



TRABAJO FIN DE GRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Enfermera escolar y su abordaje de la Salud Mental infanto-juvenil.

School nurse and her approach to child and adolescent mental health

CURSO 2022-2023

Autora: Rocío Cabrero Fernández

Directora: Sara Martínez de Castro

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

Resumen/ Abstract.....	3
Introducción.....	4
1. Contextualización y justificación.	4
2. Objetivos.....	5
3. Metodología.....	5
4. Descripción de los capítulos.....	6
Capítulo 1: Problemas de Salud Mental en niños y adolescentes.....	7
1.1 Epidemiología y prevalencia en España	7
1.2 Factores protectores y de riesgo de desarrollo de enfermedad mental infanto- juvenil.....	8
1.3 Patologías más frecuentes en la infancia y adolescencia.....	9
1.3.1. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	9
1.3.2. Trastornos de conducta	11
1.3.3. Trastorno de ansiedad (trastorno adaptativo).....	12
1.3.4. Trastorno depresivo (trastorno adaptativo)	14
CAPITULO 2: La enfermera escolar e intervenciones en salud mental.....	16
1. Orígenes de la enfermera escolar.	16
2. La enfermera escolar en España.....	17
3. Características y funciones de la enfermera escolar.....	19
3.1. Características de la enfermera escolar	19
3.2. Funciones de la enfermera escolar.	19
4. Intervenciones enfermeras en relación a la Salud Metal en la escuela.....	21
4.1. Intervenciones con los alumnos.....	21
4.2. Intervenciones con el profesorado y la comunidad educativa.....	22
4.3. Intervenciones con la familia	22
4.4. Intervenciones externas.....	23
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	25

RESUMEN

En los últimos años en España ha aumentado la prevalencia de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad en los niños y adolescentes. Estas patologías dificultan el desarrollo de los menores en todos los aspectos de su vida (social, académico, emocional...) y tienen consecuencias que se ven reflejadas en la etapa adulta disminuyendo su calidad de vida.

Por este motivo, la sociedad y los profesionales del ámbito de la salud y de la educación, están centrados en su abordaje. El objetivo de este trabajo es conocer el estado actual de la salud mental infanto-juvenil en España y valorar la figura de la enfermera escolar como promotora de la salud mental en los centros escolares, ya que estos son espacios donde pasan gran parte de su tiempo los niños y adolescentes y donde adquieren hábitos y habilidades para enfrentarse a las distintas situaciones.

La revisión de los artículos encontrados revela una falta de investigación sobre los resultados de las intervenciones sanitarias en la escuela y especialmente en lo referente a la Salud Mental. Además, en la actualidad, la legislación vigente provoca una inequidad en la implantación de la enfermera escolar en las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país.

Palabras claves: "salud mental", "niños y adolescentes", "enfermera escolar"

ABSTRACT

In recent years in Spain, the prevalence of mental disorders such as depression or anxiety in children and adolescents has increased. These pathologies hinder the development of minors in all aspects of their lives (social, academic, emotional...) and have consequences that are reflected in adulthood, decreasing their quality of life.

For this reason, society and professionals in the field of health and education are focused on its approach. The objective of this work is to know the current state of child and adolescent mental health in Spain and to value the figure of the school nurse as a promoter of mental health in schools, since these are spaces where they spend a large part of their time and where they acquire habits and skills to deal with different situations.

The review of the articles found reveals a lack of research on the results of health interventions at school and especially in relation to Mental Health. In addition, at present, the current legislation causes an inequity in the implementation of the school nurse in the different Autonomous Communities of our country.

Keywords: "mental health", "children and adolescents", "school nurse"

INTRODUCCIÓN

1. Contextualización y justificación.

La Salud Mental es un tema que actualmente preocupa a la sociedad. Este interés está influenciado por los efectos psicológicos de la reciente pandemia de la Covid-19 (aumento del aislamiento, duelo por la muertes de familiares, miedos, al aumento del uso y la influencia de las redes sociales...). También, ha interferido en el adecuado desarrollo de los niños en áreas psicosociales importantes como las relaciones sociales, o la escolarización. Así en la actualidad, se han empezado a visibilizar estos problemas y se estima que en España el 20% de la población infanto-juvenil sufre alguna patología mental (1). Concretamente, entre los trastornos más prevalentes se encuentran el trastorno por depresión, el trastorno por ansiedad, el trastorno de la conducta y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (2). Además, la tasa de suicidio en la franja de edad entre 10 Y 14 años, ha aumentado en un 41 % en 2021 con respecto al 2020 (3).

