno Mental Grave. Factores de Protección que condicionan la realidad educativa de este alumnado.

Para el desarrollo de esta parte del capítulo seis nos hemos servido del ejercicio investigativo que les mostramos a continuación. Es así que en trabajos precedentes, desarrollados en los capítulos cuatro y cinco, hemos profundizado tanto en los factores de riesgo del alumnado con TMG como en la relación entre TMG y abandono escolar temprano.

Nos gustaría empezar señalando que en el contexto investigativo de las ciencias sociales parece existir la tendencia de depositar la mirada de la investigación en los hechos sociales menos adaptativos y que menos cumplen con el marco normativo. Aquello que incumple lo esperado es lo que suscita nuestra atención, mientras que aquello que se desarrolla como se esperaba que se desarrollase parece carecer de interés científico. Consideramos que tan valioso resulta el aprendizaje de una cosa como de la otra, por lo que ver la realidad a través de experiencias que se han desarrollado positivamente tal vez pueda ofrecernos un aprendizaje del que extraer conclusiones científicas –entendiendo como científicas aquellas conclusiones que se basan en un método y están sometidas a contrastación-. Quisiéramos, esta vez, depositar la mirada en los elementos que definen una realidad positiva del alumnado con TMG, por lo que fijaremos nuestra atención en alumnos y alumnas con TMG que obtienen éxito académico. Consideraremos como éxito académico no presentar abandono escolar temprano, y definiremos el abandono escolar temprano como la circunstancia que se produce cuando una persona con un intervalo de edad comprendido entre 18 y 24 años haya abandonado o no haya alcanzado un nivel CINE 1, 2 ó 3. Estaríamos hablando de Educación Primaria, Educación Secundaria, Bachillerato y/o Ciclos Formativos de Grado Medio respectivamente, por otro lado tampoco estaría cursando enseñanzas conducentes a las modalidades señaladas en las cuatro semanas anteriores de solicitar su información (UNESCO, 2020).

En este sentido, dos son los elementos conceptuales que hemos decidido utilizar para reflexionar sobre el campo de trabajo a indagar. Por un lado el concepto de *factor de riesgo y protección*, y por otro el de *adaptabilidad*. Para un desarrollo pormenorizado de estos conceptos les remitimos al capítulo dos. En dicho capítulo podrán encontrar de manera desarrollada lo que hemos entendido por factor de riesgo y protector, así como por adaptabilidad. No obstante, antes de empezar a desarrollar la parte investigativa de la sección que nos ocupa, condiciones diferenciales que actúan como factores de protección, haremos una pequeña reseña de los conceptos citados.

6.1.2.1. Factores de Riesgo y de Protección

Retomando lo ya desarrollado en el capítulo dos, nos permitiremos recordar que algunos estudios profundizan en la relación entre los resultados académicos y la estabilidad emocional del alumnado. En este sentido Moore et al. (2019) plantean que a mayor fortaleza emocional y menores niveles de angustia se obtienen mejores resultados académicos, así como mayor contribución prosocial a la comunidad, mayor satisfacción con la vida y menos niveles de ansiedad y depresión. Por lo que el trabajo emocional en las aulas debería convertirse en una prioridad del docente, atendiendo, de esta manera, un elemento consustancial al aprendizaje como son las emociones positivas.

En este sentido, podemos observar que la realidad psico-social de la persona no está conformada solo por factores individuales que condicionan su realidad y manera de relacionarse con el mundo. Existen otros elementos que contribuyen a definir la manera en la que nos relacionamos con nuestro entorno. Por lo que, desde el diálogo y la interacción, el contexto ayuda a conformar la relación que se establece entre el individuo y su entorno. Es así que junto a los factores individuales, que en el caso del trastorno mental grave adquieren una gran relevancia, encontramos otra serie de factores. Antes de señalar los factores condicionantes señalaremos que cuando un alumno o alumna con trastorno mental se

encuentra en situación de gravedad puede ver alteradas sus habilidades frente al desempeño académico. Por otro lado, ya sabemos que el alumnado con menos competencias procedimentales y conceptuales tienen más dificultades y experiencias acumuladas negativas en el marco educativo, externalizando en muchas ocasiones sus problemas a través del comportamiento. Por lo que es frecuente que el alumnado que presenta sintomatología externalizante tenga más dificultades para adaptarse al contexto académico, frente a los alumnos/as que presentan sintomatología internalizante (Crespo-Molero & Sánchez-Romero, 2021; Esch et al., 2014; Lawrence et al., 2019).

Con respecto a los factores, que junto a las características individuales del alumno o alumna, condicionan su éxito académico, Esch et al. (2014) plantean cuatro factores diferentes, siendo estos: factores económicos; la edad de aparición del trastorno mental; el rendimiento académico; y el apoyo familiar. Es decir, bajo las premisas de estas autoras, en la medida que el trastorno mental va acompañado de escasos recursos económicos, aparece de manera temprana, el rendimiento académico es bajo y existe poco o disfuncional apoyo familiar, las posibilidades de éxito académico descienden. Por contra, cuando el trastorno mental va acompañado de una familia que acompaña positivamente, estabilidad económica, buen rendimiento académico y el trastorno aparece tardíamente, las posibilidades de éxito académico aumentan.

En un estudio precedente al que nos ocupa, (Sánchez-Romero & Crespo-Molero, 2022) -se trata del epígrafe que precede a esta investigación, dentro del mismo capítulo- hemos podido señalar cuatro factores que comparte la población objeto de estudio y que condiciona su recorrido académico, siendo estos: *Condicionantes para el Estudio*, *Representación de la Sintomatología*; *Facilitadores para el Estudio*; y *Otros Condicionantes*. Como ya saben, el factor *Condicionantes para el Estudio* estaría formado por las variables: repetir algún curso, tener una mala historia escolar previa, presentar desfase curricular, tener mala motivación

hacia el estudio y por último, presentar reducidas competencias conceptuales y/o procedimentales. El factor *Representación de la Sintomatología* estaría formado por las variables: tipo de trastorno, estilo relacional y problemas de convivencia. El factor *Facilitadores para el Estudio* estaría formado por las variables: tipo de vinculación con el centro educativo, obtener éxito académico o no, absentismo escolar, y tener adquirido hábitos de estudio. Por último, el factor *Otros Condicionantes* estaría formado por las variables: edad, comienzo de los problemas académicos y tipo de acompañamiento familiar. En esta parte de la investigación, queremos fijarnos en el alumnado que presenta TMG depositando la mirada en aquellos elementos que permiten que un alumno o alumna con TMG pueda obtener éxito académico pese al condicionante añadido del trastorno mental representado en el contexto educativo a través de los cuatro factores ya mencionados.

Entenderemos los factores de riesgo y de protección como conceptos dinámicos que no dependen de sí mismos. Es decir, no se trata de elementos determinantes sino condicionantes. En función de cómo se manifiesten con respecto a su duración, latencia, frecuencia e intensidad, cursarán de una manera o de otra. Por lo que la misma circunstancia actuará como factor de riesgo o factor protector en función de cómo se manifieste e interaccione con el contexto. En cualquier caso, los factores de riesgo serán aquellos que inciden de manera negativa y contribuyen a la falta de adaptabilidad del estudiante al contexto educativo. Por otro lado, los factores de protección serán aquellos que permitan al individuo desarrollar mejores competencias adaptativas al contexto en el que desarrolla la actividad. En nuestro caso el contexto educativo.

Dado que estamos entendiendo ambos conceptos como elementos dinámicos, nuestro planteamiento consistirá en entender que aquellos alumnos y alumnas con TMG que presentan más factores de protección que de riesgo, o cuya intensidad consigue compensar el desajuste adaptativo, serán aquellos alumnos y alumnas que no presentarán abandono escolar

temprano.

Es así que si analizamos los cuatro factores señalados previamente en función de cómo estén actuando, si actúan como factor de riesgo o de protección, podríamos inferir el nivel de adaptabilidad del menor al contexto educativo. Dado el tipo de análisis que estamos realizando, no quisiéramos reducir la conclusión a un mero sumatorio de factores. Lejos de eso, nuestra intención investigativa será de carácter reflexivo –tendremos ocasión de profundizar en este aspecto en el apartado de metodología-. Analizaremos la relación que se establece entre los cuatro factores señalados y cómo cada uno de ellos ejerce mayor o menor presión en el juego relacional del individuo-contexto. Las personas tienen capacidad de agencia. Esto es así porque no todos los individuos reaccionan igual a los mismos factores, ya que cada persona estará condicionada por su propia historia así como por sus características personales (Supkoff et al., 2012).

En la tabla que les mostramos podrán observar los cuatro factores con los que hemos trabajado en la columna de la izquierda. Estos cuatro factores pueden actuar como factores de riesgo o de protección, ya que no proponemos el valor cero para ninguno de ellos. Poniendo un ejemplo, la variable *hábitos de estudio* –que formaría parte del factor *Facilitadores para el Estudio*, actuará como factor protector cuando el alumno o alumna la tenga adquirida. Cuando esta variable no esté presente en el grupo factorial *Facilitadores para el Estudio* estaría actuando como factor de riesgo. En nuestro caso realizaremos una valoración del grado de cumplimiento de cada variable en cada una de las experiencias y casos analizados para desde ahí, valorar el modo en el que el factor está actuando. Discriminaremos así, si el factor actúa como factor de riesgo o de protección.

Una vez valorada la manera en cómo se representa el factor en la experiencia del caso analizado realizaremos una valoración de la relación que se establece entre los cuatro factores. Esa visión amplia nos permitirá acercarnos a la comprensión de cómo se forma esa relación y

qué factores tienen más peso en dicha interacción.

Tabla 83

Representación del factor

	Factor de Riesgo	Factor Protector
Condiciones para el Estudio	- Repetir algún curso - Tener una mala historia escolar previa - Presentar desfase curricular - Tener mala motivación hacia el estudio - Presentar reducidas competencias conceptuales y/o procedimentales	
Representación de la Sintomatología	- Tipo de trastorno - Estilo relacional - Problemas de convivencia	
Facilitadores para el Estudio	- Tipo de vinculación con el centro educativo - Obtener éxito académico o no - Absentismo escolar - Tener adquirido hábitos de estudio	
Otros Condicionantes	- Edad - Comienzo de los problemas académicos - Tipo de acompañamiento familiar	

El análisis relacional de la tabla nos permitiría valorar el grado de adaptabilidad presentado por el alumno/a.

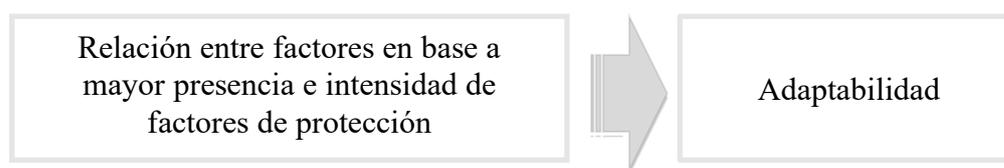


Figura 68. *Nivel de adaptabilidad.*

En cualquier caso, lo realmente interesante para nosotros será ver cómo interacciona el individuo con su entorno y cuál es su nivel de adaptabilidad. Para ello nos parece importante definir bien el concepto de adaptabilidad. Hemos querido conceptualizar la adaptabilidad de un alumno o alumna con TMG como el resultante de la interacción de los factores de riesgo y de protección en su contexto. Veamos qué entendemos por adaptabilidad.

6.1.2.2. Adaptabilidad

En la realidad de cualquier niño o adolescente podremos encontrar tanto elementos salutogénicos –proveedores de salud- como elementos patogénicos –proveedores de enfermedad-. El elemento que marcará la diferencia para que un alumno/a con TMG pueda o

no terminar sus estudios académicos y estructurar su vida como adulto de manera adaptativa será tanto la presencia de mayor número de elementos salutogénicos y menor número de elementos patogénicos como la interacción que se establezca entre ambos polos. Ya que existirán determinados elementos salutogénicos o factores protectores, que por si mismos tengan la fuerza suficiente como para contrarrestar la presencia de un mayor número de elementos patogénicos, y que pese a todo sean capaces de cambiar la trayectoria futura del desarrollo como adulto del menor. Cuando sucede esto, un cambio de trayectoria que se escapa a todo entendimiento propio de una lectura superficial y poco profunda de la situación del menor, es cuando podemos hablar de resiliencia.

En este sentido cabe preguntarse qué es lo que condiciona de manera negativa este proceso adaptativo y/o qué lo estimula. Por lo tanto, qué define que un alumno o alumna con TMG sea resiliente y, pese a la presencia de un trastorno mental en su vida, sea capaz de terminar sus estudios. Dicho de otra manera, ¿cuál es el juego compensador de equilibrios y tensiones entre factores de riesgo y protección que facilitan que el menor presente resiliencia?

En este sentido tenemos que indicar que los factores de riesgo y de protección actúan como tal en función del individuo y de su interacción con el medio. Como venimos diciendo, encontramos que algunos factores de protección podrían actuar como factores de riesgo en según qué persona o circunstancia relacional. Esto, en gran medida estará condicionado por el contexto. Por lo que, volvemos a insistir, los factores de riesgo y de protección tendrán que ser interpretados en función de la interacción del individuo con el contexto. Es así como habrá que establecer y delimitar bien el contexto en el que algunas condiciones funcionan como factores de riesgo y en otras ocasiones funcionan como factores de protección.

Dado que la resiliencia, entendida desde un punto de vista adaptativo es un proceso dinámico y de construcción, entenderemos que el individuo no será resiliente, concluirá un proceso de manera resiliente, Es así que esta construcción se realizará en base a factores

biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto la resiliencia no es un factor de protección, ni un rasgo interno de la persona, sino una respuesta determinada por una serie de factores (Naglieri et al., 2013). Por ese motivo, consideramos que resulta de mayor pertinencia hablar de adaptabilidad psicológica, ya que de esta manera planteamos una visión dinámica del término que no alude necesariamente a las características individuales de la persona, sino a la interacción de la persona con el contexto. Será esta interacción la que conforme el proceso de adaptabilidad psicológica (Maree, 2017).

Por último, prestaremos atención en nuestra indagación sobre la red relacional del menor, ya que consideramos que tiene especial importancia para su desarrollo saludable. Contar con personas cercanas en su entorno que se constituyan como referencias positivas y sólidas sobre las que construir y construirse, resulta de vital importancia y tiene una relación directa con la adaptabilidad de un menor.

Es así que el objetivo que nos hemos marcado para esta investigación ha sido establecer la relación entre factores de riesgo y factores protectores para valorar el nivel de adaptabilidad alcanzado por alumnado con TMG dentro del ámbito educativo en términos de éxito académico.

6.1.2.3. Diseño Investigativo. Hemos diseñado un estudio de carácter cualitativo de casos múltiples (D. C. Pérez & Moreno, 2019). Para ello nos hemos servido de la utilización de la entrevista en profundidad. En este caso se trata de entrevistas a alumnado egresado de un hospital de día especializado en el trabajo con adolescentes que presentan trastorno mental grave. Para el desarrollo de la entrevista hemos centrado la atención en un hecho concreto, sus años de permanencia en la Educación Secundaria Obligatoria. Es decir, hemos partido de un hecho específico en el que el entrevistado ha tenido que narrar su vivencia del hecho señalado (Hernández, 2014). Durante la narración del entrevistado o entrevistada el investigador ha ido introduciendo preguntas que le permitiesen acceder a la información definida previamente y

elaborada ad hoc -desarrollaremos la construcción de esta herramienta en los siguientes apartados-. Las entrevistas se han desarrollado de un modo abierto, pero, dado que se trata de una investigación de carácter deductivo, los elementos a analizar se han tenido en cuenta en todo momento para modular y guiar la entrevista hacia aquellos aspectos investigativos definidos previamente. Finalmente, y fruto del proceso investigador, hemos incluido alguna categoría de carácter inductivo que nos ha permitido enriquecer la investigación en términos metodológicos y conceptuales. Para analizar la realidad en términos analíticos hemos tenido en cuenta la atribución de significados que los actores hacían en sus descripciones, que estos significados simbólicos se explicitan en la interacción, así como la capacidad dinámica de la atribución de esos significados simbólicos (Blumer, 1982).

Las entrevistas se han desarrollado en tres bloques, partiendo siempre de la pregunta catalizadora, *¿describeme tu experiencia en la ESO?*, para pivotar luego sobre su vivencia de la Educación Primaria y finalmente su situación actual, ya en la adultez. Por lo tanto, no hemos seguido una línea temporal, hemos preferido partir del núcleo central de la investigación y última experiencia educativa del entrevistado o entrevistada para luego acceder a información tanto de las primeras experiencias educativas como de su realidad actual.

6.1.2.4. Población y Muestra. No hemos partido de una necesidad de tamaño muestral determinada. Por lo que el número de entrevistas realizadas ha respondido al criterio de saturación. En la medida que la investigación fue avanzando y observamos que los datos que obteníamos no producían material explicativo nuevo, consideramos que habíamos alcanzado el punto de saturación (Marshall, 1996). El número de entrevistas realizadas ha sido de seis.

Para la selección de la muestra hemos utilizado un enfoque de muestreo no probabilístico intencional. En concreto un muestreo homogéneo, desde donde hemos seleccionado casos con perfiles similares que compartían características análogas. La intención

ha sido recopilar toda la información relevante focalizando la atención en un tema concreto con la que dar respuesta a las preguntas planteadas (Farrugia, 2019).

El perfil de los participantes ha respondido a los siguientes criterios: ser alumno o alumna egresado de un hospital de día especializado en la atención a adolescentes con TMG; tener cumplidos dieciocho años y no superar los veinticuatro; haber egresado del hospital de día especializado con una temporalidad mínima de cinco años; y no estar en condición de abandono escolar temprano –por lo tanto, haber obtenido el título de ESO y seguir estudiando o haber obtenido una titulación superior a la ESO en el momento de la investigación-.

Por otro lado también hemos tenido en cuenta la representación de los dos tipos de sintomatología con la que hemos trabajado. Por lo que en la selección de la muestra hemos cuidado que existiese un reparto equivalente de alumnado de tipología internalizante y externalizante similar al del estudio precedente. Finalmente hemos trabajado con cuatro casos de tipo internalizantes y con dos casos de tipo externalizantes.

Todos los participantes en la investigación han sido informados previamente a la realización de las entrevistas sobre la intención de la investigación y los motivos por los que se requería su participación. Es así como se ha recogido el consentimiento informado de todos los y las participantes.

6.1.2.5. Instrumento. Para la realización de las entrevistas nos hemos servido de un guión que ha permitido al entrevistador indagar sobre los factores establecidos previamente. Las entrevistas responden al modelo de entrevista abierta, por lo que no partíamos de un cuestionario prefijado, sino de la reflexión profunda en base al discurso de los entrevistados. Para ello, partimos de una pregunta catalizadora, desde donde se ha ahondado en los diferentes aspectos que subyacían en el transcurrir de las entrevistas. Hemos diferenciado los siguientes momentos para la realización de las entrevistas:

- Primer momento, caldeamiento. Se contextualizaba el estudio, se agradecía su

participación y se ponía en valor la importancia de su contribución a la investigación. Se terminaba de matizar las dudas relativas al consentimiento informado y se explicaba el procedimiento de la entrevista. Una vez relajados comenzábamos con la primera pregunta.

- Segundo momento. Pregunta catalizadora, sobre su permanencia en la ESO.
- Tercer momento. Desarrollo de la entrevista.
- Cuarto momento, situación actual y cierre de la entrevista.

Hemos buscado establecer criterios de validez y fiabilidad a los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas. Para ello nos hemos servido de la triangulación. Hemos utilizado dos tipos de triangulación. Triangulación a través de la observación de los mismos elementos de análisis en diferentes entrevistados hasta llegar al nivel de saturación (Trujillo et al., 2019). Y por otro lado nos hemos servido de la triangulación de métodos, ya que los elementos a analizar e indagar en las entrevistas se sustentan en el trabajo teórico y empírico previo. Por lo que todas las preguntas han profundizado en elementos ya analizados previamente con otras técnicas metodológicas en una investigación previa (Sánchez-Romero & Crespo-Molero, 2022).

Por último, hemos utilizado la presentación y contextualización de cada entrevista para, desde la descripción, establecer mejores elementos de comprensión y relación, profundizando así en la validez de los resultados obtenidos.

El guion utilizado en la entrevista ha sido:

Tabla 84

Guion entrevista Condiciones diferenciales que actúan como factores de protección

Pregunta catalizadora

- ¿Describeme tu experiencia en la ESO?

Preguntas que han desarrollado los factores desde los que hemos partido:

Factor condicionantes externos:

- ¿Cuándo comenzaron tus problemas académicos?
- ¿Cómo describirías el acompañamiento en tu trastorno de tu familia durante tus años de permanencia en el instituto?

Factor representación de la Sintomatología:

- ¿Puedo preguntarte por el nombre de tu trastorno?, y ¿en qué crees que te ha condicionado tu trastorno a lo largo de tus estudios?
 - ¿Cómo te relacionabas con tus compañeros en el instituto?
-

<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo te relacionabas con los profesores/as? - ¿Tuviste problemas de convivencia?, ¿te expulsaron alguna vez?
--

<p>Factor Resultantes del Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Te sentías entendido en tu instituto?, ¿dirías que te sentías vinculado y reconocido? - ¿Te costó mucho aprobar la ESO?, ¿repetiste algún curso? - ¿Faltabas a clase? - ¿Tenías adquirido hábitos de estudio?

<p>Preguntas indagadoras de interacción entre ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Entendías tu trastorno en tu instituto? - ¿Qué tipo de relación tenían tus padres con el instituto?, ¿dirías que había algún tipo de disputa o mal entendido? - ¿Qué valoración harías del apoyo de tu familia durante tus años de estudio? - ¿Te sentiste incluido en tu centro educativo? - ¿Dirías que el trabajo de tu instituto te facilitó o te dificultó tus estudios?

6.1.2.6. Procedimiento de Recogida y Análisis de Datos. Establecido el criterio de selección de los participantes, señalado en el apartado Población y Muestra, se procedió a contactar con ellos y ellas telefónicamente. En esta conversación telefónica se enmarcaba el motivo de la llamada y una vez contextualizado el propósito de la misma se procedía a solicitar su contribución participando como entrevistados y entrevistadas. A aquellos alumnos o alumnas egresados que respondían afirmativamente se les pedía un correo electrónico para hacerles llegar consentimiento informado, solicitando que lo devolviesen firmado. Para ello habilitamos un correo electrónico creado ex profeso para tal fin. En el intercambio de información por escrito a través de los dos canales señalados se concertaba una fecha y hora para la realización de las entrevistas.

Las entrevistas se realizaron online, dando a elegir la plataforma a utilizar. Dos de las entrevistas se realizaron por Google Meet, dos por Whatsapp y dos por Zoom. Durante la realización de las mismas se procedió a su grabación para su posterior transcripción. Una vez transcritas las entrevistas y obtenido el texto de las mismas se procedía a su análisis. Para ello nos hemos servido del programa ATLAS.ti 9. Los textos se han analizado a través de análisis semánticos (Friese, 2012). Para el análisis semántico de los textos producidos por las entrevistas nos hemos servido, bajo una metodología deductiva, de categorías previamente establecidas – señaladas ya en el marco teórico-. A lo largo del análisis del texto también hemos podido

observar otras categorías no establecidas previamente, por lo que de manera inductiva también hemos establecido un grupo de categorías. De esta manera, señalaremos la utilización de cuarenta y nueve categorías, de las cuales 15 estaban definidas previamente. Estas quince categorías han permitido estructurar el análisis en base al marco teórico establecido. Nos hemos servido de las treinta y cuatro sub-categorías restantes para trabajar de manera inductiva la atribución de significado, en términos relacionales, de las categorías de partida. Con la extracción de las categorías en cada una de las entrevistas procedimos a realizar los mapas semánticos. Estos mapas semánticos nos han permitido reducir y sintetizar la información obtenida en los textos transcritos de las entrevistas, establecer los elementos comunes que comparten todas ellas a través de las categorías utilizadas para, finalmente, elaborar un discurso que ha recogido los elementos compartidos por todas ellas. De esta manera hemos elaborado un marco común a través de un discurso integrador con el que hemos terminado de reducir toda la información obtenida.

Hemos establecido tantos mapas semánticos como factores teníamos definidos, por lo tanto, se han realizado cuatro mapas semánticos. Establecidos los mapas semánticos, procedimos a la elaboración descriptiva de sus relaciones. Finalmente, desde aquí hemos extraído las conclusiones.

6.1.2.7. Resultados

A continuación mostraremos los resultados obtenidos tras el análisis semántico de los textos. Para ello, desarrollaremos los datos resultantes diferenciando entre los cuatro factores de riesgo con los que hemos definido el marco teórico. Es así, que hemos optado por desarrollar las relaciones semánticas existentes entre las variables que definen cada uno de los factores. Una vez establecida esta línea de trabajo, definida de manera deductiva en base a trabajos previos, hemos definido subcategorías de manera inductiva que nos han permitido desarrollar y desgranar cada una de las categorías de partida. A su vez, hemos analizado las

subcategorías encontradas, ya que estas nos han permitido relacionar a cada una de las categorías de partida. De esta forma hemos podido entender de qué manera se establecen movimientos -algunas veces para que la categoría tenga una mayor carga como factor de riesgo y en otras ocasiones para que se represente como factor de protección-, o tensiones que estabilizan y compensan la negatividad de la variable para que el factor se comporte como factor de protección.

Hemos utilizado cinco niveles jerárquicos en cada uno de los factores representados por colores distintos. El verde representa el primer nivel, siendo estas las variables de partida que definían nuestro modelo y conformaban cada factor. El segundo, tercer, cuarto y quinto nivel los hemos presentado de rosa, amarillo, azul y gris respectivamente. En función de en qué factor nos hayamos situado podremos encontrar sub-categorías que se representan en un nivel u otro del mapa semántico, ya que su rol será diferente en cada factor. Desarrollaremos esta representación relacional con más detalle al final de este capítulo.