El centro escolar es un entorno donde los niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo y se desarrollan intelectual, emocional y socialmente. Por ello, corresponde al espacio idóneo para que de la enfermera escolar aborde la Salud Mental de los estudiantes. Esta figura de extenso recorrido desde el siglo XIX en países como Estados Unidos, Francia, Suiza o Inglaterra, tiene su origen en el Congreso de Higiene y Demografía realizado en Londres en 1891 (4). Allí se valoran por primera vez los beneficios de su presencia en la escuela y posteriormente a lo largo del siglo XX, se va consolidando su figura hasta que finalmente en 1999 la primera asociación de enfermeras escolares, la National Association of School Nurses (NASN), define sus funciones (5).

Actualmente a nivel mundial, son Estados Unidos y Canadá, los países con mayor experiencia en enfermería escolar; y en el territorio europeo corresponden a Francia, Inglaterra, Finlandia, Noruega, Suecia y Suiza (4). En todos ellos, la enfermera escolar se encuentra regulada y reconocida por el Ministerio de Salud, pero sin embargo, en España, su figura aún es emergente. Su implantación se limita a los últimos 30 años y es desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas. De todas ellas, Valencia y Madrid son las únicas donde existe regulación, siendo Madrid la que cuenta con mayor número de estos profesionales tanto en sus colegios públicos como en los privados, ya sean de educación Infantil, Primaria, Secundaria o en Colegios Públicos de Educación Especial (4).

Las intervenciones de la enfermera escolar en relación con la Salud Mental se centran en la promoción, prevención, detección precoz y al seguimiento de los casos diagnosticados; y van dirigidas al alumnado, familias, miembros del centro escolar y los centros de salud externos. Sus competencias ejercen un anclaje entre todos ellos, y pretenden conseguir un tratamiento común de la salud mental de niños y adolescentes (6).

Justificación personal.

La elección para el tema del TFG se ha sido influenciada por mi rotación de prácticas asistenciales de enfermería en la planta de pediatría del HUMV. Allí, fui verdaderamente

consciente de la presencia de problemas de Salud Mental en los niños y adolescentes y del impacto que genera en ellos su ingreso hospitalario.

El propósito de este trabajo es profundizar sobre la figura de la enfermera escolar, dado que por el contexto en el que desarrolla su trabajo, puede realizar un buen abordaje de los problemas de salud mental en niños y adolescentes fuera del hospital.

2. Objetivos

EL objetivo principal de este trabajo es:

1. Analizar el abordaje de la Salud Mental infanto-juvenil llevado a cabo por la enfermera escolar.

Objetivos secundarios:

1. Analizar la bibliografía sobre prevalencia de problemas de Salud Mental en población infanto-juvenil en España.
2. Analizar la bibliografía sobre la enfermera escolar y sus intervenciones.

3. Metodología

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica para la cual se han consultado las siguientes fuentes de búsqueda:

Bases de datos: electrónicas de libre acceso con contenido científico relacionado con Ciencias de la Salud.

- PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Cuiden: <http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/avanzada.php>
- Scielo: <https://scielo.org/es/>

Buscador de bibliografía académica/científica: Google Académico

Fuentes oficiales electrónicas:

- Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es>
- Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V): <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.es/>

Para la búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “salud mental”, “niño”, “adolescente” y “enfermera escolar”, relacionándolos entre sí con los operadores booleanos AND y OR.

En cuanto a los criterios de inclusión:

- Artículos escritos en Español
- Artículos publicados entre 2003-2023

- De libre acceso con contenido científico relacionado con Ciencias de la Salud.

Limitaciones:

- Se amplió el tiempo de publicación de los artículos a 20 años, debido a la relevancia de estos artículos menos recientes para la revisión y la falta de publicaciones en los últimos 5 años.

Del resultado final de la búsqueda, es la utilización de 35 de los 42 artículos encontrados, de los cuales se han extraído las ideas y las conclusiones más relevantes de cada uno de ellos.

4. Descripción de los capítulos

El trabajo consta de dos capítulos. El primero trata el estado de la Salud Mental infanto-juvenil y su prevalencia en España. En el segundo, se describe el origen de la enfermera escolar, sus funciones y la situación actual en España.

CAPITULO 1: Problemas de salud mental en niños y adolescentes.

1.1. Epidemiología y prevalencia en España.

La OMS define, a finales de 1940, la Salud Mental como *“un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”* (7). La etapa infanto-juvenil, es el periodo del crecimiento que abarca la infancia y la adolescencia, al incluirse en ella desde los 0 a los 18 años. En este ciclo vital, la Salud Mental es un elemento fundamental, ya que es un momento clave en el desarrollo, socialización y educación de la persona (8). Por eso, posteriormente en el año 1965, esta organización recoge por primera vez un apartado específico para los trastornos mentales infantiles (9).

Los estudios epidemiológicos recogidos en esta revisión bibliográfica sobre estos trastornos, muestran variabilidad en los resultados, debido a la falta de consenso en la selección de la muestra, los procedimientos utilizados, la elección de casos y la taxonomía elegida (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o la Clasificación Internacional de Enfermedades) (10).

En España se estima que la **prevalencia de estos trastornos** es del 20%, aunque estas tasas varían en función de variables como la edad, el género del paciente o la clase social (1). De ellos, los más graves corresponden a aproximadamente el 5% de esos casos (10).

En cuanto a la edad, las variaciones de las patologías más prevalentes son debidas a las características propias del desarrollo en cada etapa, siendo 10,2% en niños preescolares (0-6 años), del 13,2% en niños preadolescentes (7-12 años) y del 16,5% en adolescentes (13-18) (1).

En cuanto a **las patologías**, las más frecuentemente diagnosticadas son los trastornos de conducta (23%), seguidos de los trastornos depresivos (14,6%), trastornos de ansiedad (13,3%), trastornos del desarrollo (12,7%) entre los que destaca el TDAH con una prevalencia de 5%; y por último los trastornos de eliminación (9,7%) (2).

PATOLOGÍAS MENTALES MÁS PREVALENTES

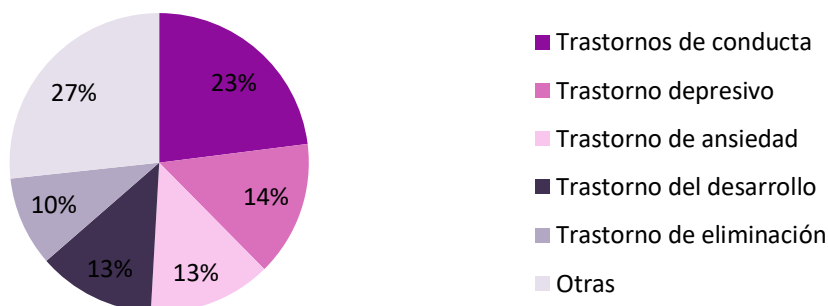


Gráfico adaptado de “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género”, por Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C, 2000.

Un estudio sobre la prevalencia de psicopatología en niños y adolescente, realizado en Madrid, revela los siguientes datos en función de la edad (2):

TABLA 1: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN RELACIÓN CON LA EDAD				
	0-5 años	6-9 años	10-13 años	14-18 años
Trastornos de la conducta	7,6	15,4	28,6	39,0
Trastornos depresivos	17,3	11,5	14,4	19,5
Trastornos de ansiedad	7,7	13,3	17,4	11,2
Trastornos del neurodesarrollo	15,4	22,1	11,1	9,1
Trastorno de eliminación	13,4	13,4	7,9	2,6
Trastorno del sueño	1,9	8,1	4,0	1,3
TDAH	5,8	7,4	2,4	0,0

Tabla adaptada de “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género”, por Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C,2000.

El género es otro factor determinante en la prevalencia de las distintas patologías mentales y se tiene en cuenta también en el estudio anterior, del que se obtuvieron los siguientes datos (2):

TABLA 2: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN RELACIÓN CON EN GÉNERO		
	VARONES	MUJERES
Trastornos de la conducta	22,4	21,0
Trastornos depresivos	10,6	22,3
Trastornos de ansiedad	11,4	16,5
Trastornos del neurodesarrollo	14,4	9,4
Trastorno de eliminación	12,8	3,9
Trastorno del sueño	3,8	6,5
TDAH	5,7	1,4

Tabla adaptada de “Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género”, por Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C,2000.

Estos datos coinciden con los encontrados en otros estudios, relacionando el género masculino con aumento de prevalencia de los trastornos externalizantes (del comportamiento, de eliminación y del aprendizaje) y el femenino con los trastornos internalizantes (la ansiedad y la depresión) y de inicio más tardío que en varones (2, 9).