Por último, analizaremos la relación entre factores para poder estimar el nivel de representación que tiene cada uno de ellos en el resultado positivo desde el que hemos partido. Les recordamos que la hipótesis de partida de este capítulo era *que el alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección.*

Dentro de este capítulo seis que desarrolla la hipótesis señalada, la primera investigación ha profundizado en el objetivo 3.1.1. *-Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG.* Una vez establecidos estos factores, el objetivo que hemos pretendido desarrollar con este segundo apartado del capítulo seis ha sido el 3.1.2., definido en los siguientes términos: *Establecer la relación entre factores de riesgo y factores protectores para valorar el nivel de adaptabilidad alcanzado por alumnado con TMG dentro del ámbito educativo en términos de éxito académico.*

Pasemos pues a mostrar los datos obtenidos en la relación establecida entre las variables que componen el primer factor analizado, *Condicionantes para el estudio*.

Las variables que componen el factor son: *Repetir algún curso; Desfase curricular; Historia escolar previa; Competencias conceptuales y procedimentales; y Motivación hacia el estudio*.

La *Historia escolar*, previa al momento en el que se agudiza la intensidad del trastorno y este comienza a impactar de manera severa en el recorrido académico del menor, está estrechamente relacionada con el hecho de haber repetido algún curso a lo largo del recorrido académico del menor. Recordarán que la muestra con la que hemos trabajado responde a un perfil de alumnado que teniendo TMG ha obtenido éxito académico. Por lo que nuestro punto de partido es ese, el éxito académico. Este será un elemento común de todos nuestros entrevistados y entrevistadas. Podemos observar y señalar que ninguno de ellos y ellas ha repetido ningún curso académico. Obviamente, su transitar por su recorrido académico no ha sido igual para ninguno de ellos y ellas, pero el hecho de no haber repetido es un elemento que los pone en común a todos ellos y ellas.

3:2 33 uhh, en primaria había tenido buenas notas y en la ESO bajaron

Es así que, independientemente del momento en el que comenzaron sus problemas académicos y de la manera en la que han conseguido mantener y contener buenos resultados académicos durante la ESO, todos y todas confluyen en señalar que la ESO resultó un momento difícil para su desarrollo como estudiantes. En algunos casos al inicio de la ESO y en otros al final. Esto en gran medida ha tenido que ver con la manera en la que consolidaron su aprendizaje como estudiantes a lo largo de la Educación Primaria. Por lo tanto, la variable *Competencias conceptuales y procedimentales* está tan relacionada con la sub-categoría *Hábitos de estudio* y esta a su vez formará parte de *Comienzo de los problemas académicos*.

Es así que, independientemente de la capacidad cognitiva y de la categoría educativa

en la que podamos encasillar al alumno o alumna -bien sea de Necesidades Específicas o Especiales- la realidad es que observamos cierta constancia en el estudio diario. Por otro lado podemos observar que dos de los entrevistados mostraron tener algún tipo de dificultad en el estudio durante el periodo educativo de Educación Primaria y Secundaria. Por lo que existen otros elementos que están actuando como variables compensadoras, como es el caso de los *hábitos de estudio* o de las *adaptaciones metodológicas*.

6:31 172 – 174 in Entrevista 6

Entrevistado 6: sí. Bueno yo, también esa es otra. Siempre fui a apoyo.

Por otro lado podemos observar la variable *Motivación intrínseca*. Habrán observado que en el marco teórico hablábamos de motivación, pero en el trabajo de análisis realizado hemos podido observar que la motivación se podía dar en dos direcciones, de *manera intrínseca* y como *hetero-motivación*. En este factor la analizaremos como motivación intrínseca. Esta motivación intrínseca se define por las subcategorías *ganas de mejorar, motivación extrínseca, problemas de convivencia, rechazo del trastorno, momento de recuperación, aceptación de las dificultades, autoestima, hábitos de estudio*.

Una de las entrevistadas la definía así:

1:69 36 in Entrevista 1

O sea, es como que no había otra opción en mi cabeza.

En este sentido, *motivación extrínseca* adquiere especial relevancia. Cuando el alumno o alumna está en situación de especial dificultad y no se encuentra bien en el instituto puede recibir dos tipos de ayuda. Aquella que se muestra más sensible y acepta la realidad del menor o la que lo niega, incluso la que lo rechaza. El rechazo o negación se manifiesta de esta manera:

6:41 246 in Entrevista 6

Entrevistado 6: eh, hacer la vista gorda cuando ven que un alumno está demasiado

triste, o por ejemplo eso, no...Cómo te digo esto, lo que me hicieron a mí de quitarme, de quitarme, un aprobado que me curré, porque es que encima me acuerdo que me lo mandó un viernes y se lo entregué un lunes y estuve todo el fin de semana rayado con qué escribía en ese folio. Sobre la redacción, que además era tema libre. Así que...

2:3 29 in Entrevista 2

sí, pues hay una cosa que no se me va olvidar nunca, porque como te he dicho determinó mi comportamiento en los siguientes cursos académicamente y en relación con los profesores, que es en biología. Es una de mis asignaturas preferidas desde siempre, el profesor era muy estricto, pero con eso no había problema. Pero, siempre que explicaba y preguntaba dudas, yo levantaba la mano igual diez veces en una clase, para hacer preguntas que no eran dudas en el sentido de lo que había explicado, si no ampliaciones.....Sus primeras contestaciones fueron, bueno espérate que eso te lo explico en bachillerato o, o eso no entra hasta que....., bueno yo lo seguía intentando hasta que un día me habló mal, me dio un corte, me ridiculizó un poco, y ahí ya paré de preguntar, ya ni dudas. Nada. Y, pues mi actitud en clase durante toda la ESO, pasó a ser pues muy pasiva.

No todos los alumnos y alumnas tiene la posibilidad de contar con variables compensadoras. Afortunadamente en el caso de nuestra muestra sí pudieron compensar, y encontrarse más adelante con profesores y profesoras que supieron ver y apreciar sus capacidades. En cualquier caso, exponerse a experiencias positivas por parte del profesorado es un elemento en el que confluyen los entrevistados. Por lo que observamos que todos y todas ellas tuvieron en mayor o menor medida experiencias positivas a las que se agarraron para construir su historia como estudiantes. Estas experiencias positivas algunas veces fueron más continuadas y mantenidas en el tiempo -de aquí la relación con la *vinculación al centro educativo* en su vertiente de *otros apoyos*- y en otras ocasiones son más puntuales pero

simbólicamente muy poderosas. Desde el punto de vista de *otros* apoyo:

6:43 258 Entrevista 6

Entrevistado 6: sí, bueno, con algún profesor me he encontrado pero, uno que precisamente era de los que más me gustaba, es cierto, eso tendría que haberlo dicho, XXX. Que fue el primero que me puso dieces, fue en tecnología, y he decidido tirar por la rama de las tecnologías por él. En realidad veo que debería haber tirado por el arte, porque el arte me gusta más y me llena más. Pero en parte también es cierto, al menos me dijo, que tenía talento para ello y he demostrado que al menos lo entiendo, en la mayor parte de la tecnología. Así que, por lo menos eso, también eso. Las buenas notas a veces te hacen esforzarte más. Y sobre todo, es que la tecnología, yo llegué con la taza completamente vacía y me la llenó él.

Haber disfrutado de elementos apoyos será otro elemento común en todos los alumnos y alumnas analizados. Por un lado encontramos el apoyo familiar -en el que nos detendremos más adelante- pero por otro lado observamos diferentes tipos de apoyos. Los ya señalados del profesorado, el de iguales, el apoyo terapéutico y otros apoyos de carácter más simbólico.

En el caso de los apoyos por parte del profesorado:

2:47 194 in Entrevista 2

Pues tuve una profesora de inglés y una de psicología que sí que tuve muy buena relación con ella pero porque se adaptaba más a mí, a mis inquietudes.

1:29 56 in Entrevista

a mi dentro del instituto la verdad es que sentí cierto apoyo por parte de mi tutora en Bachillerato. Porque en la ESO...es que esto es muy desconocido. O sea, es que la gente tampoco sabe cómo tratarlo. Entonces, yo me he sentido, o sea, un poco de apoyo en el sentido de que al menos no me juzgaba.

El apoyo del profesorado es crucial, ya que esto tiene mucho que ver con la *sensibilidad y la formación del profesorado*. Entraremos de lleno en estos aspectos más adelante.

Con respecto a los apoyos recibidos por iguales señalamos que es un elemento común en todos ellos que los iguales sobre los que se apoyan no pertenezcan al contexto educativo, suelen ser apoyos externos al colegio o instituto. Solo en uno de los casos el apoyo de iguales sí resultaron ser amigas del instituto adquiridas en el periodo de la ESO. Pero en el momento de mayor gravedad, y pese a no estar ya realizando estudios de manera conjunta durante el periodo de Bachillerato, siguieron manteniendo la amistad y sirviendo como apoyo externo.

4:22 48 in Entrevista 4

pues de la ESO mis compañeros es que los conocía de toda la vida. Pues empecé con ellos en infantil. Entonces yo de ahí me he llevado a mis tres mejores amigas que a día de hoy seguimos siendo las cuatro mejores amigas....Y, o sea, de ahí me he llevado unos apoyos increíbles. Y estas tres chicas me acompañaron cuando me dieron, cuando me daban los días libres en el hospital, por ejemplo.

Con respecto al apoyo terapéutico observamos que es un elemento que también se repite de manera sistemática. Esto es algo que ya está establecido en el marco teórico, recibir apoyo terapéutico intensivo es un elemento protector y facilitador de la recuperación del menor (Morales, 2020). Es así que hemos encontrado que la manera en la que se vinculan con sus terapeutas durante los años de recuperación se convierte en un apoyo externo muy positivo para todos ellos y ellas:

1:30 56 in Entrevista 1

me sentía respaldada, antes de entrar en el hospital de día por mi equipo de salud mental. Sobre todo por mi psicóloga.

3:16 77 in Entrevista 3

Bueno ehh, también, bueno...bueno mi psicóloga claro.

Avanzando en la variable *otros apoyos* encontramos los apoyos simbólicos. Estos apoyos pueden representar una gran influencia para el alumnado con dificultades. Ya que se convierten en un estímulo fortísimo. El poder de lo simbólico para el refuerzo de la conducta puede adquirir un gran valor:

1:31 56 in Entrevista

las canciones ayudan. A mí por ejemplo una artista, Demi Lovato, que me inspiró mucho con su historia. Que a mí me hizo ver, porque claro, es que, me hizo ver como que había más personas que estaban pasando eso, que lo habían pasado y que estaban superándolo.

Otra de las sub-categorías que nos han ayudado a realizar el análisis es la *de Hetero-expectativas*, que a su vez está relacionada con la *Motivación extrínseca* y con la *Construcción de la personalidad*, con el *apoyo familiar*, y con la *autoestima*.

2:44 166 in Entrevista 2

Pero yo era como jopé, es que si sigo estudiando y saco buenas notas, o llego a un nivel educativo superior mi padre se va a sentir orgulloso.

Del *apoyo familiar* hablaremos más adelante. En cualquier caso, las *hetero-expectativas* se definen de la siguiente manera

1:10 36 in Entrevista 1

Lo que eso te come la cabeza, de hecho me acuerdo que a mediados de cuarto vinieron a hablarnos de las FP y nuestros propios profesores, o sea desde....o sea, yo te estoy hablando desde dentro de los departamentos educativos. O sea que es muy fuerte, te decían si tú podías o deberías hacer una FP o no.

Las *Hetero-expectativas* son algo que ayudan a definir tanto la *construcción de la personalidad* como la *autoestima*.

1:60 108 in Entrevista 1

A ver, que como te digo. Sino hay un deseo base de querer sacárselo no lo va a haber. Pero no es lo mismo que tú no tengas ese, o sea, que tú tengas un mínimo deseo. Digamos que tienes un cinco por ciento de deseo, si a ti encima que tienes poco, como poca autoexigencia, poco tal, como que no esperan nada de ti y te dicen soluciones fáciles, vas a caer en eso. Porque no tienes tú la fuerza de voluntad suficiente como para aportar la confianza, que, o sea, que te falta por parte de los otros, esa aprobación.

2:41 156 in Entrevista 2

claro, yo la autoestima por ejemplo, me han dado....leches el autoestima desde los nueve años

Por lo que contar con elementos compensadores para el mantenimiento de la autoestima resulta de especial relevancia.

6:16 107 – 108 in Entrevista

Entrevistado 6: que el ingreso me ayudó mucho

En definitiva, los *apoyos* serán un elemento central en la construcción de la variable *motivación intrínseca*. Ya que esta estará condicionada por las subcategorías presentadas.

1:37 62 in Entrevista 1.docx

Y eso yo creo que viene muy implicado por la persona y por los mecanismos que tú aprendas. Pero como no tengas un apoyo, en estas cosas te caes

Por lo tanto, la *motivación intrínseca* será aquella que permite seguir estudiando. Cada alumno encontrará la motivación en elementos diferentes:

3:18 93 in Entrevista 3

¿para seguir estudiando? No sé. Uhh....la verdad es que ha sido, no sé, casi. A ver, tampoco lo he pensado mucho, pero casi diría más bien lo contrario. Como el miedo al no, al no, no sé, a no hacer nada. Y, no sé si me explico.

Pero en cualquier caso, encontramos que la *motivación intrínseca* es aquella que se define fundamentalmente a través de *ausencia de conflicto en el centro educativo, ganas de mejora, aceptación del trastorno, motivación extrínseca, autoestima y hetero-expectativas*.

Finalmente, si nos fijamos en la última de las categorías que conforman el factor *Condicionantes para el estudio*, siendo esta *desfase curricular*, podremos observar que esta se define en base a las subcategorías *comienzo de los problemas académicos, adaptaciones metodológicas y detonante*.

Lo primero que señalaremos en relación al *desfase curricular* es que hemos apreciado solo un caso en el que se apreció desfase curricular en la etapa de Educación Primaria, provocado la repetición de curso. Por lo que en el paso a la ESO el nivel curricular del alumno era el que le correspondía por curso. En ninguno de los casos observados hemos encontrado historias escolares que implicasen un arrastrar desfase curricular, justo todo lo contrario. Bien porque la solidez académica del alumno o alumna adquirida durante la etapa de Educación Primaria conformaba un estudiante con recursos suficientes como para enfrentarse a la ESO y compensar el impacto del trastorno en sus capacidades como estudiante, o bien porque se produjeron compensaciones metodológicas bien planteadas por parte del profesorado que intervino con este alumnado.

Nos parece interesante resaltar la relación que observamos entre estas *adaptaciones metodológicas* con el tipo de *vinculación del alumnado al centro*.

2:47 194 in Entrevista 2

Pues tuve una profesora de inglés y una de psicología que sí que tuve muy buena relación con ella pero porque se adaptaba más a mí. A mis inquietudes.

Por último, la categoría *desfase curricular* está relacionada con la subcategoría *comienzo de los problemas académicos, adaptaciones metodológicas, detonante y búsqueda de la superación*.

El inicio de los problemas académicos se define en base a los *hábitos de estudio*. Es así que algún informante manifiesta:

1:8 36 in Entrevista 1

Porque el nivel de exigencia subía, el nivel de exigencia impuesto en el exterior, en el interior en mi caso en mí, y luego claro, o sea...yo pude solventar primero segundo porque no era un nivel excesivamente complicado para mí, entonces no requería tanta concentración de mi parte. Pero tercero ya sí, entonces es ahí cuando empiezo a notar el batacazo

Esta afirmación pone de manifiesto la dificultad que implica enfrentarse al estudio en una situación de trastorno mental grave, por lo que significa en cuanto a pérdida de concentración, entre otras cosas. Es así que tener consolidado hábitos de estudio, presentar buenas o mínimas condiciones en cuanto a competencias conceptuales y procedimentales se refiere, recibir una adaptación metodológica adecuada, sentirse vinculado al centro y contar con apoyos suficientes, son elementos que permiten compensar la carencia que el alumnado pueda manifestar en cuanto al factor *Condiciones para el estudio*.

Señalaremos que solo en uno de los alumnos entrevistados hemos encontrado que haya repetido algún curso. Por otro lado, el desfase curricular que presentó en la etapa de Educación Primaria quedó compensado con la repetición de curso y con la respuesta metodológica que recibió durante la etapa de Educación Secundaria. Observamos que la variable *Motivación intrínseca* es la variable que mayor peso adquiere en el desarrollo académico de los seis casos analizados. Lo interesante de esta variable no es tanto la variable en sí misma, sino cómo se construye la motivación y cómo esta está estrechamente ligada al

cuidado del contexto en toda su amplitud. Por lo que contar con buena vinculación con el centro educativo, recibir las adaptaciones metodológicas que el alumnado necesita, tener consolidados hábitos de estudio, y en definitiva, contar con apoyos -apoyo familiar, psicoterapia adecuada, apoyo de iguales y del profesorado- son elementos que contribuyen a movilizar los recursos internos del alumnado para que pueda definir su personalidad y reforzar su autoestima de manera positiva, con la motivación como referencia.

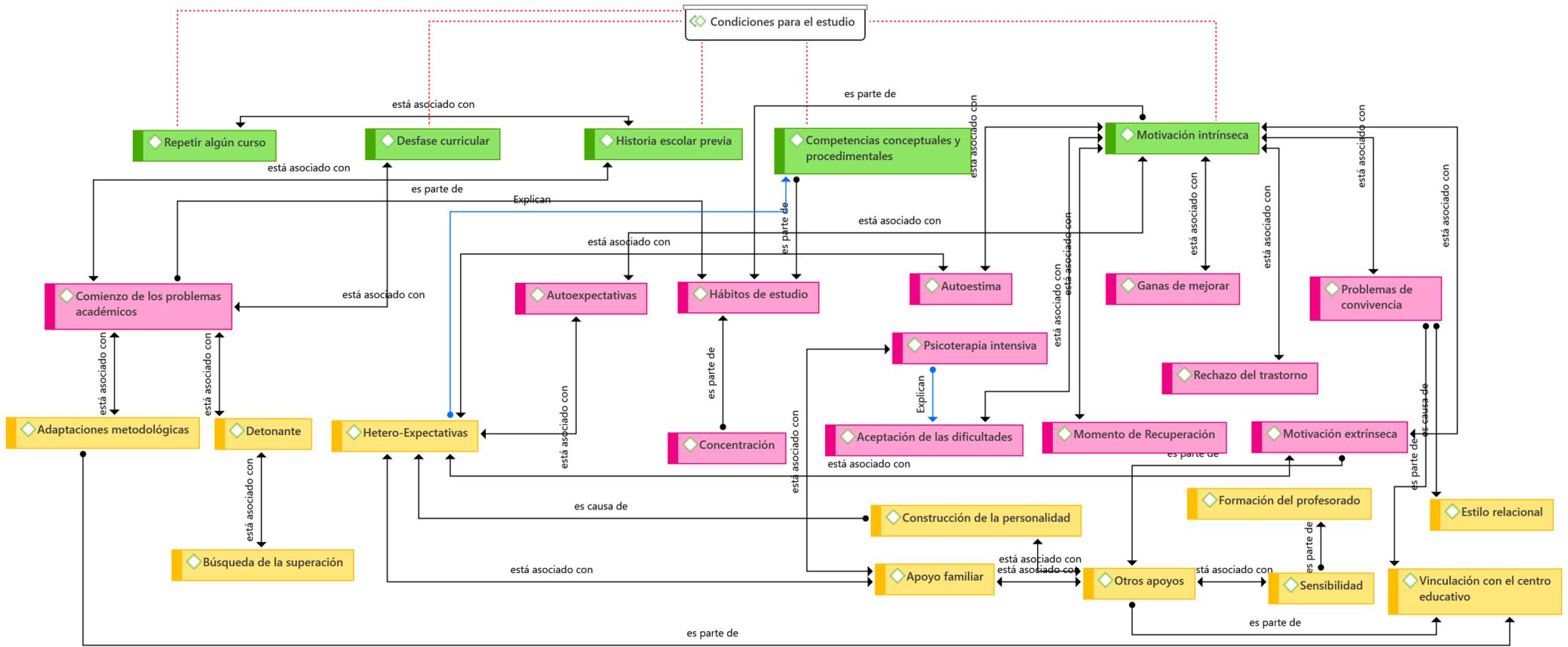


Figura 69. Condicionantes para el estudio.

A continuación centraremos la mirada en el factor *Representación de la sintomatología*. Este factor está conformado por las categorías *tipo de trastorno, estilo relacional y problemas de convivencia*.

Recordaremos que el tipo de trastorno lo hemos conceptualizado como *internalizante y externalizante*. Es así que de entre los seis casos que hemos analizado cuatro han sido de tipo internalizante y cuatro de tipo externalizante. El *estilo relacional* lo hemos analizado como inhibido o desinhibido.

En relación al *tipo de trastorno* una de las informantes diferenciaba entre dos maneras de representación del trastorno:

1:48 96 in Entrevista 1

Hay un montón de patologías y cada patología que tienes pues te condiciona de una manera. Y para mí, hay dos diferenciaciones. Y están las que son un poco más adaptativas a lo que está establecido, que es por ejemplo como la mía, como la de XXX. Y luego están las otras. Que son como más rebeldes, digamos. Entonces la sociedad no las mira de la misma manera.

La segunda categoría que define el factor *Representación de la sintomatología* será *estilo relacional*. El *estilo relacional* lo hemos diferenciado entre inhibido y desinhibido. Es así como encontramos que

1:57 106 in Entrevista 1

la diferenciación que te hacía antes de que los que tenemos enfermedades mentales, uno, o es más adaptativa y como que se junta más a lo que la sociedad espera de ti, y luego los rebeldes.

1:59 106 in Entrevista 1

O sea, dentro encima de que un TLP en su adolescencia, tío, es la puta hostia. O sea, es que madre mía. Que te pongas a decirle que es un descarriaó, o que no va a llegar a nada, que es lo que te dicen en el instituto. Si es que es lo que te dicen.

Encontramos dos elementos de análisis. Por un lado podemos observar que aquellos alumnos y alumnas que presentan un estilo relacional más inhibido cuyo perfil podría relacionarse con los trastornos internalizantes muestran más capacidades de adaptabilidad al contexto educativo. Por otro lado, aquellos alumnos y alumnas que se representan de manera desinhibida y cuyo perfil podría establecerse dentro de los trastornos externalizantes muestran menos capacidades de adaptabilidad al contexto educativo.

Avanzando observamos que la categoría *estilo relacional* está asociada a la subcategoría *sentirse juzgado*.

1:58 ¶ 106 in Entrevista 1

yo he tenido unas carencias y unas cosas, pero a mí nunca me han juzgado, o sea, nunca me han juzgado que yo sea de una manera mala

1:67 120 in Entrevista 1

Lo típico, el típico niño tímido de clase, es que al niño tímido de clase es al que le tienes que preguntar, es con el que más te tienes que volcar. ¿Sabes?, no dejarle ahí para que se auto margine y se vaya a la última fila, porque entonces no va a cambiar. O sea, él no tiene la fuerza de voluntad para sacarlo.

El primer párrafo nos señala la vivencia positiva de esta informante. En su experiencia, el no haberse sentido juzgada ha sido algo que la ha ayudado en su recorrido académico. Por otro lado señala la consecuencia que podría tener el hecho de sentirse juzgado. Por otro lado observamos que *no sentirse juzgado* está relacionado con la *autoestima*, que a su vez se relaciona con la *motivación intrínseca*.

6:18 119 – 120 in Entrevista 6

Entrevistador: qué maravilla. Oye, lo de la motivación es curioso, porque claro, de dónde saca uno la motivación, ¿no? Cada uno se busca la vida...

Entrevistado 6: sí, es que eso es muy curioso. Porque es que también yo en esto lo que he visto, por ejemplo XXX que también era de XXXX, he visto que es que hay gente que parece que quiere curarse y gente como que le da miedo. Y yo creo que es eso, que es casi cuestión de motivación todo. Es saber lo que quiere conseguir esa persona en su vida y, y decirle por dónde puede conseguirlo.

En relación a la manera en la que los entrevistados se han vinculado con su centro educativo, solo un caso no ha señalado sentirse vinculada durante la etapa de la ESO. En cualquier caso, lo que sí hemos observado es como en todos ellos y ellas se producía una ausencia de *problemas de comportamiento*. Esto lo hemos podido observar también los dos trastornos externalizantes. No se han señalado problemas de conducta más allá de lo esperado en un adolescente. Solo uno de los trastornos externalizantes ha manifestado no sentirse vinculada con el centro educativo en el que cursó la ESO.

2:21 61 in Entrevista 2

Entonces, me metí en el rol de payasa, pero tampoco.... tampoco era un problema la interrupción constante en la clase. Sí que me echaron una vez, un par de veces. Una fue por no hacer los deberes, y otra por celebrar un suspenso.

3:9 65 in Entrevista 3

no, no. Muy poco, bueno. No sé, alguna vez me he peleado pero muy poco.

Esto, en gran medida está mediatizado por el *estilo relacional*. Es así, que los estilos relacionales más desinhibidos muestra más problemas de comportamiento, sintiéndose afectado el nivel de vinculación a su centro de estudio.

2:18 57 in Entrevista 2

Porque mi manera de relacionarme con el resto de compañeros no era sana, no era normal, entonces pues tendía mucho a..... a pues igual a polarizarse, de me has hecho una cosa que yo he interpretado mal y ya no te quiero volver a ver nunca más en mi vida. O me has prestado un lápiz y me quiero casar contigo. Ese tipo de relaciones muy intensas, muy cambiantes.

La vinculación al centro quedará condicionada por las subcategorías *sentirse juzgado*, el nivel de *comprensión del trastorno* por parte del centro educativo y las *adaptaciones metodológicas* que reciba el alumno.

Si centramos la mirada en la subcategoría *motivación intrínseca*, podremos observar que se define en base a las subcategorías *psicopatología intensiva*, *auto expectativas*, *hábitos de estudio*, *autoestima*, *aceptación de las dificultades*, *momento de recuperación*, *ganas de mejorar*. La *psicoterapia intensiva* nos lleva directamente al *apoyo familiar*. Por lo que entendemos que el apoyo familiar y recibir una psicoterapia intensiva, son dos elementos que contribuyen a que el menor se sienta con seguridades, y por lo tanto pueda desarrollar niveles más altos de motivación intrínseca.

6:23 142 in Entrevista 6

Entrevistado 6: con lo cual básicamente eso, me, me parece que al principio no sabían cómo llevarlo, pero también debido a la comunidad psiquiátrica mientras les fueron dando consejos a mis dos padres pues ellos fueron aprendiendo a tratarme y así también he ido sacándome mejor los estudios. Además, una vez me saqué la ESO que es lo obligatorio, se relajaron bastante con lo de meterme presión, y es que es lo que realmente me mataba era la presión de tanto esto.

Observamos que las *competencias conceptuales procedimentales* estarán determinadas por las *hetero-expectativas* y los *hábitos de estudio*, que a su vez se relacionan con el nivel de concentración. Es decir, la situación clínica del menor, de mayor o menor estabilidad,

predispone a que la sintomatología se muestre con mayor o menor impacto en el contexto educativo. El cuidado de la estabilidad emocional del alumnado resulta crucial en este sentido. Ya que nos llevaría no solo a cuidar la relación de los apoyos familiares y del apoyo psicoterapéutico, sino también a cuidar el apoyo que el propio centro pueda brindar. Es así que la *formación del profesorado* se muestra relacionada con la *motivación extrínseca*, y en última instancia será un reflejo de los niveles de inclusión que el centro practique.

2:32 96 – 97 in Entrevista 2

Entrevistada 2: no yo lo veo como, a ver, lo que he vivido yo es como muy rígido. Como esta, este es el sistema, estas son las pautas que hay que seguir, y cualquier alumno que no se pueda adaptar por una causa o por otra, pues es que es lo que hay.

Esa rigidez de la que habla la entrevistada en gran medida tiene que ver con la capacidad de sensibilidad y formación que tenga el profesorado.

4:20 44 in Entrevista 4

Yo creo que ningún profesor hacía el rol de orientador o sea, ni nada por el estilo. No había nadie con quién pudieras hablar. Como mucho la tutora, pero la tutora, o sea no sé si fue...no sé, quizás es que yo la juzgué demasiado estricta por venir de donde yo venía, o....pero la tutora como mucho decía, bueno ¿hay algún problema en clase? Y es que no se contaba ni el bullying, porque hubo bullying. Entonces era como, ni eso se hablaba qué te voy a decir yo, ¿sabes?, ¿qué me ha dado un ataque de ansiedad en el baño? Entonces era como, puff. Yo creo que eso, no veía ninguna figura referente a la que poder contarle nada. Esa fue mi, como mi experiencia, ¿no?

La falta de referencias de cuidados dentro del profesorado es uno de los elementos que señalan los entrevistados. En definitiva, estamos hablando de encontrar *apoyos*, elemento que hay hemos visto que se relaciona con la *motivación extrínseca*.

Otro de los elementos que encontramos es el de la *sensibilización*. La formación del profesorado está ligada a la sensibilización, ya que consideramos que la sensibilización debería formar parte de la formación del profesorado. Esta sensibilización llevaría a realizar mejores niveles de *coordinación con la familia* y a establecer *otros apoyos*. Ambos elementos redundarían en la práctica de pedagogías inclusivas, no solo en términos contextuales, sino también en términos didácticos.

1:21 48 in Entrevista 1

A mí las cosas que me hacían era que me ponían al lado de la puerta y me permitían salir, o sea, los profesores estaban informados, y cuando a mí me daba yo salía y me iba al baño. Y yo con eso, o sea, parece una tontería, pero el que yo en un momento dado pueda salir, o sea, esté tan cerca de la puerta que no se advierta tanto mi presencia al salir, que no me pregunten, o sea, normalicen.

Señalaremos que el nivel de adaptabilidad del estudiante está relacionado con el nivel inclusivo del centro. En este sentido, no podemos olvidar que la inclusión implica un doble esfuerzo, implica niveles de adaptabilidad del alumnado y del centro. De uno hacia el otro. La responsabilidad del centro educativo consistirá en general el marco emocional adecuado que permita al menor realizar ese esfuerzo.

1:61 108 in Entrevista 1

ero de otros, por ejemplo, de una compañera mía que también tuvo problemas mentales se esperaba todo lo contrario. Porque ella no pudo adaptar su enfermedad al sistema educativo. Yo creo que es un poco resumen, adaptar tu enfermedad al sistema.

6:17 110 in Entrevista 6

Entrevistado 6: ahí al principio dije, jopé, eso es muy complicado. Tengo que esforzarme bastante más que ninguno para aprender, pero después de un tiempo al

final repetí. Pero, y lo que le fastidió a los profesores fue eso, que me dijeron, cómo estás repitiendo si, si te lo sabes ya todo. Y yo dije, ya pero es que quiero volver a hacer el curso, y en el siguiente año cuando vi cómo era lo de ir de los primeros de la clase, pues me motivé más. Entre eso y que ya me estaba recuperando de lo del brote, pues fue como doble motivación, también. Se me volvió a hacer un nudo, pero más bien positivo.

Por lo tanto, el centro educativo tiene que conseguir que el alumnado ponga de su parte, y esto se consigue cuidando todos los elementos contextuales que van más allá de la práctica didáctica.

1:66 120 in Entrevista 1

Cuando te empiezan a pasar estas cosas y te alejas un poco, te sientes un bicho raro. De hecho yo lo noté, cuando empecé a sacar peores notas sí que lo noté. O sea, como cierto distanciamiento, en el momento en el que tú no pones de tu parte por acercarte a eso, o no viene implícito en tu personalidad, creo que sí que se te da un poco de lado.

Una de las constantes en todas las entrevistas realizadas ha sido la de las *ganas de mejorar*. Todos y todas ellas han conservado, incluso en los momentos más delicados, las ganas de seguir mejorando.

1:53 104 in Entrevista 1

yo creo que tiene que salir de ti. Porque el apoyo al fin y al cabo, no es solamente para los estudios. Ese apoyo externo condiciona que tú salgas o no adelante con esa enfermedad. Lo de los estudios para mi es una cosa totalmente aparte. Es como un subnivel. Si consigues pasar tu enfermedad y llevarla bien puedes decidir o no llegar a cierto tipo de estudios, tener un estilo de vida u otro. Para eso, el marcarse metas resulta fundamental.

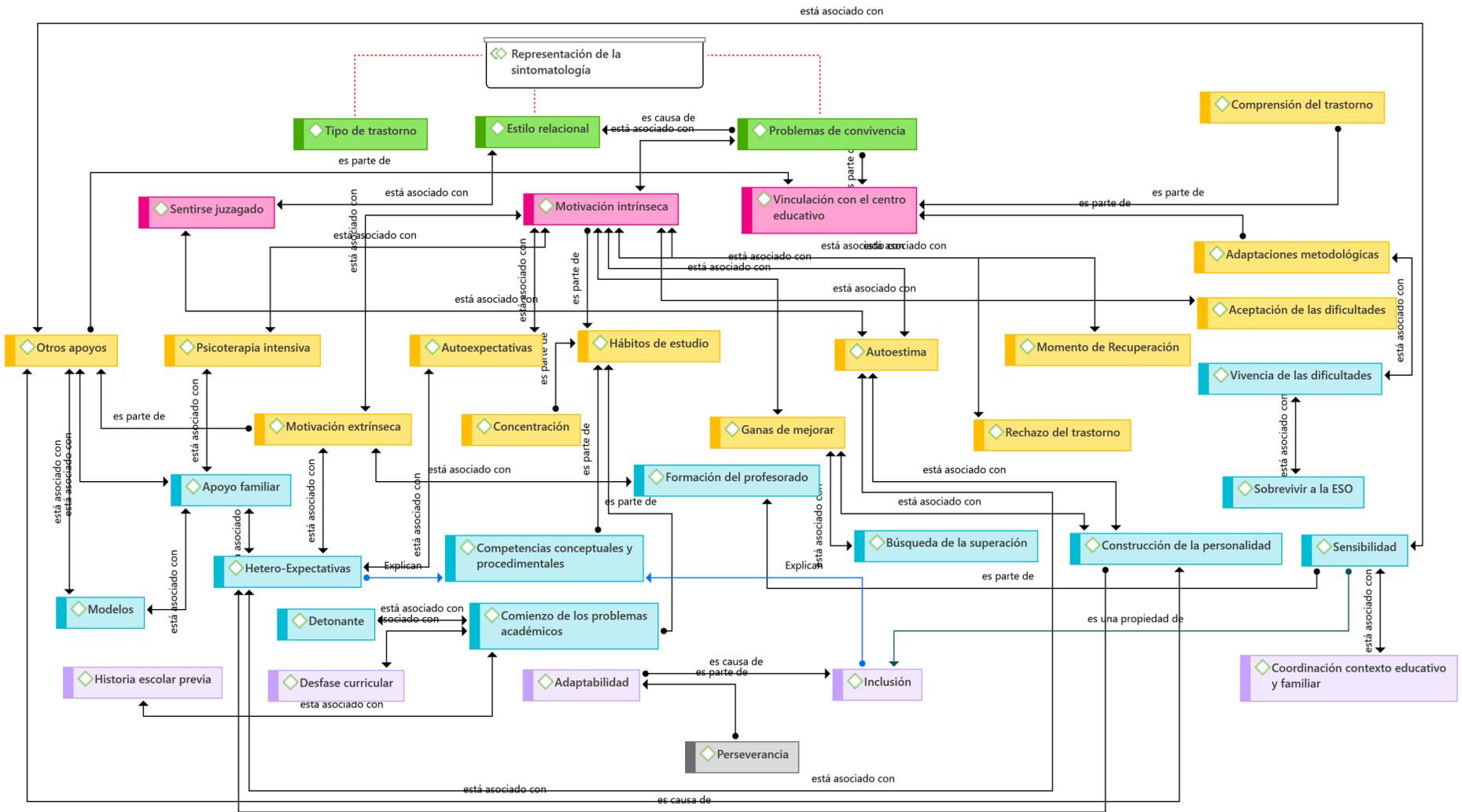


Figura 70. Representación de la sintomatología

El siguiente grupo factorial que analizaremos está compuesto por las categorías, *absentismo escolar, éxito académico, hábitos de estudio y vinculación con el centro educativo.*

El *éxito académico* es una categoría que no desarrollaremos, ya que se trata del elemento central de la investigación., entender los elementos que acompañan y definen el éxito académico de la población analizada. Dado que se trata de una característica implícita en todos los informantes no estableceremos relaciones con el resto de categorías.

En relación al *absentismo escolar*, observamos que ninguno de los entrevistados se encontró en situación de absentismo escolar a lo largo de su trayectoria educativa. Incluso en los peores momentos continuaron asistiendo a clase. En los momentos de mayor inestabilidad clínica fue cuando estuvieron ingresados un un Hospital de Día, por lo que pudieron continuar con sus estudios.

3:12 69 in Entrevista 3

sí. Sí, sí. Vamos, incluso, yo qué sé. Algunos días de verano que ya la mayor parte de gente no iba, yo iba también.

4:26 74 in Entrevista 4

pues en la ESO nunca

5:17 63 in Entrevista 5

Entrevistado 5: todos los días. Salvo cuando me ponía enfermo que eso no era lo más común, todos los días.

Pasemos a analizar a continuación la categoría *hábitos de estudio*, ya que estos se convierten en un elemento importante dentro de este factor. No en vano se trata de una categoría que estructura en gran medida otros componentes como son los niveles de competencia conceptual y procedimental.

1:8 36 in Entrevista 1

Porque el nivel de exigencia subía, el nivel de exigencia impuesto en el exterior, en el

interior en mi caso en mi, y luego claro, o sea...yo pude solventar primero segundo porque no era un nivel excesivamente complicado para mi, entonces no requería tanta concentración de mi parte. Pero tercero ya sí, entonces es ahí cuando empiezo a notar el batacazo.

Algún informante manifiesta que incluso en momentos de inestabilidad en los que la concentración se veía afectada por la sintomatología de su clínica, pudo seguir estudiando gracias a la constancia y al método que implica tener adquirido hábitos de estudio.

2:12 29 in Entrevista 2

Hacia lo justo para acabar, o sea, hacia los deberes y todo,

Las *competencias conceptuales procedimentales* que están relacionadas con los *hábitos de estudio* podrían estar condicionadas por los niveles de *inclusión y de heteroexpectativas*.

El *comienzo de los problemas académicos* se definen en base a la *historia escolar previa, el detonante y el desfase curricular*. Es decir, en la medida que el menor está más estabilizado y la sintomatología no afecta de manera severa en el rendimiento académico del menor, se produce menos desfase curricular. Esto se convertirá en un puntal importantísimo para la construcción del proyecto educativo del estudiante.

La relación entre la *motivación intrínseca* y los *hábitos de estudio* se manifiesta en base a la *aceptación de las dificultades, las ganas de mejora, el momento de recuperación y el rechazo al trastorno*.

Y es que los hábitos de estudio se convierten en algo estructurante que se retroalimenta con la motivación intrínseca. Esta, a su vez, se define en base a subcategorías como la *aceptación de las dificultades*. Este será el primer paso de solidez que permita ir escalando en la construcción de hábitos y método de trabajo.

1:15 40 in Entrevista 1

Yo me he tenido que salir de clase con crisis de ansiedad, ya no se podía ignorar que a mi me pasaba algo y entré en tratamiento de salud mental. Finalmente me....dieron medicación, ya era un problema que no se podía sostener. No era como yo que lo manejaba antes, que nunca decía nada.

La motivación está precedida por las *ganas de mejorar*. De esta manera observamos que los *hábitos de estudio* cumplen una doble función. Por un lado permiten sostener las condiciones basales necesarias para estimular las ganas de salir adelante en base a sus condiciones de estabilidad rutinaria. Esto establece un campo de trabajo que genera seguridades y referencias. Desde la seguridad es más fácil estimular la motivación, ya que uno se puede sentir con más libertad para proyectarse. A su vez hará de catalizadora de las *ganas de trabajar*, por lo tanto, los *hábitos de estudio* podrían ser base de la motivación -junto a otros elementos- y desde ahí nos encontraríamos con las *ganas de mejora*.

Con respecto a la *motivación intrínseca*, observamos que el *momento al rechazo del trastorno* se relaciona con el *momento de recuperación*. Cuando el alumno comprende que tiene un trastorno y deja de rechazar la circunstancia es cuando empieza la mejoría. Es decir, todo pasa por la aceptación del trastorno. A partir de ahí podrá construir y desarrollar todo un proceso clínico que le lleve a sentirse mejor y por tanto, establecer mejores relaciones con su entorno.

6:18 119 – 120 in Entrevista 6

Entrevistador: qué maravilla. Oye, lo de la motivación es curioso, porque claro, de dónde saca uno la motivación, ¿no? Cada uno se busca la vida...

Entrevistado 6: sí, es que eso es muy curioso. Porque es que también yo en esto lo que he visto, por ejemplo XXX que también era de XXXX, he visto que es que hay gente que parece que quiere curarse y gente como que le da miedo. Y yo creo que es eso, que es casi cuestión de motivación todo. Es saber lo que quiere conseguir esa

persona en su vida y, y decirle por dónde puede conseguirlo.

1:53 104 in Entrevista 1

yo creo que tiene que salir de ti. Porque el apoyo al fin y al cabo, no es solamente para los estudios. Ese apoyo externo condiciona que tú salgas o no adelante con esa enfermedad. Lo de los estudios para mi es una cosa totalmente aparte. Es como un subnivel. Si consigues pasar tu enfermedad y llevarla bien puedes decidir o no llegar a cierto tipo de estudios, tener un estilo de vida u otro.

La última categoría que desarrolla el factor *facilitadores del estudio* es la que hemos denominado *vinculación con el centro educativo*.

Esta categoría se define en base a las subcategorías *comprensión del entorno, otros apoyos, adaptaciones metodológicas y problemas de convivencia*.

Las *adaptaciones metodológicas* se relacionan con las *vivencia de las dificultades*. Es así que podemos observar que :

1:44 88 in Entrevista 1

sí, me da mucha pena porque es una persona muy inteligente y muy talentosa, pero es que empieza el curso a tope pero luego, en cuanto surge un problema o cualquier cosa, pues...la cosa se va poniendo mal otra vez.

Sostenerse en las dificultades, la constancia en el error, en el estudio, y en definitiva la perseverancia, se convierten en elementos centrales en los informates con los que hemos trabajado. Esta será una de las características más importantes en todos ellos y ellas. Es decir, cómo se vivencia la dificultad, si como algo imposible de revertir, o como algo que te complica el recorrido pero que no te limita, estará muy condicionado por la vinculación que el alumnado presenta con el centro educativo. En definitiva, sentir el contexto educativo como un espacio de seguridad en el que se confía, pese a tener malos momentos, es un generador de certidumbre. Por otro lado, hemos visto, que sentirse incluido metodológicamente se

convierte en un elemento interesante que contribuye al sentimiento de vinculación con el centro educativo.

2:5 29 in Entrevista 2

Pero en el resto de asignaturas igual preguntaba un montón de cosas que me interesaba saber, pero que no, no. A ver, yo entiendo ahora que se tienen que definir al temario. Pero no sé, cogeme fuera de clase, mira pues este libro está muy bien para lo que me has preguntado, no sé. No esa actitud que tuve.

En relación al análisis del último factor, *otros condicionantes*, podemos observar que está compuesto por las categorías *edad, apoyo familiar y comienzo de los problemas académicos*. En relación a la categoría *edad* señalaremos que no hemos profundizado en las características de esta variable, ya que la *edad* hace alusión al momento en el que el alumnado mostraba mayor inestabilidad. Por lo tanto, su relación con la categoría *comienzan los problemas académicos* es evidente. En este sentido, entendemos que para el análisis del campo educativo, la categoría *comienzan los problemas académicos* resulta más descriptiva y por lo tanto, permite que nos acerquemos mejor analíticamente a la realidad del alumnado con el que estamos trabajando.

Es así, que si nos fijamos en la categoría *comienzo de los problemas académicos* podremos ver que establece relaciones con las subcategorías *hábitos de estudio, historia escolar previa, desfase curricular, motivación extrínseca, detonante, adaptaciones metodológicas*. En relación a la subcategoría *hábitos de estudio* una de las informantes manifestaba

1:8 36 in Entrevista 1

Porque el nivel de exigencia subía, el nivel de exigencia impuesto en el exterior, en el interior en mi caso en mí, y luego claro, o sea....yo pude solventar primero segundo porque no era un nivel excesivamente complicado para mí, entonces no requería tanta concentración de mi parte. Pero tercero ya sí, entonces es ahí cuando empiezo a notar el batacazo

Ya hemos señalado anteriormente que el tener adquiridos hábitos de estudio es un elemento que permite anclar al alumno o alumna al marco educativo a pesar de las dificultades. El desarrollo de las habilidades de estudio requieren de un entrenamiento y una socialización que tiene que adquirirse en los primeros años de estudio. Una vez consolidados, recuperarlos, incluso en los momentos de mayor inestabilidad resultará muchísimo más

factible. En caso contrario, en caso de tener que construir unos hábitos que no han existido nunca, nos encontramos con una barrera que complica sobremanera el avance del alumno, por lo que se podría producir un rechazo.

Si nos fijamos en la *historia escolar previa*, ya hemos señalado anteriormente que todos los alumnos y alumnas entrevistados han tenido una etapa de Educación Primaria buena salvo en un caso. En cuyo caso hemos podido apreciar que se dieron los apoyos necesarios que permitieron compensar y superar el desfase curricular que el alumno alcanzó en sexto de primaria. En esta misma línea de trabajo, el *desfase curricular* será una subcategoría de especial interés. Ya que si el alumno consigue llegar a la ESO sin desfase curricular, las posibilidades de que pueda promocionar y mantener el estudio son más altas.

2:35 111 in Entrevista 2

Pero puede haber gente como yo, que tenía dificultades tipo mentales y que era capaz de seguir el curso de una clase normal.

De la relación entre *motivación extrínseca, hetero-expectativas, otros apoyos y apoyo familiar* ya hemos desarrollado elementos de relación anteriormente. Por lo que no insistiremos al respecto. No obstante, sí quisiéramos señalar la manera en la que se relaciona de manera ascendente la subcategoría *otros apoyos* con la categoría *modelos, apoyo familia y otros apoyos*. Esto es así, ya que estar expuesto a modelos y referencias positivas resulta de especial importancia. Por eso, podemos señalar que todos los alumnos y alumnas con los que hemos trabajado han tenido como referencias cercanas modelos positivos que les han servido en muchas ocasiones como referencia de normalidad y como estímulo en cuanto a las expectativas que se tenía sobre ellos y ellas, tanto intrínseca como extrínsecamente.

1:32 56 in Entrevista 1

Demi Lovato, que me inspiró mucho con su historia. Que a mí me hizo ver, porque claro, es que, me hizo ver como que había más personas que estaban pasado eso, que lo habían pasado y que estaban superándolo.

4:25 70 in Entrevista 4

conocí a un chico y pues resultó ser un chico muy formal, que estudiaba mucho, que justo hicimos la PAU en el mismo sitio, en el mismo, nos llamaron a la misma universidad a hacer la PAU, pues yo le gustaba, no sé qué, y pues al final con el tiempo, ehh, ese verano empezamos a vernos, empezamos a salir y llevamos juntos más de cuatro años. Entonces, sí que le he considerado un modelo a seguir.

2:42 158 in Entrevista 2

yo siempre me he movido y me muevo en torno a buscar la aceptación de mi padre. A ver, si hay algo que no lo acepta pues mira, pues. Me da igual, ¿sabes?, y yo creo que está bien, ehh, está bien. Pero sí que....la busco mucho. O sea lo, cualquier cosa, cualquier cosa que hago es como mira papá ¿qué opinas?, mira papá.

Este sistema de referencia en base a la exposición de modelos cercanos, sean más reales o más simbólicos, está estrechamente relacionado con toda la carga de recompensa que implica n las *hetero-expectativas* y la *motivación extrínseca*. En relación a la subcategoría *otros apoyos*, señalaremos la relación entre esta y las subcategorías *formación del profesorado* y *vinculación con el centro educativo*, de las que ya hemos hablado.

En relación a la *formación del profesorado* señalaremos la relación que se establece de esta subcategoría con la *sensibilización*, y como esta tiene mucho que ver con la *inclusión* y los niveles de *adaptabilidad del alumnado*.

6:28 155 – 158 in Entrevista 6

Entrevistador: oye, y la atención, ¿te costaba mantenerla la atención cuando estudiabas en aquellos años?

Entrevistado 6: al principio sí por el TDAH, y ahora también me cuesta mantenerla.

Pero ya he desarrollado algún que otro método de estudio.

Entrevistador: ya. O sea, que eso también uno va aprendiendo, ¿no? a....

Entrevistado 6: sí, uno va aprendiendo y ejercitándolo también.

Por lo que la *perseverancia* se convierte en un aliado de la adaptabilidad del alumnado que como si de un círculo virtuoso se tratase permite establecer elementos de mejora que retroalimentan y refuerzan las capacidades conceptuales y procedimentales que un alumno necesita para estudiar la ESO, así como las motivacionales que le permitan establecer un vínculo de superación y mejora en su actividad como estudiante.

6.1.2.7.1. Diagrama de Sankey

Con el diagrama de Sankey analizaremos el tipo de relación que se establece entre las categorías que forman cada uno de los factores. Es así que para interpretarlo tendremos que fijarnos en la anchura de las flechas. Estas nos indicarán de manera proporcional el flujo relacional que se establece entre cada una de las categorías relacionadas.

Podemos observar dos bloques diferentes. No obstante, ambos bloques estarán relacionados a través de la variable *hábitos de estudio*. Recordarán que esta variable forma parte del factor *Otros Condicionantes*.

Si empezamos a realizar el análisis desde abajo, podemos ver una línea horizontal en la que encontramos *repetición de algún curso, inicio de los problemas académicos e historia escolar previa*. Estas tres variables nos hablan del recorrido académico del menor. Es decir, en la medida que la experiencia académica está más conservada y se ha desarrollado con menos incidentes hasta el momento del análisis, el pronóstico de éxito académico es mayor. Todo esto está condicionado por la variable *desfase curricular*, que podemos observar en la línea paralela inferior.

Continuando de manera ascendente encontramos otro flujo relacional acotado por las variables *competencias conceptuales y/o procedimentales* en un extremo y *vinculación con el centro educativo* en el otro extremo. Sobre los *problemas de convivencia* encontramos la relación del *estilo relacional*, y a su vez los *problemas de convivencia* nos ayudarían a entender la manera en la que el alumno o alumna se vincula con su centro educativo. En esa misma línea horizontal podemos observar el flujo relacional que se establece entre los *hábitos de estudio* como puente hacia los *inicios de problemas académicos*. Entre medias encontramos la *motivación intrínseca* como elemento que relaciona los *problemas de convivencia* con los *hábitos de estudio*.



Figura 73. Diagrama Sankey

6.1.2.8. Conclusiones

Recordarán que la hipótesis de trabajo que ha sustentado esta segunda parte del capítulo seis, junto a la primera parte del mismo, era que *el alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales y personales diferenciales que actúan como factores de protección*. En la primera parte de la investigación, sirviéndonos del análisis de casos, obteníamos cuatro factores que nos permitían esbozar los elementos comunes que conformaban cada uno de esos factores. Partiendo de esos elementos factoriales como punto de partida nos habíamos marcado como objetivo para esta investigación analizar cómo se define la relación entre esos factores en una muestra de alumnado con Trastorno Mental Grave que ha obtenido éxito académico. De esta manera hemos pretendido entender, en términos relacionales, las condiciones personales y contextuales que posibilitan sus logros académicos desarrollando niveles suficientes de adaptabilidad al contexto educativo.