1.2. Factores protectores y de riesgo de desarrollo de enfermedad mental infanto-juvenil.

La aparición de patología mental en el niño y adolescente se ve determinado por la interacción de factores de riesgo, factores precipitantes y factores protectores (11).

Los factores de riesgo para el desarrollo de patología mental en niños y adolescentes son (11):

- Padres con patología mental, además del factor genético que contribuye a la transmisión intergeneracional, la conducta de los progenitores y la crianza juegan un papel fundamental en el desarrollo de patología mental.
- Sufrir maltrato familiar de cualquier tipo: abuso sexual, maltrato físico y emocional o presencia de violencia familiar.
- Abandono parental, los niños en centros de acogida tienen un elevado riesgo.
- Sufrir acoso entre iguales, acoso escolar.
- La exposición al trauma como en el caso de niños y adolescentes refugiados por conflictos en sus países de origen.
- Pertenecer a una minoría tanto racial como social o económica.

Además existen factores precipitantes que actúan como desencadenantes del trastorno psiquiátrico. Es el caso de la pandemia por Covid-19, en el año 2019, que por las consecuencias que supuso, tales como el duelo, el aislamiento, situaciones económicas complejas, el uso excesivo de tecnología y de redes sociales entre otras, ha potenciado un notable incremento de estas patologías en toda la población, pero especialmente en la infanto-juvenil por su vulnerabilidad (12).

Por otro lado, encontramos factores protectores que contribuyen a evitar el desarrollo de patología mental (11):

- El apoyo de los centros escolares.
- El ejercicio físico.
- Una relación estrecha con la familia y que esta esté estructurada.
- Relaciones sociales satisfactorias.
- Características personales como tener una autoimagen buena.

1.3. Patologías más frecuentes en la infancia y adolescencia

En cuanto a los signos y síntomas que muestran los niños y adolescentes, corresponden a un compendio de manifestaciones multidimensionales (emocionales, cognitivas, conductuales y orgánicas), que son especialmente sensibles al entorno y al momento evolutivo. Por eso, para llegar a una aproximación diagnóstica, es necesario obtener información que aporten tanto padres, como profesores y profesionales de la salud; además del propio niño (9).

A continuación se detallan algunas de las patologías que con más frecuencia se diagnostican en población infanto-juvenil y que tienen mayor impacto en el contexto escolar:

1.3.1. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH corresponde a uno de los varios Trastornos del Neurodesarrollo recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM –V) en el año 2013 junto con la discapacidad intelectual, los trastornos de la comunicación, el Trastorno del Espectro Autista (TEA), los trastornos específicos del aprendizaje y los trastornos motores (13) .

El diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes, requiere una historia clínica detallada con información de DIFERENTES fuentes del entorno del niño como padres, profesores y

orientadores (14). Con frecuencia aparece simultáneamente comorbilidad como problemas de agresión, violencia, consumo de tóxicos (alcohol y drogas), o bien otras patologías como el Trastorno Desafiante-Oposicionista (TDO), el Trastorno de conducta (TC), la ansiedad o la depresión (15).

En cuanto SU epidemiología del TDAH es el trastorno del neurodesarrollo que con más frecuencia se diagnostica en niños y adolescentes, en torno al 5% de la población mundial. Los datos de prevalencia disminuyen con la edad situándose aproximadamente en el 8% de los niños y el 3% de los adultos. De los diagnosticados en la infancia, en la edad adulta, solo el 30% presentan el trastorno completo, mientras que el 70% no cumple todos los criterios pero mantiene síntomas relevantes en la edad adulta. La relación entre varones y mujeres según la frecuencia de aparición corresponde a (4:1), aunque con la edad la diferencia de prevalencia entre sexos es menor (2:1) (16,17).