La hipótesis utilizada nos ha permitido, no tanto establecer una verdad categórica, sino delimitar el campo de trabajo a desarrollar y, de esa manera, dibujar con mayor precisión un objetivo concreto que diese explicación en términos amplios a nuestra duda indagadora. Consideramos y concluimos que si planteásemos la hipótesis, no como una aseveración, sino como una pregunta, la respuesta tendría que ser sí. Por lo que concluimos que el alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales y personales diferenciales que actúan como factores de protección. La respuesta, o las respuestas, al objetivo que define esta hipótesis, no puede ser tan categórica. Pasaremos a explicar con detalle cómo se establece y estructura el campo dinámico de relaciones entre categorías y subcategorías para que, esta vez sí afirmaremos, los alumnos y alumnas con Trastorno Mental Grave que desarrollan mejores condiciones de adaptabilidad al centro educativo tienen más posibilidades de obtener éxito académico. No obstante, y dado que hemos considerado que los factores son conceptos dinámicos (Gaxiola, 2015), sí podemos

concluir que aquellos alumnos y alumnas con TMG que presentan niveles altos de factores de protección frente a niveles bajos de factores de riesgo, o cuya intensidad compensa el desajuste adaptativo, como sugiere la muestra con la que hemos trabajado, tienen menos riesgo de presentar abandono escolar temprano.

Veamos los términos en los que se define este campo relacional para entender los niveles de adaptabilidad del alumnado con el que hemos trabajado. Para ello, hemos analizado los cuatro factores con lo que partíamos en esta última fase de nuestro estudio. Con este análisis hemos podido ver de qué manera se definen, en términos relacionales, cada una de las categorías que componen los factores que han permitido sustentar esta parte investigativa. Este proceso relacional establece un juego dinámico en el que se articula cada uno de los factores. Quisiéramos resaltar el concepto dinamismo, ya que es en la relación dinámica y no en la suma de variables, el espacio en el que se modula la definición de cada factor. Cada una de las categorías que componen los factores adquiere significado en su relación con las otras categorías, y no por sí sola. Por lo que lejos de sumar categorías para ver si aplica el factor condicionante, y entender si este factor está actuando como factor de protección o factor de riesgo, tendremos que analizar la manera en la que se relacionan cada una de las categorías que conforman el factor y la manera en la que actúan compensando o dificultando.

Fijemos nuestra atención en el primer de los factores analizados, *Condicionantes para el estudio*. Recordaremos que las variables que componen el factor son: *Repetir algún curso; Desfase curricular; Historia escolar previa; Competencias conceptuales y procedimentales; y Motivación hacia el estudio*. El peso que cada una de estas variables tiene en la definición del factor, en base a la experiencia de las seis entrevistas analizadas, es muy similar pero encontramos algunas diferencias.

Es así que la *Historia escolar*, tomando como punto de referencia el momento en el que comienza la intervención con el menor, nos da la dimensión de cuánto y cómo está

conservado el recorrido académico del adolescente. En los seis casos analizados este será un elemento común, ya que los seis llegaron a la ESO tras haber realizado una Educación Primaria buena o suficiente. No podía haber sido de otra manera, ya que la muestra está seleccionada –entre otros- por este criterio. Solo uno de ellos había repetido en 6º de Educación Primaria, y promocionando tras su repetición a 1º ESO sin desfase curricular. En el resto de los casos encontramos alumnado que no ha repetido ningún curso. Con la variable *competencias conceptuales y procedimentales* encontramos una realidad similar. Es así que solo uno de ellos mostró alguna dificultad, tanto en Educación Primaria como en ESO, respecto a la variable *competencias conceptuales y procedimentales*. Hemos podido observar cómo esta dificultad queda compensada en su relación con el factor a través de los *hábitos de estudio* y de las *adaptaciones metodológicas*. Por lo que la adquisición de *hábitos de estudio* desde los primeros años de Educación Primaria y el apoyo a través de *adaptaciones metodológicas* en los casos en que el alumnado tenga alguna dificultad de acceso al currículo, se convierten en categorías compensadoras que permiten sostener el factor.

Dentro del mismo factor, señalaremos la categoría *Motivación hacia el estudio* como un elemento central que refuerza y da solidez al factor como conjunto. En el análisis realizado hemos diferenciado entre *motivación intrínseca* y *motivación extrínseca*. En este factor hemos analizado la motivación intrínseca hacia el estudio. Señalaremos que en todos los alumnos y alumnas entrevistadas hemos encontrado una gran motivación hacia el estudio y en su discurso hemos podido establecer algunos elementos comunes sobre los que construir una definición de motivación hacia el estudio. Esta se define fundamentalmente por:

- Las ganas y el impulso hacia la mejora, así como las auto-expectativas.
- Motivación extrínseca.
- Por la ausencia de problemas de convivencia en su experiencia como estudiante.
- Por la aceptación de las dificultades como parte del proceso de recuperación, así

como por la aceptación del trastorno.

- Por tener unos niveles de autoestima mínimos y suficientes sobre los que construir y edificar su personalidad.
- Por haber desarrollado en su aprendizaje hábitos de estudio durante la Educación Primaria.

Otro elemento que quisiéramos destacar es la importancia de entender cómo se vincula el alumno o alumna con trastorno mental con el centro educativo. Ya que en la medida que se ha disfrutado de experiencias positivas a lo largo de su recorrido como estudiantes, los alumnos y alumnas entrevistadas pudieron establecer vínculos afectivos y de pertenencia al centro de estudio. La vinculación es algo que se construye en base a:

- Los apoyos del profesorado, de iguales y el apoyo terapéutico.
- Contar con apoyo metodológico adecuado.
- La ausencia de problemas de convivencia.

En este juego de relaciones, inferimos que los alumnos y alumnas entrevistados han construido su personalidad con niveles altos o suficientes de autoestima en base a:

- Las *hetero-expectativas* que han recibido de terceras personas. Es decir, lo que se ha esperado de ellos y ellas.
- La *motivación extrínseca*. No solamente se ha esperado algo de ellos y ellas, también se ha motivado y acompañado positivamente a lo largo de su recorrido académico por parte de los diferentes apoyos que han recibido de terceras personas.
- Y por el *apoyo familiar*. En todos y todas nuestras entrevistadas el apoyo familiar ha adquirido un peso central y estructural. Esto es un elemento del que hablaremos más adelante.

Por otro lado, la categoría *motivación intrínseca* adquiere un papel fundamental en todo este juego relacional, ya que servirá como eje sobre el que se articulan las demás

variables. De esta manera, tener consolidado hábitos de estudio, presentar buenas o mínimas condiciones en cuanto a competencias conceptuales y procedimentales se refiere, recibir un apoyo metodológico adecuado, sentirse vinculado y vinculada al centro y contar con apoyos suficientes, son elementos que permiten inferir que aquel alumnado que establezca una buena relación entre las variables que componen el factor, estaría representándolo con solidez suficiente como para que actúe como factor de protección.

Si centramos la atención en el factor *Representación de la sintomatología*, recordarán que este factor estaba conformado por las categorías *tipo de trastorno*, *estilo relacional* y *problemas de convivencia*.

En este factor los datos nos mostraban que los trastornos de tipo internalizante tienen más probabilidades de obtener mejores resultados académicos. Veíamos que esto se debía fundamentalmente a que los trastornos internalizantes confrontan menos con la dinámica de funcionamiento de un centro educativo y esto permitía al alumnado con trastorno de tipo internalizante evidenciar menos su sintomatología y mostrar mejores niveles de adaptabilidad al contexto aula. Por otro lado, las competencias procedimentales se veían menos afectadas en este tipo de trastornos. En el análisis de este factor nos interesará fijarnos sobre la manera en la que el resto de variables del factor actúan como compensadoras para que el factor actúe como factor de protección y no de riesgo.

En este sentido observamos que el estilo relacional actúa con fuerza dentro de las tensiones que se establecen entre variables. A la hora de entender las variables que condicionan el *estilo relacional* del alumno o alumna encontramos que esta se construye en base a:

- Sentirse juzgado.
- Motivación intrínseca.
- Vinculación con el centro educativo.

- Ausencia de problemas derivados de su comportamiento.

Es así que presentar un estilo relacional más o menos inhibido no dependerá solo del tipo de trastorno del menor, internalizante o externalizante, sino de la capacidad que el contexto educativo tenga de contener la sintomatología del alumno. Cuando el menor no se siente juzgado, construye un nivel alto de motivación intrínseca –en base a los elementos ya citados- establece elementos medios o altos de vinculación con el centro y reduce los problemas de comportamiento, conseguirá mostrar niveles más altos de adaptabilidad al centro. Esto hemos podido observarlo incluso en los dos trastornos externalizantes con los que hemos trabajado en esta parte de la investigación.

Por otro lado, hemos observado también que en los alumnos y alumnas entrevistados la vinculación al centro se ha podido construir en base a niveles altos de comprensión del trastorno por parte del centro educativo. Esta comprensión y sensibilización hacia las características diferenciales del menor está relacionada con el tipo de intervención pedagógica que recibe, por lo que adaptar la práctica pedagógica a las necesidades del menor es un elemento que está presente en la elaboración del vínculo del menor con el centro educativo.

En el análisis de la construcción de la motivación intrínseca volvemos a obtener datos que inciden en los apoyos externos que los menores entrevistados presentan. Es así que recibir un apoyo psicopatológico intensivo y un apoyo familiar positivo son elementos que contribuyen a entender los niveles de autoestima y las auto expectativas que los menores entrevistados presentan.

En relación a la ausencia de problemas de convivencia, observamos la manera en la que los alumnos y alumnas entrevistados han modulado su vinculación con el contexto educativo. Podemos apreciar que todos ellos y ellas presentan niveles moderados y altos de hábitos de estudios, y que esto está relacionado con las hetero-expectativas que reciben desde fuera en sus contextos más inmediatos, sobre todo la familia. Los hábitos de estudio nos han

permitido ver y entender que en todos y ellos y ellas, incluso en los momentos más críticos, ha existido una meta hacia la que transitar y un camino que recorrer claro sin confusiones. Los hábitos de estudio reflejan la constancia y la certidumbre que en el caos del transitar por la enfermedad mental ayuda a estructurar y establecer referencias que dan solidez al proyecto de recuperación. Es así, que los hábitos de estudio, en aquellos alumnos y alumnas que los habían construido en los primeros años de estudio, se convierte en un sostén importante que fortalece el proceso educativo en momentos de dificultad. Cuando todo lo demás no acompaña, tener adquiridas estructuras claras, disponer de metas y contar con elementos de apoyo, se convierten en elementos compensadores.

Hemos encontrado relación semántica entre los cuidados y apoyos externos y la formación del profesorado, y cómo esta a su vez, está relacionado con la motivación extrínseca. Es decir, la formación del profesorado, en términos formativos y sensibilizadores, se presenta como un camino importante sobre el que articular prácticas educativas que incidan en la promoción de factores protectores. Toda esta formación y sensibilización del profesorado hacia la diversidad, y en concreto hacia el alumnado con trastorno mental, redundaría en la práctica de pedagogías inclusivas. Esto es importante ya que hemos observado que el nivel de adaptabilidad del estudiante estará relacionado con el nivel de inclusión pedagógica que el centro presente.

Deteniendo la mirada en el factor *Facilitadores para el Estudio*, observamos que ninguno de los entrevistados ha presentado absentismo escolar a lo largo de sus diferentes etapas educativas, así como de sus diferentes momentos y niveles de gravedad. Es decir, han mantenido la asistencia en todo su escolaridad. De nuevo nos encontramos con un elemento estructurante y constante en todos ellos, la asistencia a clase. Esto es algo que ya habíamos apreciado en la variable *hábitos de estudio*, y a su vez esta última parece mostrar una relación estrecha con las competencias conceptuales y procedimentales. Por lo que asistir de manera

regular y tener hábitos de estudio son elementos que favorecen la vinculación al centro educativo.

También hemos observado que en la medida que el menor presenta mayor estabilidad y la sintomatología afecta de manera menos severa en el rendimiento académico del menor – esto se puede apreciar con más claridad en los trastornos de tipo internalizante-, se produce menos desfase curricular. Hemos observado en las entrevistas analizadas que esto se convertirá en un puntal importantísimo para la construcción del proyecto educativo del estudiante.

De nuevo encontramos que la motivación juega un papel importante que ayuda a movilizar el resto de categorías y subcategorías que definen el factor, y observamos que la motivación se relaciona semánticamente con los hábitos de estudio. Por lo tanto, aquellos elementos que generan estructuras sólidas, como son los hábitos de estudio y asistencia regular a clase, se convierten en elementos facilitadores de la motivación. Es decir, la seguridad que genera la norma en términos estructurales definen espacios sobre los que sustentar la motivación de tipo intrínseca.

Por otro lado, la manera en la que los alumnos y alumnas informantes han definido su vinculación con el centro educativo tiene mucho que ver con la manera en la que el contexto educativo les ha acompañado. En definitiva, sentir el centro educativo como un espacio de seguridad y no de hostilidad ha posibilitado al alumnado entrevistado vincularse a sus centros educativos de manera positiva.

Por último, fijándonos en el factor *Otros Condicionantes*, compuesto por las categorías *edad*, *apoyo familiar* y *comienzo de los problemas académicos*, desarrollaremos nuestra reflexión en relación a las categorías apoyo familiar y comienzo de los problemas académicos. En el análisis precedente al que nos ocupa pudimos observar que la categoría edad ayuda a identificar la adolescencia como un espacio de especial vulnerabilidad para el

alumnado con trastorno mental. Es en ese grupo poblacional en el que nos hemos centrado y al que responde la muestra por lo que, la categoría edad, pierde significancia en esta parte de la investigación ya que toda la muestra responde a la misma condición. Por otro lado, hemos entendido que la categoría *comienzan los problemas académicos* facilita el análisis investigativo en el campo educativo. Es así que el momento en el que empiezan los problemas académicos es un elemento que en la semántica de nuestros entrevistados se ha visto relacionado estrechamente con categorías que tienen que ver tanto con elementos estructurales, como es el caso de los hábitos de estudio, como con elementos de cuidado hacia el alumnado con trastorno mental, como es el caso de las adaptaciones metodológicas y la motivación extrínseca.

En todos los entrevistados y entrevistadas hemos detectado, y esto es algo que ya veíamos en investigaciones previas, que el salto a la ESO se convierte en un momento de especial vulnerabilidad. Es un momento en el que tanto evolutiva como contextualmente se producen muchos cambios. Cambiar del espacio, físico y relacional, del colegio al de un instituto condiciona sobremanera la manera en la que el alumnado manifiesta su sintomatología. Por lo que en ese momento de gran inestabilidad, poder contar con elementos estructurales sólidos y con apoyos, como es el caso de la familia en el factor que nos ocupa, permiten que este factor se comporte como factor de protección.

En definitiva, lo que encontramos con las subcategorías que semánticamente han desarrollado la categoría *comienzan los problemas*, es que los alumnos o alumnas con trastorno mental que hemos entrevistado llegaron al momento de inicio de sus problemas académicos sin desfase curricular –o con apoyos didácticos suficientes que actuaban como compensadores-, con la fortaleza de contar con estructuras sólidas de hábitos de estudio y aprendizaje, así como con apoyo familiar positivo. Por lo que la interacción de estos tres

elementos permiten que analicemos el factor *Otros Condicionantes* como un factor de protección.

Por otro lado, destacaremos que todos los alumnos y alumnas con los que hemos trabajado han podido contar con referencias más o menos cercanas y modelos positivos que han desempeñado un papel referente y estimulante. De entre todos ellos destaca especialmente la familia y las expectativas que se tenía sobre ellos y ellas, tanto intrínseca como extrínsecamente.

Hemos encontrado relación semántica entre el *apoyo familiar* y *otros apoyos*. Es decir, el apoyo familiar adquiere mayor peso específico en la medida que se ve acompañado por otros apoyos, como puede ser el de profesorado y del centro educativo. Esto es algo que hemos podido observar en las entrevistas analizadas. Cuando las expectativas que recibe el alumnado con trastorno mental, tanto de profesorado como de familia, son ajustadas y acompañan positivamente, permite que el alumno o alumna vivencie esas expectativas como algo motivante. Nos parece interesante destacar el rol que desempeña en este apoyo externo el profesorado, ya que hemos encontrado datos en todas las entrevistas que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de la formación y la sensibilización del profesorado. En la medida en la que ambos contextos, familiar y educativo, caminan con mayor sintonía, se puede inferir mayores niveles de adaptabilidad al contexto educativo del menor.

Por último, hemos analizado la subcategoría *perseverancia* y hemos encontrado relación semántica entre ella y la adaptabilidad del menor al contexto educativo junto a los niveles de inclusión que los centros practican.

6.1.2.9. Limitaciones

La presente investigación nos ha permitido profundizar, desde una metodología de carácter cualitativo, de manera profunda en elementos conclusivos que habíamos obtenido en una investigación previa de carácter cuantitativo. En este sentido consideramos que el uso de

ambas investigaciones han permitido darle rigor metodológico a este capítulo de la tesis. Entendemos que en la triangulación y contraste de los resultados hemos conseguido niveles altos de validez, ya que hemos podido profundizar en los elementos condicionantes que conforman la realidad educativa de un alumno o alumna que responde a las características de la muestra seleccionada, y este era el propósito que nos habíamos marcado.

Por otro lado, si bien es cierto que la muestra la hemos seleccionado bajo criterios de saturación y habíamos considerado que el material que habíamos reunido en el trabajo de campo resultaba suficiente, creemos que haber trabajado con una muestra más amplia habría enriquecido la investigación, dotándola de más elementos y aportando mayor detalle en el análisis. En este sentido la decisión fue cerrar en seis entrevistados la muestra, asumiendo el riesgo que se derivaba de no disponer de más muestra con la que contrastar la información que íbamos obteniendo. En este sentido señalaremos dos elementos que hemos considerado condicionantes para decidir cerrar la muestra en seis entrevistas.

Por un lado el acceso a los entrevistados y entrevistadas. La temática de las entrevistas y el perfil del alumnado a entrevistar definía un campo de estudio complejo en el acceso. Han sido varios los alumnos o alumnas que han declinado la invitación a ser entrevistados o entrevistadas, ya que se trataba de un tema que removía mucho en lo personal a los interesados e interesadas, por lo que decidieron no participar. Por otro lado, la condición de rango de edad en la que tenían que encontrarse para medir el abandono escolar temprano, así como la condición de no presentar abandono escolar temprano, dificultó sobre manera la captación de muestra.

Ambos elementos nos llevaron a tomar la decisión de cerrar la muestra con el número utilizado bajo criterios de saturación. No obstante, consideramos haber contado con una muestra más amplia nos habría permitido incidir con mayor profundidad en el análisis realizado.

Capítulo 7. Discusión y Conclusiones

Tres son las hipótesis con las que hemos trabajado a lo largo de esta texto. Las tres están relacionadas y las hemos presentado de manera secuencial, ya que hemos pretendido empezar nuestra investigación conociendo la realidad que el alumnado con TMG se encuentra en sus centros educativos. Nuestra hipótesis de partida afirmaba que la atención que reciben los alumnos y alumnas con TMG en sus centros educativos no es inclusiva y poco favorecedora del desarrollo personal y educativo de esta población. Los datos que hemos obtenido nos llevan a afirmar que esto es así. Para ello hemos marcado como objetivo el análisis de la atención que desde el Sistema de Educación Púbcico Madrileño se ofrece a esta población, encontrando datos que nos llevan a aceptar nuestra hipótesis de partida.

A continuación hemos detenido nuestra mirada en la relación entre TMG y abandono escolar temprano. Partíamos de los datos obtenidos en la primera parte de la investigación, desde donde podíamos inferir que el alumnado con TMG tenía más riesgo de presentar abandono escolar temprano que el resto de la población. Por lo que trabajando con esta afirmación como hipótesis, y marcándonos como objetivo valorar el impacto que tiene el TMG en la escolaridad de un adolescente en términos de abandono escolar temprano podemos decir que según los datos obtenidos tal aseveración se cumple, y el alumnado con TMG sí presenta mayores índices de abandono escolar temprano que el resto de la población.

Entendido el contexto en el que se desarrolla la vida académica de un alumno o alumna con TMG y confirmado el riesgo al que se enfrentan, decidimos fijarnos en aquellos elementos que definen la realidad de un alumno o alumna con TMG y ayudan a que transcurra de manera positiva en el ámbito académico. Para ello hemos partido de la hipótesis de que los alumnos y alumnas con TMG que obtienen éxito académico, entendido este como no presentar abandono escolar temprano una vez llegados a la mayoría de edad, establecen una relación compensadora entre factores protectores y factores de riesgo. En este juego

tensional entre un grupo de factores y otro, el resultado termina siendo positivo. Para ello hemos definido los principales factores del alumnado con TMG para luego entender cómo aplican estos factores en aquellos alumnos y alumnas con TMG que han obtenido éxito académico.

Recordaremos, en términos conclusivos, las principales conclusiones a las que hemos llegado con cada una de las investigaciones que han sustentado este trabajo y dan cuerpo a cada una de las tres hipótesis con las que hemos trabajado.

Hipótesis 1. El sistema público madrileño no realiza un trabajo inclusivo con alumnado que se encuentra en situación de TMG.

Objetivo General 1.1. Analizar la atención que se da en el Sistema de Educación Público Madrileño al alumnado con TMG y entender si se ajusta a las necesidades específicas de dicho alumnado.

Objetivo Específico 1.1.1. Establecer el perfil de alumnado con TMG en base a su potenciales factores de riesgo y protección de una población dada.

Objetivo Específico 1.1.2. Conocer la vivencia y la visión de la realidad objeto de estudio a través del profesorado, así como de coordinadores y coordinadoras, que trabajan en los Centros Educativos Terapéuticos.

Hemos visto que el trastorno mental grave se puede definir como “una serie de patologías psiquiátricas que por su gravedad y su tendencia a la cronicidad, comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de aquellos niños o adolescentes que lo padecen” (Mollejo, 2012, p. 639). También hemos visto que el marco temporal condiciona la gravedad del trastorno. Por lo que cuando la sintomatología está presente y condiciona por un periodo de dos años estaríamos hablando de TMG.

En cualquier caso, hemos visto en nuestra investigación la importancia de mantener al alumnado con TMG vinculado al ámbito educativo para su recuperación educativa y terapéutica. Para ello, el rol que desempeñe el profesorado se convierte en un elemento central. Para que la vinculación al centro pueda hacerse a través del profesor/a de manera efectiva esta tendría que trabajarse en base a principios de:

- Normalización.
- Ayuda.
- Motivación.

Algunos autores afirman que la influencia de las habilidades emocionales en el ajuste psicológico del adolescente, en el rendimiento académico y en la adaptación en el aula son determinantes (Extremera & Fernández-Berrocal, 2003). En esta parte de la investigación hemos obtenido datos que nos indicaban que el fracaso escolar podría darse con mayor incidencia en la población estudiada. Es así que encontrábamos que solo un 22,2% obtenía éxito académico frente a un 77,78% que obtiene malos resultados y/o fracasa escolarmente. Pudimos observar que el alumnado con TMG que no obtenía éxito académico tenía más probabilidades de:

- No tener una buena vinculación con sus institutos.
- Asistir irregularmente a clase o ser absentistas.
- Tener una mala historia escolar previa.
- Haber repetido algún curso.
- Tener baja motivación hacia el estudio.
- Falta de hábitos de estudio.
- Dificultades de atención.
- No haber sido detectado precozmente.
- Comenzar sus problemas educativos en 1º de ESO.

También podemos concluir que la falta de éxito escolar podría estar condicionada a la capacidad del centro educativo para trabajar desde planteamientos de inclusión educativa, de cómo desarrolle su trabajo el profesorado así como de las herramientas metodológica con las que cuente. Por último, el peso del apoyo familiar también se planteaba como un condicionante.

Por otro lado hemos podido concluir que el TMG no es un predictor del fracaso escolar, pero sí hay mayor riesgo de fracaso escolar si va asociado a falta de apoyo familiar, falta de apoyo institucional, impacto del trastorno mental en las funciones cognitivas que más afectan al estudio, dificultades en el mantenimiento de horarios y asistencia irregular a clase, no tener consolidados aprendizajes básicos y hábitos mínimos de estudio, una mala historia escolar, tipo de sintomatología -que el alumno no muestre un estilo relacional disruptivo-, falta de motivación hacia el estudio y la edad. Entre los 10 y los 16 años, es decir, entre la pre-adolescencia y los primeros años de la adolescencia, será la etapa educativa de un alumno/a con trastorno mental grave que más dificultades conlleve y por lo tanto que más riesgo de fracaso escolar asociado.

Hemos reflexionado sobre dos tipos de dificultades, académicas y convivenciales que vendrían a estar presentes en el alumnado con TMG. Es así como las dificultades académicas serían:

- Dificultades cognitivas.
- Dificultades de motivación.
- Dificultades relacionales.
- Dificultades convivenciales, tanto externalizantes como internalizantes.
- Dificultades de atención.
- Desfase curricular, disincronía entre lo que el sistema dice que tienen que aprender y lo que el alumno/a puede aprender realmente.
- TMG visto como Estigma.
- Historia escolar.
- Falta de asistencia (absentismo o irregularidad).

Las dificultades convivenciales están presentes en las dificultades académicas, y esto es así porque estar en un grupo-aula implica convivir, resulta imposible separar una de la otra.

En cualquier caso, hemos diferenciado entre sintomatología internalizante y externalizante, pasando más desapercibidos los primeros y generando más conflicto en la convivencia los segundos. En cualquiera de los dos casos encontrábamos problemas para interactuar y ajustarse al marco normativo y convivencial del instituto, derivando de esto la necesidad de recibir atención ajustada a sus necesidades y el uso de alternativas metodológicas que no siempre los institutos pueden ofrecer por:

- Falta de recursos.
- Falta de formación. El desconocimiento lleva a la incompreensión y esto genera problemas de convivencia.
- Falta de apoyos institucionales.
- Modelo de proyecto educativo del centro (más o menos inclusivo).

Con respecto a las diferencias entre los trastornos de tipo internalizante y los de tipo externalizante hemos podido constatar que:

- Aquellos alumnos/as que presentan sintomatología internalizante tienen más probabilidades de tener buena motivación hacia el estudio, mientras que los alumnos/as que presentan sintomatología externalizante tienen más probabilidades de tener mala motivación hacia el estudio.
- Aquellos alumnos/as que presentan sintomatología externalizante tienen más probabilidades de tener dificultades de atención que los alumnos/as que presentan sintomatología internalizante.
- Los alumnos/as con TMG que tienen sintomatología externalizante tienen más probabilidades de tener problemas de convivencia relacionados con la conducta en su instituto que aquellos alumnos/as que tienen sintomatología internalizante.

Por lo que concluimos que los alumnos/as con TMG que tienen sintomatología externalizante reúnen menos condiciones y presentan menos fortalezas para enfrentarse al

contexto educativo (Esch et al., 2014). En nuestro caso un 81,8% de los alumnos/as con TMG con sintomatología externalizante fracasa escolarmente o tiene un bajo rendimiento académico.

Desde la visión del profesorado que trabaja con alumnado TMG podríamos concluir que la afectación o impacto en el ámbito educativo del TMG es muy diferente en función del tipo de trastorno al que nos estemos refiriendo, pero señalarán la psicosis y los trastornos de conducta como aquellos que más negativamente afectan al recorrido académico del alumno/a. Serán las manifestaciones más extremas de los dos grandes tipos de dificultades que los alumnos/as con TMG pueden tener para enfrentarse con éxito al ámbito educativo:

- Problemas cognitivos representados por la psicosis. Puede producir un deterioro cognitivo muy importante.
- Trastornos de conducta, que generan problemas de relación, adaptación y adecuación al contexto. El conflicto y el rechazo se convierten en un riesgo altísimo para este tipo de alumnado que dificulta enormemente las posibilidades de éxito académico.

Y es que la enfermedad mental comienza a existir para los demás en el momento que se hace visible, nunca antes, por eso las enfermedades mentales categorizadas como internalizantes pasan más desapercibidas y las externalizantes que interfieren en la convivencia del centro terminan por expulsar al alumno/a del sistema.

En esta parte de la investigación también nos hemos preguntado por los factores de protección que permitían a alumnado con TMG tener mejor pronóstico educativo. Esta parte de la investigación ayudó a fundamentar y desarrollar la última parte de esta tesis doctoral, por lo que les remitimos al desarrollo de la hipótesis tres para acceder a las conclusiones que hemos desarrollado al respecto.

Otra de las preguntas que sustentó esta parte investigativa giró en relación a la importancia de la detección precoz. Algunos autores señalan la relación entre el retraso en el

tratamiento de los primeros episodios psicóticos con peores resultados (Yung & McGorry, 1996). Las consecuencias disruptivas en las redes sociales, familiares, relación con iguales y en la escuela pueden ser muy negativas. Por lo tanto, cuanto antes se intervenga mejor será el pronóstico educativo. En este sentido nos hacíamos la siguiente pregunta, ¿los colegios e institutos son los lugares apropiados para establecer mecanismos de detección precoz del trastorno mental? Ya decíamos anteriormente que sin valorar las dificultades que conllevaría y mirándolo de una manera aséptica y meramente teórica tendríamos que decir que sí. En este sentido hemos encontrado significación estadística entre la importancia de detectar precozmente al alumno/a con TMG y la ausencia de programas de prevención en salud mental dentro del ámbito educativo, ya que esto nos da la pista de la relevancia que adquiere la intervención dentro del contexto educativo desde ámbitos de prevención universal y específica. También hemos encontrado relación significativa entre la detección precoz del TMG y la falta de formación específica del profesorado para trabajar con esta población. Por lo que podríamos afirmar que mayor formación del profesorado en TMG y programas de prevención en salud mental estarían estrechamente relacionados con la detección precoz del TMG en el ámbito educativo.

Hemos obtenido datos que sugieren que la idea de miedo y de incompreensión es algo que está muy presente ya que ha sido una constante a lo largo de todo la investigación. Algunas de las palabras que más han resaltado los informantes han sido las de desconocimiento e incompreensión. El desconocimiento del trastorno mental lleva a familias y alumnos/as a no saber cómo situarse ante él y cómo reaccionar provocando sensaciones de inseguridad y miedo. Miedo a que lo sepan sus compañeros de clase, miedo a sentirse juzgados y miedo a no sentirse comprendidos. No en vano, la adolescencia es un periodo en el que lo grupal, la referencia de los iguales adquiere un papel fundamental en la socialización de un adolescente, por lo que el rechazo de los iguales tiene especial

importancia en esta etapa evolutiva. Y en cuanto al profesorado, también podemos concluir que existe relación entre la capacidad estigmatizante del TMG y la falta de formación específica por parte del profesorado. Por lo que, tanto estadísticamente como a lo largo del discurso construido con las entrevistas entorno al desconocimiento por parte del profesorado y las dificultades que estos tienen para trabajar con alumnos/as con TMG, podríamos concluir que hace falta mayor formación para el profesorado si queremos evitar que el TMG se vivencie como un estigma.

Entendida y contextualizada toda esta primera parte investigativa pasaremos a dar respuesta a la primera de las hipótesis que han sustentado nuestro trabajo. Podemos concluir que la atención que el alumnado con TMG reciben en los institutos no es buena. Esto debe fundamentalmente a que hace falta:

- Mayor apoyo institucional, tanto por parte de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid como de los Equipos Directivos. No se disponen de los recursos (materiales y personales) adecuados. Se necesitaría más personal en los departamentos de orientación.
- Más recursos específicos y generales para definir modelos de trabajo con alumnos/as de necesidades específica de manera integrada en el centro. Los recursos con los que cuentan los institutos no permiten realizar una atención personalizada. Se trabaja con el alumno TMG bajo criterios de conducta y pedagógicos que no tienen en cuenta la peculiaridad de cada sujeto, no se trabaja desde prácticas educativas inclusivas. Modelos organizativos muy rígidos. No todos los alumnos/a con TMG forman parte del programa de alumnos con necesidades educativas especiales, por lo que un gran número de ellos no reciben atención especializada.
- Mayor y mejor formación para el profesorado para trabajar con alumnado con trastorno mental. Hace falta más información al profesorado sobre la enfermedad

mental. Los docentes no están preparados para trabajar con TMG.

- Más trabajo de sensibilización y formación a la comunidad educativa sobre el trastorno mental. El profesorado, primer agente en tener contacto académico con los alumnos/as con TMG, no tienen la formación ni la información necesaria para detectar ni para intervenir. No siempre se detectan con facilidad. En ocasiones pasan desapercibidos.

En definitiva podemos afirmar que los institutos no están adaptados para dar una respuesta educativa adecuada al alumnado TMG debido a que:

- Cuando la enfermedad está en situación de gravedad y/o la sintomatología es externalizante y generadora de mayor conflicto en la convivencia del centro los institutos no pueden más que contener pero no intervenir, por lo que educativamente el alumno/a no recibirá una atención adecuada.
- Se observa falta de especialización en el profesorado, cuando la atención que el alumno con TMG necesita debería ser especializada.
- Existe una falta de apoyo institucional que deriva en falta de recursos, fundamentalmente humanos.
- Hay un gran desconocimiento del trastorno mental por parte de la comunidad educativa, especialmente del profesorado que deriva en falta de empatía y malas praxis educativas.

En el marco teórico reflexionábamos entorno a tres conceptos para nosotros fundamentales como son la educación inclusiva, integradora y excluyente. Señalábamos que en los centros educativos se interviene principalmente desde la visión de la problemática del alumno/a, derivando esto en proyectos educativos individualizados. Con nuestra investigación concluimos que en base a las respuestas obtenidas en los institutos de la Comunidad de Madrid los alumnos/as reciben una atención principalmente excluyente. No obstante la

intención integradora suele estar muy presente y en menor medida la inclusiva. Esto va a depender de:

- El proyecto pedagógico y la intención educativa del centro. Si en su identidad pedagógica se acercan o se alejan de la inclusión como concepto identitario.
- Predisposición y actitud del equipo directivo.
- Falta de preparación del profesorado, tanto formativa como personal, para trabajar con alumnado TMG.
- Miedo derivado del desconocimiento.

Por otro lado, podemos concluir que existe una relación directa entre el fracaso escolar y el nivel de inclusión del alumnado junto a las dificultades de convivencia que los alumnos/as con TMG encuentran en sus centros.

De donde podríamos inferir que a mayor práctica educativa inclusiva, menor sería el fracaso escolar y/o abandono escolar temprano del alumnado con TMG y menores serían los problemas de convivencia.

Por otro lado, también diferenciábamos entre tres tipos de intervención ateniendo a la intención que subyace en ella:

- Prevención universal. Esta dimensión tomaría la salud mental como objeto de trabajo desde una visión de prevención universal.
- Prevención selectiva. Su intención sería la de detectar dificultades y servir de herramienta rápida y ágil con la intención de reducir los daños derivados de un diagnóstico lento.
- Prevención indicada. Atención al alumnado que ya presenta sintomatología y está recibiendo atención específica por parte de Salud Mental.

Desde la atención universal hemos podido constatar las dificultades de los departamentos de orientación para llevar a cabo programas de prevención en salud mental.

Los motivos se centran fundamentalmente en la falta de tiempo, de profesionales y de formación específica. Los institutos podrían ser un contexto adecuado para el diagnóstico. Pero, para poder realizar esa función hacen falta recursos de los que actualmente se carecen. En cualquier caso, trabajar preventivamente de manera universal implicaría centrar la atención en:

- Sensibilización al alumnado.
- Sensibilización al profesorado.

También hemos podido constatar la relación entre la importancia de la prevención universal y la detección precoz del alumnado TMG. En cuanto a la prevención selectiva e indicada, son varios los elementos de análisis que hemos encontrado que condicionan una intervención basada en esos marcos de trabajo preventivos, como son la formación del profesorado, la falta de recursos humanos y la falta de recursos especializados.

Y en cuanto al profesorado, concluimos que el profesorado no tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con TMG. Los elementos que podríamos señalar como necesarios para mejorar en este aspecto serían:

- Adquisición de habilidades y herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado TMG. Esto nos remite de nuevo a la formación, ya que el profesorado que trabaja en los institutos tiene un gran desconocimiento sobre el TMG y carece de herramientas metodológicas para cubrir las necesidades de la población objeto de estudio.
- Falta de tiempo. Lo que nos remite a la necesidad de más recursos humanos.
- Componentes actitudinales en el profesorado. Esto nos remitiría a la necesidad de no solo formar, sino también de sensibilizar al profesorado.
- Responsabilidad de la administración educativa para facilitar recursos y formación ya que se trata de un alumnado que necesita atención específica derivada de su situación

clínica. Esto les pone en un punto de especial dificultad y vulnerabilidad educativa y social. Por lo que la atención tiene que ser especializada.

Hipótesis 2. La población escolar con TMG presenta mayor abandono escolar temprano que el resto de la población escolar.

Objetivo General 2.1. Valorar el impacto que tiene el TMG en la escolaridad de un adolescente en términos de abandono escolar temprano.

Objetivo Específico 2.1. Medir el nivel de abandono escolar temprano en alumnado con TMG.

Hemos obtenido datos que nos dicen que el 59.7% del alumnado analizado se encuentra en condición de abandono escolar temprano. Recordaremos que el nivel de abandono escolar temprano en el estado español es de 18.3% y en la Comunidad Autónoma de Madrid, en la que hemos realizado el estudio, es de 13.9% (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2018), por lo que podemos señalar que obtenemos datos que nos dicen que se produce un 41.4% más de abandono escolar temprano en la población estudiada tomando como referencia la realidad del estado español y un 45.8% tomando como referencia la Comunidad Autónoma de Madrid.

También hemos podido señalar que en la población analizada los trastornos *externalizantes* tienen más probabilidades de no terminar ningún estudio que los trastornos *internalizantes*, coincidiendo esto con lo señalado en el marco teórico (Esch et al., 2014). Analizando con más detalle el tipo de estudios se puede observar que los trastornos *internalizantes* presentan mayores probabilidades de terminar la Educación Secundaria Obligatoria y estudios no obligatorios, como el Bachillerato. Por otro lado, los trastornos *externalizantes* tiene menos probabilidades de terminar la Educación Secundaria Obligatoria y realizan estudios no académicos como la Formación Profesional.

Entendemos que el contexto educativo plantea una exigencia, en términos competencias conceptuales y procedimentales, para que el alumnado con TMG pueda permanecer y promocionar, así como temporales, en la que los trastornos *externalizantes*

acumulan menos capacidades para el trabajo propio del aula. Podemos señalar la atención, la constancia, la escucha, el respeto al trabajo grupal, etc. Producto de esta disincronía entre lo que se les pide y lo que pueden dar, terminan acumulando historias escolares empobrecidas y cargadas de experiencias negativas. Por otro lado, los trastornos *internalizantes* manifiestan un estilo de afrontamiento interno a través de sintomatología que se adapta mejor al contexto educativo, produciendo mejores niveles de adaptabilidad, tanto en lo estrictamente académico como en el ámbito relacional de la persona.

También hemos centrado nuestra mirada en la relación que se establece entre el alumnado con TMG y su acceso al mundo laboral. Los datos que hemos obtenido nos dicen que el 23.9% de la población analizada está trabajando. Por otro lado, habría que señalar que el 76% de la población analizada no está trabajando. Al contrastar nuestros datos con el de la población española desempleada menores de 25 años de edad se evidenciaba claramente cómo el paro afectaba con mayor profusión en la población analizada que en el resto de la población.

Observando la relación entre el acceso al mundo laboral y los niveles de estudios obtenidos por la población analizada obtenemos datos que nos permiten observar la inestabilidad y precariedad de los trabajos que obtienen nuestra población analizada. Por otro lado, también hemos obtenido datos que nos permiten señalar cómo los logros educativos que obtiene la población analizada condicionan el tipo de trabajo que desempeñan. Por lo tanto, haber terminado la Educación Secundaria Obligatoria facilita al menor con TMG el acceso al mundo laboral. Por el contrario, no terminar la ESO genera mayores posibilidades de inactividad, tanto laboral como educativa. Este dato nos pone ante la evidencia de que establecer mecanismos compensadores dentro del ámbito educativo para el alumnado con TMG que posibiliten una mayor tasa de logros académicos y la obtención de la ESO reduciría los niveles de abandono escolar temprano así como, inevitablemente, también reduciría las

tasas de desempleo que presenta esta población. Ambos elementos, consolidación y promoción académica, así como acceso al mundo laboral son dos condiciones para que el menor, en formación y tránsito a la adultez, pueda adquirir y consolidar las fortalezas mínimas para el acceso a un grado mínimo de autonomía en su vida adulta.

También hemos obtenido datos que indican que aquellos alumnos y alumnas que realizan estudios equivalentes al nivel que por edad debería corresponder obtienen mayores niveles de satisfacción personal. Por lo que consideramos importante señalar la manera en la que el logro obtenido se convierte en un estímulo facilitador del progreso personal y educativo. Esto es un elemento que entronca directamente con una visión inclusiva de la escuela, ya que la promoción será uno de los ejes sobre los que deberían construirse los proyectos educativos (Mayo et al., 2020).

Para concluir, en relación a las conclusiones de esta hipótesis, tenemos que decir que parece existir una relación entre el TMG y el abandono escolar temprano, ya que la prevalencia de abandono escolar temprano en la población con TMG analizada se presenta en términos mucho más severos que en el resto de la población. También hemos podido observar cómo la obtención del título mínimo que establece el marco normativo, la ESO, es un elemento fundamental para que el individuo pueda seguir estructurando su vida académica y acceder al mundo laboral. Es decir, aquellos alumnos que terminan la ESO tienen más probabilidades de trabajar así como de seguir estudiando. Destacaremos también cómo el tipo de trastorno, *externalizante* o *internalizante*, se relaciona de manera diferente con los logros educativos. Como así lo sugiere la literatura científica, es mayor el impacto del abandono escolar temprano en el alumnado con trastorno *externalizante* (Veldman et al., 2015).

Hipótesis 3. El alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales diferenciales que actúan como factores de protección.

Objetivo General 3. Definir los factores de protección que permiten que un alumno/a con TMG obtenga éxito académico.

Objetivo Específico 3.1. Establecer los factores de riesgo y de protección de alumnado con TMG.

Objetivo Específico 3.2. Definir la relación entre factores de riesgo y factores protectores para valorar el nivel de adaptabilidad alcanzado por alumnado con TMG dentro del ámbito educativo en términos de éxito académico.

Esta hipótesis de trabajo la hemos desarrollado en base a dos investigaciones complementarias y secuenciadas. En la primera de ellas hemos obtenido un modelo factorial que nos ha permitido definir los grupos factoriales sobre los que trabajar en la segunda parte de la investigación. Hemos comenzado fijándonos en los elementos comunes que el alumnado con trastorno mental muestra en momento de gravedad.

Terminada la esta primera parte de la investigación hemos concluido que el alumnado con trastorno mental, cuando está en situación de gravedad responde a un perfil que podría estar definido por los siguientes factores:

- *Condicionantes para el Estudio.*
- *Representación de la Sintomatología.*
- *Facilitadores para el Estudio.*
- *Otros Condicionantes.*

Es así como podemos entender que a la hora de implementar prácticas educativas que atiendan al alumnado con trastorno mental grave deberíamos pensar en trabajar desde estos cuatro ejes. Estos ejes de intervención no pueden entenderse el uno sin el otro, por lo que las prácticas a implementar deberán abarcar propuestas educativas concretas en cada uno de los factores indicados.

El factor *Condicionantes para el Estudio* nos está indicando cuáles son los elementos a tener en cuenta a la hora de desarrollar prácticas metodológicas concretas. Tanto aquellas prácticas educativas que favorezcan elementos motivacionales del estudiante como prácticas que favorezcan elementos procedimentales. El riesgo de repetir curso y de haber elaborado una mala historia escolar previa representan la necesidad de establecer mecanismos que redunden en mejorar la motivación del alumnado con trastorno mental grave así como el uso de prácticas metodológicas que se adapten a los procedimientos que este tipo de alumnado necesita (Frazier et al., 2015; Schulte-Körne, 2016).

El factor *Representación de la Sintomatología* no interpela tanto a elementos académicos y tiene más que ver con elementos relacionales. Es decir, cómo el menor con trastorno mental representa su enfermedad en el contexto del centro educativo y de qué manera la enfermedad condiciona su inclusión en la relación con iguales y adultos. Ya hemos visto que la trastorno mental tiene dos maneras diferentes de representarse, internalizante y externalizante (O'Dell et al., 2018), y que junto al estilo relacional podemos encontrar los problemas de convivencia que dificultan la permanencia del alumnado con trastorno mental en su centro educativo. Por lo tanto, las prácticas educativas deberían asumir la necesidad de establecer mecanismo que redunden en la mejora convivencial de este segmento poblacional dentro del ámbito educativo.

El factor *Facilitadores para el Estudio*, centra su mirada en las consecuencias. En este caso estamos fijando la atención en el grado de relación que se establece entre el menor y su centro educativo y cómo esta relación repercute y condiciona su manera de acercarse al estudio y los logros académicos. Es decir, estamos hablando de cómo el alumnado consigue permanecer en el centro educativo y de su promoción. En definitiva, estamos hablando del nivel de inclusión educativa (Collins, 2012; O'Brennan et al., 2014).

Con el factor *Otros Condicionantes*, centramos la mirada en el momento en el que la sintomatología implosiona con mayor fuerza en el ámbito educativo. Este será el momento más delicado para el sostenimiento de un menor en su centro educativo. Por lo tanto, este es el espacio temporal en el que el centro educativo tiene que hacer el mayor esfuerzo de contención para que el menor pueda continuar su escolaridad. También señalaremos cómo a través de este factor podemos analizar el tipo de relación que la familia establece con la enfermedad, ya que la manera en la que la familia acompaña al estudiante con trastorno mental grave puede convertirse en un condicionante importante para el avance educativo del menor (Morrison et al., 2018).

La segunda investigación que ha sustentado esta tercera hipótesis de trabajo del capítulo seis era que *el alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico reúne condiciones contextuales y personales diferenciales que actúan como factores de protección*. Hemos concluido que el alumnado con Trastorno Mental Grave que obtiene éxito académico desarrollan mejores condiciones de adaptabilidad al centro educativo. Es así que hemos observado que aquellos alumnos y alumnas que presentan niveles altos de factores de protección frente a niveles bajos de factores de riesgo, o cuya intensidad compensa el desajuste adaptativo, tienen menos riesgo de presentar abandono escolar temprano.

En el análisis de los cuatro factores analizados hemos encontrado elementos semánticos comunes que definen de manera relacional cada uno de ellos y que permiten establecer relaciones entre los cuatros factores. Concluimos que la constancia podría ser el elemento común que vertebra los cuatro factores y que les da solidez para que actúen como factores de protección. Es así, que la perseverancia, los hábitos de estudio, el apoyo continuado de diferentes actores, los modelos de referencia y las metas y expectativas, son todos elementos estructurantes que permiten armar y sostener un proceso de recuperación y mejora.

En el marco teórico planteábamos que la estabilidad se convierte en un facilitador para la obtención de mejores resultados académicos (Moore et al., 2019). En nuestro caso, todos los alumnos y alumnas con los que hemos trabajado carecían precisamente de eso, de estabilidad emocional. Lo interesante en nuestro caso ha sido ver que, como decía el estudio de Moore et al., trabajar en la línea de la compensación a los niveles altos de angustia, reduciendo los elementos contextuales que rodean la vida académica del adolescente, contribuyen a la optimización de los logros educativos.

También planteábamos que los alumnos y alumnas con trastornos de tipo externalizante presentan peores condiciones de adaptabilidad al contexto educativo, por lo que tienen menos posibilidades de obtener buenos resultados académicos frente a los trastornos de tipo internalizante (Crespo & Sánchez, 2021; Esch et al., 2014; Lawrence et al., 2019). En nuestro análisis hemos podido establecer elementos compensadores que han permitido, al alumnado con trastorno de tipo internalizante participante del estudio, sostener las dificultades derivadas del tipo de sintomatología de estos trastornos. Es así que el factor *Representación de la sintomatología* juega un papel importante en este sentido. El estilo relacional del menor estará condicionado, como manera de representar su sintomatología en términos relacionales dentro del contexto educativo, por la manera en la que se siente juzgado o juzgada, el tipo de motivación que recibe por parte del contexto, la manera en la que construye su vinculación con el centro educativo y la disminución o pérdida de ausencia de problemas de comportamiento. Es así que de la capacidad de adaptabilidad que el centro educativo tenga de compensar en base a los elementos citados se podrá compensar con mayor o menor profusión.

En este sentido quisiéramos indicar que las variables que conforman los factores las hemos entendido como neutras. En el factor que nos ocupa podemos ver que el estilo relacional puede ser más o menos inhibido o desinhibido, pero el hecho de que actúe como variable que mueve el factor hacia una dimensión de riesgo o de protección estará

determinada por la respuesta del contexto. Por lo que la respuesta del menor en un contexto que acompaña positivamente en base a los elementos citados será diferente a la que se podría producir en el caso contrario. Con el tipo de sintomatología pasaría igual, pese a que el alumnado con trastorno de tipo externalizante reúna peores condiciones de adaptabilidad al contexto educativo, cuando el contexto acompaña positivamente actuará como elemento compensador, y la capacidad de la variable para condicionar el factor tendría menos peso.

En el marco teórico señalábamos que, lejos de querer presentar una realidad determinista basada en la aplicación de una serie de factores, los alumnos y alumnas tiene su propia capacidad de agencia, ya que su desarrollo está condicionado por su historia personal y por sus características personales (Supkoff et al., 2012). Es así que, si bien en el marco teórico hemos planteado los factores con cierta rigidez conceptual, hemos podido observar en el análisis semántico que hay una gran permeabilidad entre factores, por lo que resulta muy difícil entender el juego dinámico planteado sin la interacción entre subcategorías dentro entre cada uno de los factores trabajados. En el diagrama relacional que mostramos en la figura 58 señalamos la categoría que adquiere mayor significación semántica de cada uno de los cuatro factores utilizados en el discurso de los entrevistados y entrevistadas, en cuanto a su relación con el resto de factores. Estas cuatro categorías establecen una relación dinámica compartiendo relación a través de las subcategorías que señalamos en el diagrama. Esta relación ayuda a vertebrar la interacción entre los cuatro factores para que resulten, como conjunto, concluyentes en niveles adecuados de adaptabilidad.

Es así que si que podemos señalar que:

- La empatía.
- Adaptaciones metodológicas.
- Motivación.
- Formación del profesorado.

- Competencias procedimentales.
- Autoestima.
- Reducidos problemas de convivencia.
- Apoyos.
- Espacios de seguridad.
- Constancia.
- Estructuras predecibles.
- 1º Ciclo ESO.
- Hetero-expectativas.

Las categorías enunciadas se convierten en los principales elementos de confluencia semántica a los que atribuir la responsabilidad de tensionar y estabilizar los factores con los que hemos trabajado compensando cuando alguna de las categorías que lo componen lleva al factor a actuar como factor de riesgo, en lugar de actuar como factor de protección.

Es así que las cuatro variables principales de cada factor, Motivación Hacia el

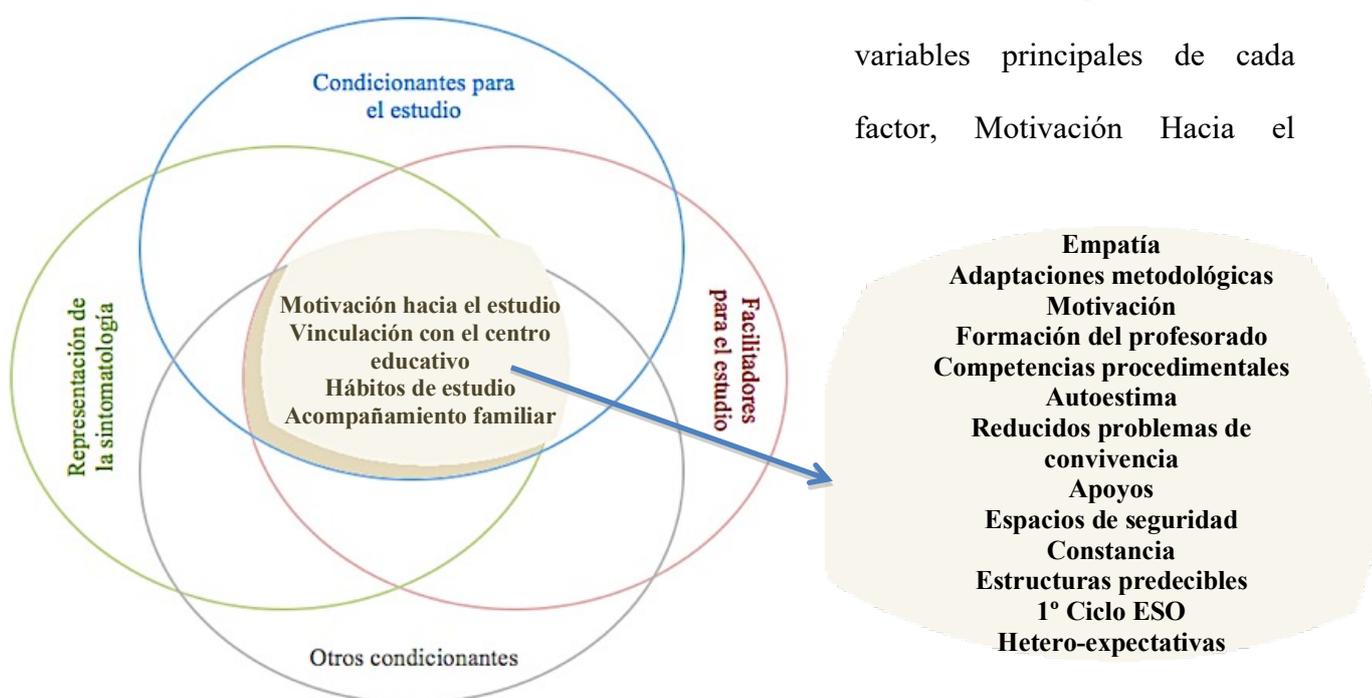


Figura 74. Diagrama de interacción entre factores

Estudio, Vinculación con el Centro Educativo, Hábitos de Estudio y Acompañamiento Familiar están presentes con claridad en todos los casos analizados, y lo hacen desarrollando las subcategorías indicadas. Las variables que puedan contribuir a que el factor se represente como factor de riesgo se verán compensadas por el resto de subcategorías que conforman la intersección de los cuatro factores estableciendo equilibrio entre ellos y permitiendo que, bajo una visión de conjunto, actúen como factores protectores.

Podemos observar cómo las subcategorías fundamentales y coincidentes, que nos han permitido articular los elementos de mayor peso en la historia de los entrevistados, se centran en elementos que tiene que ver más con el contexto y no tanto con las características personales de cada alumno o alumna. Este viaje, de la mirada puesta en el alumno o alumna - del que partíamos en la investigación que ha precedido a la que están leyendo en estos momentos-, hacia elementos de carácter contextual no es casual. En la intención epistemológica que ha sustentado nuestra investigación hemos partido de principios básicos para nosotros. Es así que hemos entendido que las realidades son cambiantes, dinámicas y simbólicas y que éstas se construyen en la interacción con el contexto en función de los significados que atribuimos a cada interacción. Es por esto que, nuestra visión de la escuela tiene que ser necesariamente inclusiva, ya que el contexto tiene un papel fundamental en la construcción de la realidad. Creemos que cambiando el contexto podemos transformar la realidad, y esto es así porque partimos de la base de que, tanto el recorrido del trastorno mental como la respuesta que se le dé desde los principales actores que trabajan con el menor en el ámbito educativo, no son inmutables ni esenciales, responden a un diálogo con el ambiente.

Es así que la empatía, la motivación y las expectativas proyectadas que los entrevistados y entrevistadas han recibido en algunos momentos de su recorrido académico por parte de algunos profesores o profesoras se han convertido en un elemento fundamental

para que los factores actúa de modo protector. En algunas ocasiones recibir respeto y acompañamiento por parte del profesorado ha sido más simbólico que real, ya que tampoco determinó de manera notable, ni cambió su realidad inmediata. Pero el peso que esa experiencia positiva ha tenido en el recuerdo, la atribución de significados que le otorga el protagonista posibilitan que ejerzan su capacidad de agencia, pudiendo convertirse en un elemento catalizador que tira del resto de categorías, incluso de aquellas que no acompañan positivamente.

Recibir una atención adecuada a las necesidades de cada alumno y alumna, entender que la adaptación curricular pasa por establecer unos mecanismos metodológicos individualizados que permitan al menor acceder al currículo respetando su individualidad y poniéndola al servicio del aprendizaje colectivo del grupo-aula pasa por, no solo la buena intención del profesorado, si no también por su formación. Sensibilizar y formar al profesorado en la atención a la diversidad es un requisito indispensable para la escuela inclusiva. Cuando estos elementos están presentes, y el alumnado se siente entendido en sus dificultades y acompañado en su proceso es cuando estamos hablando de apoyos sobre los que poder construir desarrollos personales. Con estas bases sólidas se pueden proyectar espacios de aprendizaje que consoliden las técnicas y hábitos de estudio, reforzar las competencias procedimentales que mejor se adaptan al contexto escolar y establecer procedimientos de estudio y asistencia que consoliden las bases de estructuras predecibles y constantes. La experiencia de los alumnos y alumnas que hemos entrevistado refleja claramente la fortaleza con la que se representan estos elementos, ya que adquieren una dimensión estructural que otorga robustez al proceso enseñanza-aprendizaje.

Por lo tanto, y en base a la experiencia de nuestros entrevistados y entrevistadas, los centros educativos tienen que convertirse en espacios seguros. El significado que el alumnado con TMG tiene que atribuirle a su centro educativo tiene que ser de seguridad. Tenemos que

ser capaces de crear espacios educativos que den seguridad al alumnado con el que trabajamos y que puedan vivenciar como propios, ya que desde la vinculación es desde donde podremos trabajar los afectos. Las emociones no pueden jugar un rol secundario en la construcción de procesos educativos, y es la dimensión emocional la que, si cabe, más esfuerzo hay que hacer con alumnado que está en situación de TMG.

En el marco teórico hemos cuestionado el concepto de resiliencia, ya que nosotros lo hemos conceptualizado como la consecuencia de un proceso y no como el punto de partida que se convierte en un facilitador de logros. Por lo tanto, hemos preferido hablar de adaptabilidad, ya que de esta manera no ponemos el acento en las características individuales de la persona, sino a la interacción de la persona con el contexto (Gaxiola, 2015).

Concluimos que será esta interacción, entre los cuatro factores que les hemos presentado, la que conforme el proceso de adaptabilidad de menor con TMG al contexto educativo. Este mecanismo compensador, que se establece en base a una serie de subcategorías fundamentales, permite al alumno o alumna estructurar un proceso que proporciona herramientas suficientes para sortear los obstáculos que pudiese encontrar.

Nos preguntábamos en el marco teórico por el mecanismo compensador que, en base a la interacción de cuatro factores, permitía que estos actuaran como factores protectores, y por lo tanto, el menor presentase un nivel alto de adaptabilidad. Los cuatro elementos que sustentarán este mecanismo de adaptabilidad serán conseguir que el alumno y alumna con TMG se sienta motivado hacia el estudio desde los primeros años de escolaridad, conseguir que se sienta vinculado al centro educativo, establecer rutinas y hábitos de estudio sólidas y recibir un acompañamiento y apoyo positivo por parte de los diferentes actores que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, especialmente la interacción positiva entre familia y escuela.

Capítulo 8. Propuesta de Intervención

Todos los países de la Unión Europea, salvo España y República Checa, proporcionan programas de educación para la salud dentro del contexto educativo. Algunos se centran más en controles preventivos de parámetros estandarizados de salud y otros desarrollan programas integrados basados en la evidencia con una intención más amplia del concepto de salud. En cualquier caso, casi todos los países coinciden en presentar escasez de profesionales formados en salud escolar (Michaud et al., 2021).

Nuestra propuesta de intervención centra su mirada en el concepto de salud, por lo que queremos esbozar algunos elementos de trabajo que responden a la promoción de la salud emocional en términos preventivos. Esto nos dará un mapa de intervención que se basará en los tres niveles preventivos con los que hemos trabajado a lo largo de este texto. Cada nivel preventivo deberá recoger unas prácticas concretas que permitan desarrollar la intervención desde una perspectiva global, ya que solo el trabajo de los tres niveles preventivos, enfocados a los diferentes actores que componen la comunidad educativa, nos permitirá ver el centro educativo como un todo. Esta visión unitaria se convertirá en la base de la construcción de lo que hemos denominado *espacios amables*. Destacaremos dos elementos que serán sustanciales para la construcción de estos espacios amables:

- Vinculación.
- Visión unitaria.

Para que un centro educativo adquiera esa condición de amabilidad el trabajo tendrá que entenderse desde esos dos principios. En la medida en la que seamos capaces de compensar la disincronía entre el tiempo –siendo este el momento difícil por el que pasa el alumnado con dificultades derivadas de su trastorno mental- y el espacio, conseguiremos responder a la frase que da comienzo a nuestra tesis: *I been in the right place, but it must have been the wrong time*.

Tenemos que conseguir que los espacios educativos sean los adecuados para el momento en el que está el alumnado viviendo. No podemos permitir que las condiciones que le hacen diferente se conviertan en un obstáculo, consigamos que sea solo una dificultad y compensemos con el contexto que entre todos y todas podamos construir.

En cualquier caso, no queremos mostrar un modelo concreto, sino un mapa no definido que indique los elementos por los que hay que pasar para que el centro resulte más amable desde una visión de promoción de la salud. Será la singularidad de cada centro educativo la que termine por definir las prácticas concretas. Es así que creemos que para desarrollar prácticas educativas que favorezcan la construcción de espacios amables tenemos que tener en cuenta la relación entre los diferentes ámbitos de intervención con los niveles preventivos que les proponemos en la tabla 81.

Tabla 85

Relación niveles preventivos y ámbitos de intervención. Construcción de Espacios Amables.

	Construcción de Espacios Amables		
	Prevención Universal	Prevención Selectiva	Prevención Indicada
Alumnado			
Familias			
Profesorado			

Cada uno de los espacios resultantes en el cruce del ámbito con el nivel preventivo será depositario de proyectos de intervención concretos que el centro educativo tendrá que definir en base a su propia realidad. Para entender la realidad el centro educativo, este tendrá que realizar un análisis de la realidad que contemplará los elementos sobre los que reflexionaremos a continuación.

Es así que pudimos ver en el marco teórico cómo el estigma y el escaso conocimiento de aspectos relacionados con la salud mental dentro del contexto educativo se identifican como una de las barreras principales que impiden que el contexto se convierta en un espacio de ayuda (DeLuca, 2020), siendo este uno de los elementos centrales sobre los que hemos

realizado nuestro análisis y sobre el que habría que reflexionar para construir una propuesta de intervención propia y ajustada a la realidad. En cualquier caso, el centro educativo tendrá que tener presente que su objetivo fundamental será convertirse en un espacio amable que dé ayuda desde la sensibilidad hacia las emociones de su alumnado.

Hemos visto y considerado que el peso estigmatizante del trastorno mental se proyecta en los centros educativos, como también lo hace en la sociedad. Por lo que entendemos que el contexto es un actor fundamental sobre el que trabajar para establecer prácticas educativas que den respuesta al alumnado con trastorno mental. Convertir los centros educativos en espacios amables en los que trabajar el bienestar afectivo de los estudiantes debería ser una vía de trabajo desde donde combatir el estigma de la enfermedad. De esa manera estaríamos contribuyendo, no solo a modificar las actitudes de las personas, también a facilitar que el proceso de des-estigmatización se dé tanto en el individuo como en el grupo.

La OMS propone la protección de la salud mental como elemento anticipatorio (World Health Organization, 2018), por lo que la promoción de la salud mental debería convertirse en un eje central del proyecto educativo de cualquier centro.

En este sentido podemos afirmar que el ámbito educativo es un escenario ideal para predecir y desarrollar prácticas educativas preventivas, por lo que conocer cuáles son los principales cuadros clínicos y, en concreto, aquella sintomatología relacionada con los trastornos mentales se convierte en una herramienta fundamental de análisis para el desarrollo del trabajo del profesorado. Como ya hemos mencionado a lo largo de estas páginas, entre el 10 y el 20% de los niños y adolescente sufren trastornos mentales y solo una quinta parte son correctamente diagnosticados. De ese 20% se estima que entre un 4 y un 6% de los niños/as sufre un TMG (Fernández, A. y Gómez, 2009).

La falta de salud mental en la población adolescente está creciendo de manera rápida. En mayo de 2021 la Asociación Madrileña de Salud Mental denunciaba el desbordamiento y

la falta de medios para atender la cantidad de ingresos que se estaban produciendo en las unidades de agudos de los hospitales madrileños. En el primer trimestre del año 2021 en algunos hospitales el aumento ha sido de hasta un 50% con respecto a años anteriores. En los Centros de Salud Mental las listas de espera se han llegado a triplicar (Asociación Madrileña de Salud Mental, n.d.). Por citar algunos ejemplos concretos, se han abierto unidades nuevas para trabajar con población juvenil, como en el Hospital 12 de Octubre. En el Hospital Gregorio Marañón se han duplicado las camas dedicadas a la atención de población adolescente. Es así que podemos observar que en EEUU, entre marzo y octubre de 2020, aumentaron un 31% las visitas a hospitales por emergencias para niños y niñas entre 12 y 17 años. También aumentaron en un 50% los ingresos por intento de suicidio entre los 12 y los 17 años a principio de 2021 (Hillis et al., 2021).

Heneghan et al. (2021) hacen una revisión de los estudios realizados hasta abril de 2021 y concluyen que casi ocho de cada diez niños y adolescentes muestran empeoramiento en su comportamiento y aumento de sentimientos negativos. Por otro lado, señalan que el cierre de los centros educativos contribuyó a aumentar la ansiedad, la soledad y el estrés, así como las emociones negativas. Estos datos se pueden apreciar con mayor profusión en mujeres y adolescentes de mayor edad. De la misma manera que Marchi et al. (2021) ambos estudios concluyen en señalar que los factores de protección del bienestar mental incluyen el aumento de la socialización para proporcionar interacciones positivas y beneficios para otras personas, junto con la conectividad social basada en las experiencias de sentirse cerca y conectado a los demás. Es por ellos que entre sus recomendaciones señalarán la importancia de desarrollar acciones que promuevan el trabajo emocional, la actividad física y reducir el tiempo de pantalla entre los niños y adolescentes, así como programas de apoyo a los padres, los médicos y los responsables políticos.

Estos datos que aporta el contexto clínico se pueden ver reflejados en la cantidad de

centros educativos que están viendo cómo las dificultades emocionales de su alumnado, cada vez más, están siendo un elemento central en el trabajo de los equipos y departamentos de orientación, ya que el impacto que el aumento de los problemas de salud mental está teniendo en los centros educativos es muy grande.

Numerosos estudios (Extremera & Fernández-Berrocal, 2003) inciden en la importancia de las habilidades emocionales en el ajuste psicológico de la adolescencia, así como en su rendimiento académico y en los niveles de adaptabilidad al contexto educativo, resultando por tanto determinantes en los logros del alumnado. Por lo tanto, sabemos que aquellos alumnos y alumnas que tiene niveles altos de inteligencia emocional presentan menos sintomatología ansiosa y depresiva así como que son capaces de obtener mejores resultados académicos. Por lo que podemos señalar que variables que no son estrictamente académicas inciden de una manera notable en el rendimiento escolar del alumnado. Es así que en el rendimiento académico tendrán tanto valor las habilidades cognitivas como las habilidades emocionales.

Entendemos que trabajar de manera preventiva es la mejor manera de acercarnos a una realidad compleja desde una perspectiva más amplia. Es decir, trabajar sobre las necesidades inmediatas no tienen que impedirnos proyectarnos con miradas más largas. Podemos y debemos trabajar desde diferentes niveles preventivos. Leach y Butterworth (2012) pertenecientes al Centre for Research on Ageing, Health and Wellbeing de la Australian National University, examinaron el impacto de los trastornos afectivos, de ansiedad y de uso de sustancias de inicio temprano en el abandono temprano de la educación secundaria. Analizaron una población con edades de 20 a 34 años. Los datos que obtuvieron les indicaron que los trastornos mentales de inicio temprano se asocian significativamente con el abandono temprano de la educación secundaria. En este sentido, aumentaba la probabilidad en el abandono de la educación secundaria en el año 10 de escolaridad, es decir a los 16 años.

Entre sus conclusiones señalan que las políticas e intervenciones que promueven la prevención y la intervención temprana y que ofrecen apoyo educativo a alumnado con enfermedades psiquiátricas deberían ponerse en marcha antes de los años intermedios de la escuela secundaria –es decir, antes de los 12 años de edad- para ayudar a prevenir las consecuencias derivadas de la enfermedad.

Consideramos que el trabajo en cualquier centro educativo debería plantearse en términos preventivos. Para ello tendrá que definir su propia identidad y referencia estructural como centro educativo en términos epistemológicos, debería tener una visión amplia de los procesos en términos biopsicosociales, e implementar sus prácticas educativas desde una visión inclusiva.

Proponemos que en el trabajo de referenciarse a modelos educativos estructurantes y elaborar una visión identitaria propia de su centro educativo consista en establecer la promoción de la salud como elementos central de este trabajo. Por otro lado, desde el modelo bioecológico, consideramos que la relación entre lo subjetivo y lo objetivo resultaba de mucha utilidad para nuestra propuesta. Tan importante es entender los factores objetivos que definen una realidad como la manera subjetiva en la que el individuo percibe el ambiente e interacciona con él. Cómo el individuo desarrolla su relato, qué interpretación hace de los diferentes actores que conforman los subsistemas en los que se desarrollan las acciones y condicionan su relación con el contexto ambiental. Tanto lo objetivo como lo subjetivo se hacen evidentes en la interpretación que las personas hacen de su realidad. Consideramos que esa relación dinámica es lo que contribuye a definir la subjetividad en la objetividad y proyectarse de manera constructiva hacia el futuro.

Desde una sensibilidad inclusiva entendemos que la educación es sobre todo un derecho para todas las personas, no solo para unas pocas. Ese derecho tiene que vehicularse de manera equitativa. La respuesta que la escuela tiene que dar en una sociedad moderna,

tendría que centrarse fundamentalmente en el contexto, en la adaptación del contexto y no tanto en la falta de adaptabilidad del alumno al contexto escolar. Por lo que hemos querido poner el acento en la transformación de los contextos educativos para que estos se puedan transformar y convertir en espacios amables. Que el alumnado se sienta reconocido y vinculado a su centro educativo debería ser el fin último de cualquier escuela. Y para que eso suceda el alumnado tiene que sentirse partícipe y protagonista de su aprendizaje y su socialización escolar. No puede ser un mero espectador.

Recuperando algunos elementos ya expuestos de Woods (1998), establecíamos algunas preguntas que creemos pertinente recordar ahora:

- ¿Cuáles son las dificultades y las oportunidades que se le presentan a un docente en el trabajo con alumnado con TMG?
- Por otro lado, ¿qué elementos pone en juego para enfrentarse, tanto a las dificultades como oportunidades que esa interacción le ofrece?, ¿cuál es la atribución simbólica que atribuirá a ese elemento de trabajo?, y sobre todo, ¿cómo será su vivencia en términos emocionales?

Intentaremos dar respuesta a estas preguntas en breve. No obstante, adelantamos ya que cualquier intervención educativa destinada al trabajo en contexto educativo de alumnado con TMG debería dar respuesta a estas tres preguntas.

En cualquier caso, estas preguntas solo pueden encontrar respuesta si somos capaces de plantearlas en contexto. Hemos entendido que los ambientes educativos se conforman en base a la interacción de factores de riesgo y de factores de protección. Para nosotros tanto los factores de riesgo como los factores de protección son acumulativos (Friedman & Chase-Lansdale, 2002; Gaxiola, 2015), por lo que el individuo será más o menos vulnerable en su interacción con el contexto en función de cómo se desarrolle este proceso dinámico.

Tanto en nuestro marco teórico (Esch et al., 2014), como en los datos que nuestra

investigación arroja, hemos podido observar que los alumnos y alumnas con menos competencias procedimentales y conceptuales presentan más dificultades y acumulan más experiencias de carácter negativo. Esto, en gran medida, se debe a que muestran sus dificultades de adaptabilidad al contexto educativo a través del comportamiento. Esta incidencia en la participación de la dinámica establecida en el aula pone al alumnado de tipo externalizante con mayor riesgo de vulnerabilidad, dado que no reúnen las habilidades básicas que de ellos y ellas se espera para desenvolverse en el contexto educativo. Por otro lado, los alumnos y alumnas con reducidas habilidades sociales y relacionales, muestran un estilo de afrontamiento ante el desempeño educativo que reúne mejores condiciones de adaptabilidad, siendo este el caso de los trastornos de tipo internalizante. Esta realidad ya nos está marcando la necesidad de establecer intervenciones de carácter preventivo que permitan detectar rápidamente a aquellos y aquellas alumnas/os que empiecen a mostrar algún tipo de dificultad emocional.

Con esta tesis doctoral hemos querido, entre otras cosas, profundizar en las fortalezas y los factores protectores que tienen que conformar la realidad de un alumno o alumna con TMG para que su recorrido académico se vea afectado lo mínimamente como para que puedan continuar con sus estudios, y por lo tanto, no presentar abandono escolar temprano. En este sentido, veíamos en el marco teórico, y así hemos podido comprobar en nuestros resultados, que los estudiantes que presentan niveles altos de fortaleza emocional y niveles bajos de angustia consiguen calificaciones más altas, son capaces de participar más activamente en su contexto educativo, y muestran niveles más altos de satisfacción con su vida a la vez que obtienen niveles más bajos de ansiedad y depresión (Moore et al., 2019). Por lo que estos elementos tendrán que condicionar las propuestas de prácticas concretas que, en alguno de los niveles preventivos y ámbitos de intervención planteados en la tabla 81, tendrá que desarrollar aquel centro educativo que quiera profundizar en este planteamiento teórico.

Los centros educativos tienen que ser capaces de comprender el contexto en el que se desarrolla la vida académica de su alumnado con TMG analizando la atención educativa que reciben. Las prácticas educativas que cada centro enuncia tienen que estar vertebradas desde la positividad, fijando su mirada en aquellos elementos que configuran la realidad de sus estudiantes con TMG y la predisponen para que transite de la mejor manera posible.

Hemos concluido, y por lo tanto proponemos, que el entorno ambiental que la escuela construya contribuirá a que la realidad del alumno y alumna transcurra de una manera u otra. Por todo ello, y dado que la conducta humana se desarrolla inserta en un contexto, en función de cómo definamos el contexto podremos obtener resultados diferentes. Es decir, consideramos que el contexto ayudará a definir la conducta. En nuestro marco teórico definíamos los elementos que un contexto debe tener para resultar positivo, siendo estos (Corral et al., 2014):

- Sostenibilidad: entendiendo esta como la capacidad del sistema para reciclarse y reintegrar sus recursos al sistema.
- Principio de interdependencia: todos los miembros de un sistema son importantes.
- Principio de asociación: Esta asociación puede darse tanto en términos de cooperación como de competencia. En función de las dinámicas establecidas y de cómo se compense la asociación por cooperación y asociación por competencia el sistema funcionará de una manera más o menos saludable.
- Principio de diversidad. Todos los sistemas estarán formados por agentes diversos.

Los ambientes positivos se deben generar en base a la construcción de relaciones sanas entre todos los miembros de la comunidad educativa, definiendo espacios físicos con equilibrio ambiental, normativas y currículos que se basen en transacciones persona-ambiente generadoras de positividad en el entorno. Estas condiciones tienen que pasar por:

- Establecer un plan docente claro.

- Dotarse de estructuras clarificadoras y funcionales.
- Currículo generador de habilidades intelectuales, emocionales y sociales.
- Optimización y mejora de las instalaciones.
- Entorno físico limpio y ordenado.
- Presencia de modelos positivos.
- Trabajar preventivamente la conservación ambientales.
- Presencia de normas claras y justas para el funcionamiento escolar.

La presencia de bienestar subjetivo y de satisfacción escolar serán los elementos principales para la construcción de climas amables. Por ello, en el modelo de trabajo que les estamos presentando, tendremos que basarnos en los siguientes elementos:

- El centro educativo visto como un sistema abierto y permeable. Vivenciar las actividades y los medios compartiendo Sistemas abiertos y permeables.
- Las relaciones sociales se convierten en el eje de la intervención.
- Se prestará especial atención a los procesos, no tanto a las circunstancias concretas, manteniendo para ello una visión procesual y dinámica.
- Desarrollo de culturas y clima institucional amable.
- La realidad tiene que ser colaborativa, la interacción tiene que ser empática. Generar métodos que inspiren a los estudiantes un proyecto global y compartido.
- Incorporar en la realidad del centro educativo los valores culturales de cada individuo. Organizar el aula como un escenario de flexibilidad de agrupamiento de los estudiantes.
- Desarrollo profesional de los docentes.
- Cuidar el trabajo preventivo y atencional con las familias a través de la promoción de las relaciones familiares positivas.

- Claridad de metas y planificación interna. Trabajar desde tres niveles preventivos. Prevención universal, selectiva e indicada.
- Redefinir y actualizar el sentido de las competencias discentes y docentes.
- Estructurar los saberes con un significado integrado y transdisciplinar.
- Utilización creativa de los espacios.

Para nosotros y nosotras la sustentabilidad será un principio fundamental, visto desde un visión ecológica. La escuela tiene que ser un espacio en el que el individuo y el entorno se relacionen de manera dinámica. Esta relación procesual y dialéctica estará vertebrada por procesos psicológicos y sociales que regularán la conducta del individuo en términos de adaptabilidad al contexto. Si queremos que los centros educativos se conviertan en contextos amables, el trabajo de los afectos y las emociones debería ser un eje central de nuestra intervención. Los *procesos afectivos* terminarán de definir la manera en la que el espacio físico influirá sobre nuestro alumnado y profesorado. Es decir, qué significados le atribuimos a nuestra intervención educativa. Los contextos educativos tienen que crearse desde las personas y para las personas, el resto de sistemas o subsistemas deberán acompañar el trabajo que la comunidad educativa, formada por profesorado, alumnado y familias, conformen. Las tres partes son fundamentales, por lo que cualquier práctica educativa que queramos implementar tendrá que tener en cuenta a todos y todas las protagonistas.

En definitiva, la construcción de la escuela tiene que ser un ejercicio compartido en el que todos y todas se sientan reconocidos, respetados e incluidos. Esa será la base de la construcción de vínculos sólidos sobre los que edificar centros educativos amables. Remarcaremos el trabajo de lo vincular, ya que consideramos que conseguir que el alumnado se vincule a su centro educativo en términos emocionales es la mejor manera de que sientan el centro como propio y lo vivencien como un espacio seguro en el que crecer de manera sana.

Esta construcción de climas amables tiene que tener una visión preventiva y

anticipatoria ya que, como sabemos, la intervención temprana en los centros educativos para la mejora de la salud mental está asociada a mayores niveles de permanencia en la escuela del alumnado, se producen menos sanciones disciplinarias, aumentan los niveles de compromiso con la escuela y se elevan las tasas de promociones (McCance-Kart & Lynch, 2019). También sabemos que trabajar sobre programas educativos que se centren en la mejora de las emociones y problemas de conducta ayuda a mejorar los resultados académicos (Franklin et al., 2017).

Por último, el trabajo educativo y terapéutico desde el encuentro entre diferentes disciplinas provenientes del ámbito clínico y del educativo se puede convertir en un elemento interesantísimo a la hora de establecer prácticas educativas que se vean enriquecidas en la complejidad que conlleva trabajar en un centro educativo con alumnado que presenta Trastorno Mental Grave. La relación entre profesionales de la salud mental y de centros educativos podría establecerse a través de un trabajo compartido entre los profesionales de salud mental y los profesionales del campo de la educación. El trabajo de profesionales de la salud mental en el ámbito educativo podría ayudar a la mejora del alumnado que presenta “morbilidad psiquiátrica significativamente clínica, con énfasis en el beneficio potencial de la intervención universal” (Fazel et al., 2014, p. 377). Por lo que también resultaría beneficiosa para el resto de la comunidad educativa.

Referencias

- Alaminos, A., Castejón, J. L., & Serie, C. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Editorial Marfil, S.A.
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20331/1/Elaboración, análisis e interpretación.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20331/1/Elaboración,_análisis_e_interpretación.pdf)
- Alcock, L., Hernandez-Martinez, P., Patel, A. G. P. y D., & Sirl. (2020). Study Habits and Attainment in Undergraduate Mathematics: A Social Network Analysis. *Journal for Research in Mathematics Education*, 51(1), 26.
<https://doi.org/10.5951/jresematheduc.2019.0006>
- Alfaro, J., Casas, F., & López, V. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 1–5. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242015000100001&script=sci_arttext
- Allen-Meares, P., Montgomery, K. L., & Kim, J. S. (2013). School-based social work interventions: a cross-national systematic review. *Social Work*, 58(3), 253–262.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24032306>
- Alonso-Vega, J., Núñez De Prado-Gordillo, M., Lee, G., Pereira, M., & Froján-Parga, X. (2019). El tratamiento de Enfermedades Mentales Graves desde la investigación de procesos. *Conductual*, 7, 44–65. <http://conductual.com/articulos/El>
- Alonso García, J.; Sánchez Raya, A. (2015). La profesión de la Educación Social: atención a la infancia con discapacidad. In C. Sánchez Romero (Ed.), *Formación y desarrollo profesional del educador social en contextos de intervención*. UNED.
- Altman, I., & Rogoff, B. (1987). Worldviews in Psychology: Trait, interactional, organismic, and transactional perspectives. In En D. Stokols e I. Altman (Ed.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 1–40).

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Association. www.appi.org
- Antelm, M. A., Gil, A. J., & Cacheiro, M. L. (2018). Causes of school failure: An analysis from the perspective of teachers and students. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 36, 129–149. <https://doi.org/10.14201/et2018361129149>
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet. Psychiatry*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Aristóteles. (2001). *Ética a Nicómaco*. Alianza Editorial.
- Ariza-Hernández, M. L. (2017). Influencia de la inteligencia emocional y los afectos en la relación maestro-alumno, en el rendimiento académico de estudiantes de educación superior. *Educación y Educadores*, 20(2), 193–210. <https://doi.org/10.5294/edu.2017.20.2.2>
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317–326. http://jeffreymarnett.com/Arnett_1999_AmPsy.pdf
- Artigue, J., & Tizón, J. L. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria*, 46(7), 336–356. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.002>
- Asiel, Á., García-Gil, M. del M., Freund, N., & Fernández, A. (2013). Programa para facilitar la detección precoz de trastornos mentales graves en el medio escolar: lecciones aprendidas de una experiencia piloto. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 537–554. <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/16696/16536>
- Asociación Madrileña de Salud Mental. (n.d.). *La AMSM denuncia la grave situación de*

desbordamiento y la falta de medios en la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia en Madrid. | Asociación Madrileña de Salud Mental. Retrieved October 22, 2021, from <https://amsm.es/2021/05/10/la-amsm-denuncia-la-grave-situacion-de-desbordamiento-y-la-falta-de-medios-en-la-atencion-a-la-salud-mental-en-la-infancia-y-adolescencia-en-madrid/>

Azuero, A. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8), 110–127.

<https://doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>

Ballesteros Velázquez, B., & Mata Benito, P. (2012). Diversidad cultural, eficacia escolar y mejora de la escuela: encuentros y desencuentros. *Revista de Educación*, 358, 17–37.

<https://doi.org/DOI:10-4438/1988-592X-RE-2012-358-181>

Bateson, G., & Ruesch, J. (1951). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Norton and Company.

Bazely, P. (2009). Integrating Data Analyses in Mixed Methods Research Epistemological Concerns in Integration. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(3), 203–207.

<https://doi.org/10.1177/1558689809334443>

Bergua, J. A. (2011). *Estilos de la investigación social: técnicas, epistemología, algo de anarquía y una pizca de sociología*. Prensas Universitarias de Zaragoza.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=611705>

Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbolico Perspectiva y Metodo*. Hora S.A.

Boege, I., Herrmann, J., Wolff, J. K., Hoffmann, U., Koelch, M., Kurepkat, M., Lütte, S., Naumann, A., Nolting, H. D., & Fegert, J. M. (2018). CCSchool: a multicentre, prospective study on improving continuum of care in children and adolescents with mental health problems associated with school problems in Germany. *BMC Health Services Research*, 18(1), 947. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3713-6>

- Bourdieu, P. (1981). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema educativo* (2ª Edición). Editorial Laia S.A.
- Breslau, J., Lane, M., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 42(9), 708–716. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.016>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology. Volume 1: Theoretical Models of Human Development* (6ª, pp. 793–828). John Wiley & Sons, Inc.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2010). Associations between early-onset mental disorders and educational attainment in Belgium; a population study. In *Tijdschrift voor psychiatrie* (Vol. 52).
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M. del, García Campayo, J., Montón Franco, C., & Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50, 83–108. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Burkhart, G., & Helmer, S. (2019). *Drug prevention: exploring a systems perspective Legal notice*. <https://doi.org/10.2810/51693>
- Cabrerizo, J. (2019). Procedimientos, técnicas e instrumentos para la evaluación en la intervención socioeducativa. In Martín y Rubio (Ed.), *La intervención socioeducativa: diseño, desarrollo y evaluación*. (pp. 233–270). UNED.
- Cardona Andújar, J. (2013). *Epistemología del saber docente*. UNED.
- Carrión-Martínez, J. J., Pascale, L., & Fernández Martínez, M. del M. (2019). Elements of the inclusive school organization for the response to students with special needs in secondary education in Italy. The situation in a professional secondary schools. *Psychology, Society and Education*, 11(1), 27–37.

<https://doi.org/10.25115/PSYE.V10I1.1922>

Casanova, M. A., & Reyzábal, M. V. (2007). *Atención educativa al alumnado enfermo en la Comunidad de Madrid*. Dirección General de Promoción Educativa.

<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/43023>

Coller, X. (2005). *Estudio de casos*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Collins, M. (2012). Index for inclusion: developing learning and participation in schools.

Educational Psychology in Practice, 28(4), 445–445.

<https://doi.org/10.1080/02667363.2012.728810>

Comité Institucional de Ética en Investigación. (2016). *Código de ética para la investigación*.

<https://bit.ly/34t50E7>

Consejería de Educación-Comunidad de Madrid. (2005). *Instrucciones de la Dirección*

General de Centros Docentes Relativas a la Elaboración y Revisión del Plan de

Atención a la Diversidad de los Centros Educativos Sostenidos con Fondos Públicos de

Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Com.

Contini, N. (2018). Algunos enlaces conceptuales entre psicopatología del desarrollo,

personalidad y evaluación psicológica infantojuvenil. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 147.

<https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1604>

Convención sobre los Derechos, & de las Personas con Discapacidad. (2019). *Comité sobre*

los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los

informes periódicos segundo y tercero combinados de España.

Corral, V., Frías, M., Gaxiola, J., Fraijo, B., Tapia, C., & Corral, N. (2014). *Ambientes*

Positivos. Ideando entornos sostenibles para el bienestar humano y la calidad de

ambiental. Pearson Educación.

Cortina-Pérez, B., & Medina Rivilla, A. (2019). La competencia de internacionalización del

profesorado universitario. Un reto pra la educación superior. *Publicaciones*, 49(5), 209–

224. <https://doi.org/http://doi.org/10.30827/publicaciones.v48i2.8331>
- Cova Solar, F. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. *Revista de Psicología, XIII*(1), 93–101.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413107>
- Crespo-Molero, F., & Sánchez-Romero, C. (2021). The Repercussion of Severe Mental Disorder at School: Early School Dropout. *Culture and Education, 32*(1), 135–159.
<https://doi.org/10.1080/11356405.2020.1859736>
- Crespo Molero, F., & Sánchez Romero, C. (2019). Impact of severe mental disorder in the educational field of adolescents. *Revista Complutense de Educacion, 30*(1).
<https://doi.org/10.5209/RCED.56082>
- Crespo Molero, Francisco, & Sánchez Romero, C. (2019). Alumnado con Trastorno Mental Grave: análisis de la atención educativa recibida en la Comunidad de Madrid. *Psychology, Society, & Education, 11*(1), 113. <https://doi.org/10.25115/psye.v11i1.2124>
- Cuadrado, A. (2013). Vista de Pensar y actuar metodológicamente: Una experiencia de investigación mediante un estudio de casos cualitativo. *Arteterapia, 8*(0), 191–2010.
<https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/44445/41985>
- Cubo, S., Martín, B., & Ramos, J. L. (2011). *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Pirámide.
- Damon, W., & Lerner, R. M. (2007). Handbook of Child Psychology. In John Wiley & Sons (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6Th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658>
- Darraj, H., Mahfouz, M. S., Al Sanosi, R., Badedi, M., & Sabai, A. (2018). The effects of an educational program on depression literacy and stigma among students of secondary schools in Jazan city, 2016. *Medicine, 97*(18), e9433.
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009433>

- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(1), 47–57.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22670412>
- De la Fuente-Tomas, L., Sánchez-Autet, M., García-Álvarez, L., González-Blanco, L., Velasco, Á., Sáiz Martínez, P. A., Garcia-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2019). Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *12*(2), 106–115.
<https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2018.08.002>
- Delaney, K. R., Burke, P., DeSocio, J., Greenberg, C. S., & Sharp, D. (2018). Building mental health and caring for vulnerable children: Increasing prevention, access, and equity. *Nursing Outlook*, *66*(6), 590–593. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.10.004>
- Delgado Ruiz, M. (1999). *El animal público : hacia una antropología de los espacios urbanos*. Editorial Anagrama.
- DeLuca, J. S. (2020). Conceptualizing Adolescent Mental Illness Stigma: Youth Stigma Development and Stigma Reduction Programs. *Adolescent Research Review*, *5*, 153–171.
<https://doi.org/10.1007/s40894-018-0106-3>
- Dewey, J. (2008). *Teoría de la valoración*. Ediciones Siruela.
- Di Giovanni, P., Elder, J., Ena, E., Kagio, D., Kamonde, C., Limbu, M., Niang, O., Nsubuga, E., Pakkala, L., Schultink, W., Nairobi, E., Girma, A., McCormick, C., Mulenga, D., Murthy, J., Oburu en Kampala, P., Badran, S., Jenkins, R., Mohammad, E., ... Whitby, M. (2017). *Estado mundial de la infancia 2017. Niños en un mundo digital*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). www.soapbox.co.uk
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez-Arias, R., & Ordóñez, A. (2013). Prevenir la drogodependencia en adolescentes y mejorar la convivencia desde una perspectiva escolar ecológica.

Revista de Educación, Extraordinario, 338–362. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2013-EXT-251>

Dirección General de Bilingüismo y Calidad de la Enseñanza. (2020). *Datos y cifras de la educación 2019-2020*. Consejería de Educación y Juventud. Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050013.pdf>

Dirección General de Hospitales. Consejería de Sanidad. Salud Madrid. (2010). *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. <https://goo.gl/75E8dw>

Durkheim, E. (1975). *Educación y sociología* (1ª). Ediciones Península S.A. Col. Homo Sociologicus.

Durkheim, E. (2007). *Las Formas Elementales de la vida Religiosa*. AKAL.

Echeita Sarrionandia, G. (2016). Educación Inclusiva De los sueños a la práctica del aula. *Cuaderno de Educación*, 75, 1–9. <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/10201>

Einola, K., & Alvesson, M. (2020). Behind the Numbers: Questioning Questionnaires. *Journal of Management Inquiry*, 30(1), 102–114. <https://doi.org/10.1177/1056492620938139>

Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(04), 395–402. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001158>

Erten, E. Y., van den Berg, P., & Weissing, F. J. (2018). Acculturation orientations affect the evolution of a multicultural society. *Nature Communications*, 9(1), 58. <https://doi.org/10.1038/s41467-017-02513-0>

Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., Fond-Harmant, L., & Anseau, M. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: A systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 14(1), 237.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-014-0237-4>

- Espín Jaime, J. C., & Belloso Roper, J. J. (2009). Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 329–354.
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/04.pdf>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2003). *Selective prevention: First overview on the European situation*.
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13636/PUBLICATIONS-2003-catalogueforWEB.pdf>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97–116. <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre332/re3320611443.pdf?documentId=0901e72b81256ae3>
- Fajardo-Bullon, F., Burguillo-Valverde, B., Leon del Barco, B., & Felipe-Castaño, E. (2019). Salud mental de adolescentes españoles según variables contextuales y horas de uso de internet. *Universitas Psychologica*, 18(2), 1–12.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-2.smae>
- Farooq, R. (2018). *How to design and frame a questionnaire*. IGI Global.
- Farrugia, B. (2019). WASP (write a scientific paper): Sampling in qualitative research. *Early Human Development*, 133, 69–71. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.03.016>
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 377–387.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)
- Fernández, A. y Gómez, M. C. (2009). Informe de la salud mental de niños y adolescentes. In *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. http://www.aeppc.net/arc/LaSaludMental_I-

J.pdf

- Fleury-Bahi, G., & Navarro, O. (2017). *Handbook of environmental psychology and quality of life research*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-31416-7>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) = Prevalence of emotional and behavioral symptoms in spanish adolescents using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 17. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348>
- Franklin, C. G. ., Kim, J. S., Beretvas, T. S., Zhang, A., Guz, S., Park, S., Montgomery, K., Chung, S., & Maynard, B. R. (2017). The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(3), 333–350. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0235-4>
- Franklin, C. G. S., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S., & Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 973–982. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2012.01.027>
- Frazier, S. L., Dinizulu, S. M., Rusch, D., Boustani, M. M., Mehta, T. G., & Reitz, K. (2015). Building Resilience After School for Early Adolescents in Urban Poverty: Open Trial of Leaders @ Play. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 723–736. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0608-7>
- Freire, P. (1970). *Pedagogia del oprimido*. Herder & Herder.
- Friedman, R. J., & Chase-Lansdale, P. L. (2002). Chronic Adversities. In Michael Rutter y Eric Taylor (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4th ed., pp. 261–276). Blackwell

Science Ltd.

- Friese, S. (2012). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti* (3Th ed.). SAGE.
- Frye, S. S., Perfect, M. M., & Graham, J. W. (2018). Internalizing Disorders. In S. G. Forman & J. D. Shahidullah (Eds.), *Handbook of Pediatric Behavioral Healthcare* (pp. 155–169). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-00791-1_12
- Fuster, J. M. (2018). *Neurociencia. Los Cimientos Cerebrales De Nuestra Libertad*. Grupo Planeta.
- Gallego, C., Rodríguez, M. R., & Corujo, C. (2016). La perspectiva comunitaria en la educación inclusiva. *Revista Prisma Social*, 0(16), 60–110.
<http://revistaprismasocial.es/article/view/1254>
- Gaxiola Romero, J. C. (2015). *Adaptación psicológica humana*. Pearson Educación.
- Gibson, J. J. (2014). The Theory of Affordances. In I. Lawrence Erlbaum Associates (Ed.), *The Ecological Approach to Visual Perception* (pp. 127–143). Routledge.
- Gil, J. A. (2011). *Técnicas e instrumentos para la recogida de información*. UNED.
- Gil, J. A. (2018). *Metodología Cuantitativa En Educación* (2ª Ed.). UNED.
- González (coord.), F. (2004). *Intervención educativa para niños con patología psiquiátrica*. Dirección General de Promoción Educativa.
- Gordillo, M. J., Guillén, E., Gordillo, M. D., Ruiz, M. I., & Gordillo, T. (2013). El alma de una sociedad: Tratamiento Integral en la Infancia-Adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 507–512.
<https://www.redalyc.org/html/3498/349852173035/>
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107–109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2nd. ed.). Hillsdale, NJ.
- Grandón, P., Aguilera, A. V., Bustos, C., Alzate, E. C., & Saldivia, S. (2018). Evaluation of

the stigma towards people with a diagnosis of schizophrenia using a knowledge scale.

Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.), 47(2), 72–81.

<https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.03.002>

Green, M. J., Tzoumakis, S., Laurens, K. R., Dean, K., Kariuki, M., Harris, F., Brinkman, S.

A., & Carr, V. J. (2019). Early developmental risk for subsequent childhood mental disorders in an Australian population cohort. *Australian & New Zealand Journal of*

Psychiatry, 53(4), 304–315. <https://doi.org/10.1177/0004867418814943>

Gulchak, D. J., & Lopes, J. A. (2007). Interventions for Students With Behavioral Disorders:

An International Literature Review. *Behavioral Disorders*, 32(4), 267–281.

https://www.jstor.org/stable/23890684?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents

Gútiérrez Cuevas, P., Sánchez Romero, C., Sierra García, P., & Zhang, A. (2011). Kids strengths:

niños en contextos de enfermedad mental parental: Estrategias de formación para

profesores, profesionales de la educación, la salud y trabajadores de los servicios sociales.

- Dialnet. *Revista de Educación Inclusiva*, 4(1), 69–88.

<https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3957891>

Gutiérrez, P., & Muñoz, V. (2013). Estrategias de intervención didáctica en el contexto de aulas

hospitalarias. En Sánchez Romero, C. (coord.). In *Aplicación de estrategias didácticas*

en contextos desfavorecidos (pp. 125–146). UNED.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. ., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*

(Seventh Ed). Pearson.

Helgesson, M., Tinghög, P., Wang, M., Rahman, S., Saboonchi, F., & Mittendorfer-Rutz, E.

(2018). Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. *BMC Public Health*, 18(1), 1228.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6141-y>

Heneghan C, Brassey J, & Jefferson T. (2021). Effects of C-19 Restrictions on Childhood and

- Adolescent Mental Health: A Scoping Review. *Illness, Crisis & Loss*, 0(0).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/10541373211047191>
- Hernández, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187–210.
- Herrero, A. M. M., Sánchez, F. S., & Sarmiento, M. L. de L. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 17–26.
<http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psye/article/view/505/483>
- Hesse-Biber, S. (2016). Qualitative or Mixed Methods Research Inquiry Approaches: Some Loose Guidelines for Publishing in Sex Roles. In *Sex Roles* (Vol. 74, Issues 1–2, pp. 6–9). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0568-8>
- Hidalgo, M. I., Ceñal, M. J., & Güemes, M. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(61), 3579–3587.
[https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70818-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70818-2)
- Hillis, S., Blenkinsop, A., & Villaveces, A. (2021). COVID-19-Associated Orphanhood and Caregiver Death in the United States. *Pediatrics*, 148(6).
<https://doi.org/10.1542/peds.2021-053760>
- Hoagwood, K., & Johnson, J. (2003). School psychology: a public health framework: I. From evidence-based practices to evidence-based policies. *Journal of School Psychology*, 41(1), 3–21. [https://doi.org/10.1016/S0022-4405\(02\)00141-3](https://doi.org/10.1016/S0022-4405(02)00141-3)
- IDESCAT. (2019). *Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Alumnos y profesores. Por niveles educativos. 2019*. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=734&lang=es&t=2019>
- Íñiguez de Onzono, S. (1996). Reflexiones sobre el altruismo: el argumento acerca de transacciones compensatorias y los deberes genéricos respecto de generaciones futuras. |

- Cuadernos de Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 9(11), 111–123.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9696110111A>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma*. <Http://Www.Ine.Es/JaxiT3/Datos.Htm?T=4247>.
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4247>
- Instrucciones Dirección General de Educación Infantil Primaria y Secundaria. (2018).
Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil, Primaria y Secundaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Centros Educativos-Terapéuticos de la Comunidad de Madrid.
https://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/a0d000a3-3f8a-40eb-bf8e-37b98d99bf9d/InstruccionesCET_18.pdf?t=1543828341409
- Jané-Llopiz, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 24(89), 068–077. <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15869>
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., & Garaigordobil, M. (2015).
 Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(2), 245–264.
[http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/2015/Depresion 03. Jaureguizar 23&2.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/2015/Depresion%2003.%20Jaureguizar%2023&2.pdf)
- Jiménez, M., Luengo, J. J., & Taberner, J. (2009). Exclusión social y exclusión educativa como fracasos. Conceptos y líneas para su comprensión e investigación. Social and educational exclusion as failures. Framework for your understanding and research. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación Del Profesorado*, 13(3).
<http://www.ugr.es/local/recfpro/rev133ART1.pdf>
- Jociles, M. I. (1999). Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gazeta de Antropología*, 15(1), 1–26.

<http://hdl.handle.net/10481/7524>

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 112–133.

<https://doi.org/10.1177/1558689806298224>

Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry Jul, 152*(7).

Kohn, M., & Rosman, B. L. (1972). A social competence scale and symptom checklist for the preschool child: Factor dimensions, their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Developmental Psychology, 6*(3), 430–444.

<https://doi.org/10.1037/h0032583>

Lai, K., Guo, S., Ijadi-Maghsoodi, R., Puffer, M., & Kataoka, S. H. (2016). Bringing Wellness to Schools: Opportunities for and Challenges to Mental Health Integration in School-Based Health Centers. *Psychiatric Services, 67*(12), 1328–1333.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500401>

Lawrence, D., Dawson, V., Houghton, S., Goodsell, B., & Sawyer, M. G. (2019). Impact of mental disorders on attendance at school. *Australian Journal of Education, 63*(1).

<https://doi.org/10.1177/0004944118823576>

Leach, L. S., & Butterworth, P. (2012). The effect of early onset common mental disorders on educational attainment in Australia. *Psychiatry Research, 199*(1), 51–57.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.040>

Lee, S., Tsang, A., Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Levinson, D., Browne, M. A. O., Ormel, J., Posada-Villa, J., Williams, D. R., & Kessler, R. C. (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and low-

- and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 194(05), 411–417. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.054841>
- Lemery-Chalfant, K., Kao, K., Swann, G., & Goldsmith, H. H. (2013). Childhood temperament: passive gene-environment correlation, gene-environment interaction, and the hidden importance of the family environment. *Development and Psychopathology*, 25(1), 51–63. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000892>
- Lereya, S. T., Patel, M., Garcez Aurelio dos Santos, J. P., & Deighton, J. (2019). Mental health difficulties, attainment and attendance: a cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(8), 1147–1152. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01273-6>
- Lezcano Barbero, F. (2013). Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente. *Educación*, 49(2), 245. <https://doi.org/10.5565/rev/educar.419>
- Lines, C., Miller, G. E., & Arthur-Stanley, A. (2010). *The power of family-school partnering (FSP): A practical guide for school mental health professionals and educators*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). Exploratory Item Factor Analysis: A practical guide revised and up-dated. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. A. L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353–358. <https://goo.gl/n1EwJi>
- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. A. L. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). - Fuentes Documentales - Bienestar y protección Infantil. *Anales de*

- Psicología*, 26(2), 325–334. <https://goo.gl/F2sk1e>
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14(4), 497–499. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.08.009>
- Macklem, G. L. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-73851-2>
- Malinowski, B. (2001). *Los argonautas del Pacífico occidental. Comercio y aventura entre los indígenas de la Nueva Guinea Melanésica*. Península.
- Mamani-Ruiz, T. H. (2017). Caracterización de la adaptabilidad mediante el análisis multivariado y su valor como predictor del rendimiento académico. *Edu. Sup. Rev. Cient. Cepies*, 3(1), 68–75. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2518-82832017000200008
- Marchi, J., Johansson, N., Sarkadi, A., & Warner, G. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Societal Infection Control Measures on Children and Adolescents' Mental Health: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 0, 1538. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.711791>
- Mardomingo Sanz, M. J., González Castro, F., González López de Guereñu, F. A. M., & Lozano Fernández, L. (2007). La enfermedad psiquiátrica y la intervención educativa. In M. A. Casanova & M. V. Reyzábal (Eds.), *Atención educativa al alumnado enfermo en la Comunidad de Madrid* (pp. 115–134). Dirección General de Promoción Educativa. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.
- Maree, K. (2017). *Psychology of career adaptability, employability and resilience*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-66954-0>
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522–525. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>
- Martínez Carazo, P. (2006). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la

- investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20(1), 165–193.
- Martínez Mediano, C. (2014). *Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos*. UNED.
- Marx, K. (2011). *El Dieciocho Brumario de Luis Bonaparte*. Claridad S.
- Mayo, E. M., Fernández De La Iglesia, J. del C., & Roget Salgado, F. (2020). La Atención a la Diversidad en el Aula: Dificultades y necesidades del profesorado de educación secundaria y universidad. Attention to diversity in the classroom: Difficulties and needs of high school and university teachers. *Contextos Educativos. Revista de Educación*, 25(25), 257–274. <https://doi.org/10.18172/con.3734>
- McCance-Kart, E., & Lynch, C. (2019). *Guidance to states and school systems on addressing mental health and substance use issues in schools*. https://store.samhsa.gov/system/files/joint_info_bulletin_school_based_services_final_508_6.28.19.pdf
- Mcgorry, P. D., & Mei, C. (2018). Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Clinical Review C*, 21(4). <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>
- Mckevitt, B. (2012). School Psychologists' Knowledge and Use of Evidence-based, Social-Emotional Learning Interventions. *Psychology Faculty Publications*, 16, 33–45. <https://digitalcommons.unomaha.edu/psychfacpub>
- Medina Rivilla, A. (2009). *Innovación de la educación y de la docencia*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Merikangas, K. R. (2018). Time Trends in the Global Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents: Gap in Data on U.S. Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(5), 306–307. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.002>

- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Michaels, P. J., López, M., Rüsçh, N., & Corrigan, P. W. (2017). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education*, 4(2), 183–194. <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psyc/article/view/490/468>
- Michaud, P.-A., Vervoort, J. P. M., Visser, A., Baltag, V., Reijneveld, S. A., Kocken, P. L., & Jansen, D. (2021). Organization and activities of school health services among EU countries. *European Journal of Public Health*, 31(3), 502–508. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa200>
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Entner Wright, B. R., & Silva, P. A. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood 1. *Source: American Journal of Sociology*, 104(4), 1096–1131. <https://doi.org/10.1086/210137>
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2018). *Datos y cifras curso escolar 2018/2019*. <https://goo.gl/f2kibW>
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2020). *Datos y cifras curso escolar 2019/2020*. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:b998eea2-76c0-4466-946e-965698e9498d/datosycifras1920esp.pdf>
- Mollejo Aparicio, E. (2012). *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Moore, S. A., Dowdy, E., Nylund-Gibson, K., & Furlong, M. J. (2019). An Empirical

- Approach to Complete Mental Health Classification in Adolescents. *School Mental Health, 11*(3), 438–453. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09311-7>
- Morales, M. J. (2020). Psicoterapia en insituciones de salud con adolescentes con intento de autoeliminación. *EQUINOCCIO, 1*(1), 117–132. <https://doi.org/10.53693/ERPPA/1.1.8>
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Research, 271*, 621–627. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.12.060>
- Morrison, R. A., Martinez, J. I., Hilton, E. C., & Li, J. J. (2018). The influence of parents and schools on developmental trajectories of antisocial behaviors in Caucasian and African American youths. *Development and Psychopathology, 31*(4), 1575–1587. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001335>
- Moscoso, A., Jovanovic, N., & Rojnic, M. (2015). Transition from adolescent to adult mental health services in Europe from the provider's perspective. *The Lancet Psychiatry, 2*(9), 779–780. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00359-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00359-4)
- Mousteri, V., Daly, M., Delaney, L., Tynelius, P., & Rasmussen, F. (2019). Adolescent mental health and unemployment over the lifespan: Population evidence from Sweden. *Social Science & Medicine, 222*, 305–314. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2018.12.030>
- Muñoz Garrido, V. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia. Memoria para optar al grado de doctor* [Complutense de Madrid]. <http://eprints.ucm.es/18133/1/T34246.pdf>
- Naglieri, J. A., LeBuffé, P. A., & Ross, K. M. (2013). Measuring Resilience in Children: From Theory to Practice. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (Second Edi, pp. 241–259). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_14
- National Institute of Mental Health. (2018). *Transform understanding and the treatment of*

- mental illness*. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154788. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154788
- National Institute of Mental Health. (2020). *Transform understanding and the treatment of mental illness*. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154788
- Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A., & Sancerni Beitia, M. D. (2012). Comportamiento de las emociones. *Phisothema*, 24(3), 377–383. <http://www.psicothema.com/PDF/4026.pdf>
- Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L., & Dawkins, J. (2009). Impact of a mental health teaching programme on adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 194(04), 365–370. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053058>
- O'Brennan, L. M., Bradshaw, C. P., & Furlong, M. J. (2014). Influence of Classroom and School Climate on Teacher Perceptions of Student Problem Behavior. *School Mental Health*, 6(2), 125–136. <https://doi.org/10.1007/s12310-014-9118-8>
- O'Brien, M. P., Gordon, J. L., Bearden, C. E., Lopez, S. R., Kopelowicz, A., & Cannon, T. D. (2006). Positive family environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. *Schizophrenia Research*, 81(2–3), 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.10.005>
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12480>
- O'Dell, S. M., Marx, J. M., & Parikh, M. (2018). Externalizing Disorders. In S. G. Forman & J. D. Shahidullah (Eds.), *Handbook of Pediatric Behavioral Healthcare* (pp. 139–153). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-00791-1_11

- Oliva, A., Parra, Á., Sánchez, I., & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49–56. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723107.pdf>
- ORDEN 992/2002. (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*. BOCAM. http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=3260&cdestado=P#no-back-button
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *OMS | Salud mental: un estado de bienestar*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., & Sastre i Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el cuestionario SDQ. *Papeles Del Psicólogo*, 37(1), 14–26. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2658.pdf>
- Osses, S., Sánchez, I., & Ibáñez, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación: Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 32(1), 119–133. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052006000100007>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pacheco Pacheco, B. (2019). Modelo Integrativo y Multidimensional de Formulación Diagnóstica en Psiquiatría de Niños y Adolescentes. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 44(2), 38–50. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i3.1301>

- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(6), 457–463. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0048-0>
- Paradis, A. D., Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Beardslee, W. R., Ward, K. E., & Fitzmaurice, G. M. (2011). Adolescent Family Factors Promoting Healthy Adult Functioning: A Longitudinal Community Study. *Child and Adolescent Mental Health*, *16*(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00577.x>
- Pérez, D. C., & Moreno, R. L. (2019). La investigación cualitativa: un camino para interpretar los fenómenos sociales. In J. Mendoza & N. Esparragoza (Eds.), *Educación: Aportaciones metodológicas* (pp. 85–101). Consorcio Educativo de Oriente.
- Pérez, E. R., & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, *2*(1), 58–66.
- Pérez, R., Galán, G., & Quintanal, J. (2012). *Métodos y diseños de investigación en educación*. UNED.
- Pineda, E. B., Alvarado, E. L. de., Hernández de Canales, F., & Salud, O. P. de la. (1994). Metodología de la investigación : manual para el desarrollo de personal de salud. In *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud*;35. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>
- Piza, N. D., Amaiquena, F. A., & Beltrán, G. E. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado*, *15*(70), 455–459. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990-86442019000500455&script=sci_arttext&tlng=pt
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in

- children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Publications Office of the European Union. (2019). *Cifras clave de la educación y atención a la primera infancia en Europa : edición 2019*. Publications Office of the European Union. <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/ImageServlet?img=E-23402.jpg>
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Paradis, A. D., Novero, C., & Kerrigan, M. K. (2008). Health-promoting influences of the family on late adolescent functioning. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25, 517–530. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0153-x>
- Restrepo Ochoa, D. A. (2016). La juventud como categoría analítica y condición social en el campo de la salud pública. In *CES Psicología*. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.0>
- Roberts, C. H., & Kleiner, A. (2000). Cinco tipos de pensamiento sistémico. In Senge and col. (Ed.), *La danza del cambio* (pp. 120–128). Ediciones Gestión.
- Rodríguez-Salinas, E. (2015). Metaanálisis sobre la efectividad de los programas escolares de prevención de abuso de drogas en España. *Pediatría Atención Primaria*, 17(67), 0–0.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000400026
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- Roetman, P., Lundström, S., Finkenauer, C., & Colins, O. F. (2018). Children With Early-Onset Disruptive Behavior: Parental Mental Disorders Predict Poor Psychosocial Functioning in Adolescence Out of control: The Self-Control Strength Model of Family Violence within a genetically informative design View project Leven en. *Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(8). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.017>
- Román, M. (2013). Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: Una mirada en conjunto. *Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio En*

- Educación*, 11(2), 33–59. <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol11num2/art2.pdf>
- Romaná-Blay, M. T. (1992). *Entorno físico y educación. Hacia una pedagogía del espacio construido por el hombre*. Universidad de Barcelona.
- Rosa-Alcazar, A. I., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133–142.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.165371>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(02), 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qualitative Social Research*, 10(2). <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10261/64955>
- Rujas Martínez-Novillo, J. (2017). La construcción del “fracaso escolar” en España. Génesis y cristalización de un problema social. *PAPERS Revista de Sociología*, 102(3), 477–507.
<https://doi.org/10.5565/rev/papers.2297>
- Saavedra-Acevedo. (1996). *Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especi* (pp. 6918–6922). Secretario de Estado de Educación.
<https://www.boe.es/boe/dias/1996/02/23/pdfs/A06918-06922.pdf>
- Sánchez-Gómez, M. C., Martín-Cilleros, M. V., Costa, A. P., & Peñalvo, F. J. G. (2018). Positioning of research in the area of Social Sciences. *RISTI - Revista Iberica de Sistemas e Tecnologias de Informacao*, 2018(28), 102–113.
<https://doi.org/10.17013/risti.28.102-113>
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, X. F., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en

- niños y adolescentes: Revisión y Reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63–76. http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12983/pdf_36
- Sánchez-Romero, C. (2003). Complementaridad metodológica en los proyectos de investigación. In A. Medina Rivilla & S. Castillo Arredondo (Eds.), *Metodología para la realización de proyectos de investigación y tesis doctorales* (pp. 253–267). Universitas.
- Sánchez-Romero, C., & Crespo-Molero, F. (2022). Psychosocial Factors of Students with Severe Mental Disorder. In & L. B. M. Ingrassia (Ed.), *Adolescences*. IntechOpen.
- Sánchez-Romero, C., & López-Berlanga, M. C. (2020). La cultura de inclusión desde el liderazgo en los centros educativos: liderazgo inclusivo. In L. Ortiz-Jiménez & J. J. Carrión-Martínez (Eds.), *Educación Inclusiva: Abriendo Puertas al Futuro*. (pp. 83–102). Dykinson.
- Sánchez, P. A., Frutos, A. E., & García, C. M. C. (2017). El impacto del contexto escolar en la inclusión educativa. *Revista de Educación Inclusiva*, 10(2), 195–210. <http://www.revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/334/308>
- Santos, P. J. de los, Santos, P. J. de los, & Rueda, P. O. (2012). Orientaciones para la intervención ante los factores de riesgo asociados al fracaso escolar de los jóvenes en la Educación Secundaria Obligatoria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 58(3), 1–11. <https://doi.org/10.35362/rie5831438>
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602–1608. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(11), 183–190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Serrano, L. (2014). *El abandono educativo temprano: análisis del caso español*. Instituto

- Valenciano de Investigaciones Económicas. <https://goo.gl/JJbNc8>
- Simón, C., Uroz, J., & Cagigal de Gregorio, V. (2003). *Menores con trastornos psíquicos y contexto familiar: un estudio en la Comunidad de Madrid*. Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Simson, K. von, Brekke, I., & Hardoy, I. (2021). The influence of mental health on educational attainment in adolescence 1. In *Scandinavian Journal of Educational Research*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/00313831.2020.1869077>
- 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?* <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Stoep, A. Vander, Weiss, N. S., Kuo, E. S., Cheney, D., & Cohen, P. (2003). What proportion of failure to complete secondary school in the US population is attributable to adolescent psychiatric disorder? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(1), 119–124. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12633008>
- Supkoff, L. M., Puig, J., & Sroufe, L. A. (2012). Situating resilience in developmental context. In M. Ungar (Ed.), *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice* (pp. 127–142). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3_12
- Szumilas, M., M. S., Kutcher, S., M. D., LeBlanc, John C, M. D. M. S., & Langille, Donald B.,M.D., M. H. S. (2010). Use of School-Based Health Centres for Mental Health Support in Cape Breton, Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 319. <https://search.proquest.com/docview/366139394/fulltextPDF/E9A16E2B1E944D12PQ/1?accountid=14609>
- Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Editorial: The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3–7. <https://doi.org/10.1177/2345678906293042>

- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. SAGE Publications.
- Thapar, A., & Rutter, M. (2019). Do natural experiments have an important future in the study of mental disorders? *Psychological Medicine*, *49*(7), 1079–1088.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003896>
- Thompson, R., Lindsey, M. A., English, D. J., Hawley, K. M., Lambert, S., & Browne, D. C. (2007). The influence of family environment on mental health need and service use among vulnerable children. *Child Welfare*, *86*(5), 57–74.
- Thomson, K. C., Guhn, M., Richardson, C. G., Ark, T. K., & Shoveller, J. (2017). Profiles of children's social-emotional health at school entry and associated income, gender and language inequalities: a cross-sectional population-based study in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, *7*(7), e015353. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-015353>
- Thomson, K. C., Richardson, C. G., Gadermann, A. M., Emerson, S. D., Shoveller, J., & Guhn, M. (2019). Association of Childhood Social-Emotional Functioning Profiles at School Entry With Early-Onset Mental Health Conditions. *JAMA Network Open*, *2*(1).
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6694>
- Trujillo, C. A., Naranjo, M. E., Lomas, K. R., & Merlo, M. R. (2019). *Libro DE Investigacion Cualitativa Digital-compressed - UCJC - StuDocu*. Universidad Técnica del Norte UTN. Red de Ciencia Naturaleza y Turismo RECINATUR.
- Turner, V. (1964). Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage. In Melford E. Spiro (Ed.), *Symposium on New Approaches to the Study of Religion*. American Ethnological Society.
- UNESCO. (2017). *Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación* (UNESCO (ed.)). UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002595/259592s.pdf>
- UNESCO. (2020). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) | UIS de*

la UNESCO. <http://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-iscled>

UNESCO Institute for Statistics. (2012). The International Standard Classification of Education 2011. In UNESCO (Ed.), *Comparative Social Research*.

[https://doi.org/10.1108/S0195-6310\(2013\)0000030017](https://doi.org/10.1108/S0195-6310(2013)0000030017)

Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa. *Revista Calidad En La Educación Superior*, 3(1), 119–139.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>

Vázquez, N., Muñoz, L., Juárez, O., & Ariza, C. (2018). ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cánnabis en jóvenes vulnerables? *Revista Española de Salud Pública*, 92. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100431&lng=es&nrm=iso

Vega Fuente, A., Aramendi Jauregi, P., Bujan Vidales, K., & Garín Casares, S. M. (2015). La educación para la salud en la ESO. *Educación XXI: Revista de La Facultad de Educación*, 18(1), 167–188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4872574>

Veldman, K., Bültmann, U., Stewart, R. E., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. A. (2014). Mental Health Problems and Educational Attainment in Adolescence: 9-Year Follow-Up of the TRAILS Study. *PLoS ONE*, 9(7).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101751>

Veldman, K., Reijneveld, S. A., Almansa Ortiz, J., Verhulst, F. C., & Bültmann, U. (2015). Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 588–593. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204421>

Veliz, N. A., Cedeño, V. M., Haro-Alvarado, J. I., Macías, M. G., Calderón, J. F., & Calderón,

- K. A. (2018). Estrategia educativa para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedad mental grave. *Dominio de Las Ciencias*, 4(4), 251–254.
<https://doi.org/http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/838>
- Vidal Moranta, T. (2015). Psicología Ambiental ¿Disciplina de la Psicología u Objeto Interdisciplinario? *On the W@terfront. Public Art.Urban Design.Civic Participation.Urban Regeneration*, 34(3), 5–26.
<http://revistes.ub.edu/index.php/waterfront/article/view/18826>
- WBGFR. The World Bank. (2018). *Learning. To realize education's promise*.
<https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2018>
- Weber, M. (1998). *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. ISTMO S.A.
- WHO. (2017). OMS | Trastornos mentales. In *WHO*. World Health Organization.
<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Woods, P. (1998). *Investigar el arte de la enseñanza. El uso de la etnografía en educación* (1ª). Paidós.
- World Health Organization. (2013). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. *WHO*.
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- World Health Organization. (2018). *OMS | Día Mundial de la Salud Mental 2018*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/
- Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children: Second Edition* (pp. 15–37). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Yin, R. (1998). The abridged version of case study research: Design and method. - PscNET.
 In B. y D. R. (Eds.). (Ed.), *Manual de métodos de investigación social aplicados*. Sage,

Inc. (pp. 229–259). <https://psycnet.apa.org/record/1997-36452-008>

Ylikoski, P., & Zahle, J. (2019). Case study research in the social sciences. *Studies in History and Philosophy of Science Part A*, 78, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2019.10.003>

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353–370.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8782291>

Zamudio-Flores, D. (2019). Trascendencia de la psicología ambiental en la salud mental individual y colectiva. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 9(1).
<https://doi.org/10.18259/acs.2019001>

Anexo: Instrumentos

Hipótesis 1

Entrevista semi-estructurada

Dimensión 1. Impacto del TMG en el trayecto educativo del menor

1. ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con Trastorno Mental Grave?
 2. ¿El alumnado con TMG presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún TMG?
 3. Dirías que el Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar, ¿por qué?
 4. ¿Tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa?, ¿cuáles?
 5. ¿Qué dificultades de convivencia plantea un alumno/a con TMG en su centro?
 6. Si un gran número de ellos/as fracasa y/o abandona, ¿conseguir mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico?
 7. ¿Cuáles son los predictores del fracaso escolar en una alumno/a con Trastorno Mental Grave? O planteado de otra manera, ¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con TMG para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar?
 8. ¿Qué piensas de esta frase?, El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece
 9. ¿La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo?
 10. A qué edad consideras que el fracaso en alumno/a con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia:
Entre 10 y 12
Entre 12 y 14
Entre 14 y 16
Entre 16 y 18
 11. Por tu experiencia, ¿qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a?
-

Dimensión 2. Respuesta del ámbito educativo al alumno/a con TMG

-
1. Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con trastorno mental grave en la escuela pública qué dirías.
 2. ¿Los institutos están adaptados para dar respuesta educativa al alumnado con Trastorno Mental Grave?
 3. Desde tu experiencia profesional, ¿conoces algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo? y ¿cuál?
 4. ¿La escuela incluye o excluye al alumnado con Trastorno Mental Grave?
 5. El profesorado, ¿tiene herramientas metodológicas para trabajar con alumnado con TMG?
 6. ¿Necesitarían mayor formación específica para trabajar con esta población?
 7. ¿Consideras que hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave en la Comunidad de Madrid?
 8. ¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave?
 9. En los institutos de la Comunidad de Madrid cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave se interviene de manera:
psico-educativa en el centro / se deriva a recursos especializados
 10. ¿Hay suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave?
 11. Cuando un alumno/a con Trastorno Mental Grave plantea problemas de convivencia en su centro, cuál es la respuesta?
-

Cuestionario

Dimensión 1. Impacto del TMG en el trayecto educativo del menor

1. ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con TMG? (abierta)
 2. ¿Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen Trastorno Mental? (cerrada, Likert)
 3. El Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar, (cerrada, Likert) ¿por qué? (abierta)
 4. Considero que el alumnado con Trastorno Mental Grave tiene más dificultades ACADÉMICAS que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa, (cerrada, Likert), ¿cuáles? (abierta)
 5. Considero que el alumnado con Trastorno Mental Grave tiene más dificultades de CONVIVENCIA que el resto de alumnos a lo largo de su trayectoria educativa.(cerrada, Likert).
 6. Conseguir mantener a un alumno/a con Trastorno Mental Grave vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico (cerrada, Likert).
 7. En tu opinión, ¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con Trastorno Mental Grave para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar? (abierta).
 8. El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece (cerrada, Likert).
 9. La detección precoz del TMG permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo (cerrada, Likert).
 10. ¿A qué edad consideras que el fracaso en alumno/a con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia? (cerrada, politómica)
Entre 10 y 12
Entre 12 y 14
Entre 14 y 16
Entre 16 y 18
 11. ¿Qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a? (abierta)
-

Dimensión 2. Respuesta del ámbito educativo al alumno/a con TMG

1. Si tuvieses que valorar la atención educativa que reciben los alumnos/as con Trastorno Mental Grave en la escuela pública, ¿qué dirías? (abierta)
 2. Los institutos de enseñanza secundaria públicos están preparados para dar respuesta educativa al alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).
 3. Conozco algún programa de prevención de la salud mental dentro del ámbito educativo (cerrada, Likert), ¿cuál? (abierta)
 4. Los institutos de Educación Secundaria madrileños integran al alumnado con Trastorno Mental Grave
-

(cerrada, Likert).

5. El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria tiene herramientas metodológicas suficientes para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).

6. El profesorado que trabaja en los institutos de Educación Secundaria necesita más formación específica para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).

7. Considero que en los institutos de Enseñanza Secundaria hay recursos humanos suficientes para atender educativamente al alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).

8. ¿Qué papel juega el profesor/a en la recuperación del alumno/a con Trastorno Mental Grave? (abierta)

9.1. En los institutos de enseñanza secundaria cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave se interviene de manera PSICO-EDUCATIVA EN COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS EXTERNOS (cerrada, Likert).

9.2. En los institutos de enseñanza secundaria cuando se detecta alumnado con Trastorno Mental Grave se interviene DERIVANDO A UN RECURSO ESPECIALIZADO (cerrada, Likert).

10. Hay suficientes recursos educativos especializados en la Comunidad de Madrid para trabajar con alumnado con Trastorno Mental Grave (cerrada, Likert).

11. Cuando un alumno/a con TMG plantea problemas de convivencia, ¿cuál es la respuesta? (abierta)

Matriz relacional de indicadores descriptivos:

1. Familia que acompaña
2. Vinculación con el instituto
3. Éxito académico
4. Sexo
5. Ha repetido algún curso
6. Absentismo/asistencia irregular
7. Mala historia escolar previa
8. Desfase curricular
9. Motivación hacia el estudio
10. Hábitos de estudio
11. Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/Dificultades cognitivas
12. Dificultades de atención
13. Problemas de convivencia por conducta
14. Problemas de convivencia por exhibición. En este sentido nos referimos a aquellos comportamientos que tienen que ver con las auto-agresiones, pero que tienen repercusión en la convivencia del grupo-clase e incluso del propio instituto. No son agresiones hacia los demás, hetero-agresiones. Mostrar heridas provocadas por el/la

propio alumno/a, subir fotografías comprometedoras a las redes sociales....

15. Edad
16. Estilo relacional inhibido
17. Estilo relacional desinhibido
18. Detección precoz
19. Cuándo comienzan los problemas

Hipótesis 2

Cuestionario:

Edad

¿Qué haces actualmente?

Si estudias, ¿qué estudias?

¿Qué valoración haces de tus estudios?

Si trabajas, ¿en qué estás trabajando

¿Qué valoración haces de tu trabajo?

Los estudios que he terminado son

Hipótesis 3

Variables utilizadas en el análisis factorial:

V1. Familia que acompaña.

V2. Buena vinculación con el centro educativo.

V3. Éxito académico.

V4. Sexo.

V5. Ha repetido algún curso.

V6. Absentismo/asistencia irregular.

V7. Mala historia escolar previa.

V8. Desfase curricular.

V9. Buena motivación hacia el estudio.

10. Hábitos de estudio.

V11. Reducidas competencias conceptuales y procedimentales/dificultades cognitivas.

V12. Dificultades de atención.

V13. Problemas de convivencia.

V14. Edad. Hemos considerado esta variable como cuantitativa de escala.

V15. Estilo relacional (inhibido/desinhibido).

V16. Detección precoz.

V17. Inicio de la problemática educativa.

V18. Tipo de trastorno.

Guión utilizado en entrevista:

- Pregunta catalizadora *¿describeme tu experiencia en la ESO?*
- Preguntas que han desarrollado los factores desde los que hemos partido:

Factor condicionantes externos:

- *¿Cuándo comenzaron tus problemas académicos?*
- *¿Cómo describirías el acompañamiento en tu trastorno de tu familia durante tus años de permanencia en el instituto?*

Factor representación de la Sintomatología:

- *¿Puedo preguntarte por el nombre de tu trastorno?, y ¿en qué crees que te ha condicionado tu trastorno a lo largo de tus estudios?*
- *¿Cómo te relacionabas con tus compañeros en el instituto?*
- *¿Cómo te relacionabas con los profesores/as?*
- *¿Tuviste problemas de convivencia?, ¿te expulsaron alguna vez?*

Factor Resultantes del Proceso

- *¿Te sentías entendido en tu instituto?, ¿dirías que te sentías vinculado y reconocido?*
- *¿Te costó mucho aprobar la ESO?, ¿repetiste algún curso?*
- *¿Faltabas a clase?*

- ¿Tenías adquirido hábitos de estudio?

Preguntas indagadoras de interacción entre ámbitos:

- ¿Entendías tu trastorno en tu instituto?
- ¿Qué tipo de relación tenían tus padres con el instituto?, ¿dirías que había algún tipo de disputa o mal entendido?
- ¿Qué valoración harías del apoyo de tu familia durante tus años de estudio?
- ¿Te sentiste incluido en tu centro educativo?
- ¿Dirías que el trabajo de tu instituto te facilitó o te dificultó tus estudios?