Este trastorno se inicia en la infancia y se cronifica en la edad adulta con menos intensidad (especialmente la hiperactividad) (15). La sintomatología principal, aunque se presenta de forma diferente en cada paciente, siempre dificulta el funcionamiento social, familiar y académico, y se caracteriza por (18):

- Inatención: Es la incapacidad de mantener la atención tras un corto periodo de tiempo desde el inicio de la tarea. Esto provoca los siguientes comportamientos: errores DE distracción, descuido de sus responsabilidades, cambio frecuente de actividad, dejar tareas a medias y evitar las actividades con carga mental, especialmente si estas son monótonas, obviar los detalles, y pérdida de concentración por estímulos externos haciendo necesario repetir la información varias veces.
- Hiperactividad: Es la dificultad para permanecer quieto teniendo un movimiento continuo sin una finalidad concreta. Además aparece un habla excesiva con dificultad para organizar sus ideas, lo que dificulta la comprensión del mensaje.
- Impulsividad: Dificultad para pensar antes de actuar Y controlar las acciones inmediatas, lo que genera un comportamiento impaciente y demandante de atención.

La causa es multifactorial, con un fuerte componente genético pero influido también por factores ambientales como la exposición a sustancias o tóxicos, el embarazo, complicaciones en el parto, bajo estatus socioeconómico o adversidades psicosociales (14).

Para lograr un tratamiento óptimo, es fundamental valorar bien las características clínicas del niño y tener en cuenta la comorbilidad con otras patologías. (15). El objetivo es garantizar la mejora sintomatológica y funcional de quien lo padece, y para ello se requiere un abordaje combinado que incluya diversas terapias interdisciplinarias (psicopedagógicas, neuropsicológicas y farmacológicas), trabajando con todos los entornos del paciente, el familiar, el escolar y el social (17).

1.3.2. Trastornos de conducta

El DSM-V describe el Trastorno de la Conducta como *“un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta con agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo o incumplimiento grave de las normas”* (13). Toda esta sintomatología, produce un deterioro funcional en el área educativo, el familiar y social. El T.C es uno de los motivos más frecuentes de consulta en psiquiatría infanto-juvenil, con una prevalencia del 4% de la población infanto-juvenil, especialmente en varones (19).

El diagnóstico en la infancia cursa con aumento de la conflictividad y agresividad; mientras que si aparece en la adolescencia, se observa menor nivel de agresividad y mayor capacidad de relacionarse entre iguales. (19). Los niños y adolescentes que lo padecen presentan déficits en el procesamiento de emociones, especialmente la angustia y el miedo, lo que provoca una respuesta inusual ante los refuerzos, ya sean positivos o negativos. Ocasionalmente, pese a asumir el riesgo de ser castigados, incumplen las normas porque les cuesta tomar conciencia de que su conducta puede ocasionar daños o perjuicios a terceros (13).

En cuanto a la comorbilidad en esta patología, también es elevada, ya que a menudo cumplen criterios para el diagnóstico de otros trastornos como el negativista desafiante, ansiedad derivada del malestar y las presiones recibidas diariamente. En el 40% de los casos presentan también TDHA. Además, también es común el consumo de tóxicos. (19)

El origen del TC es multicausal y existen factores que pueden actuar como predisponentes, precipitantes o mantenedores de la conducta. Entre ellos se encuentran (19):

- Factores de riesgo:
 - Individuales: genética, complicaciones prenatales, déficit neuropsicológico o déficits emocionales y cognitivos
 - Relacionados con el entorno familiar: trastornos psicológicos en la familia, presencia de delincuencia, maltrato o problemas económicos.
 - Ambientales como el lugar de residencia o las relaciones entre iguales
- Factores protectores, como por ejemplo:
 - Tener una buena relación con los adultos de referencia.
 - Tener un temperamento tranquilo.
 - La capacidad para relacionarse con los demás.
 - Un clima escolar basado en la responsabilidad.

Toda esta complejidad de causa y comorbilidad asociada, hacen que su tratamiento no sea sencillo. El objetivo es ayudar al niño o adolescente a gestionar sus emociones, a reconocerlas y expresarlas de manera adecuada y adaptativa. Para conseguirlo la terapia más utilizada en la actualidad es la cognitivo-conductual individual con el menor, pero es fundamental realizar intervención también tanto con padres como con profesores (20).

1.3.3. Trastorno de ansiedad (trastorno adaptativo)

Los niños se enfrentan a desafíos nuevos continuamente, por lo que el miedo y la ansiedad son comunes en la infancia; pero la mayoría de ellos, gestionan estas emociones de manera adecuada. Sin embargo, según los datos encontrados, el 15% de los niños o adolescentes tienen síntomas más intensos, aparece un miedo excesivo y desproporcionado, manifiestan malestar, preocupación y quejas excesivas que afectan al funcionamiento diario (13). Se estima que el 75% de los trastornos de ansiedad en adultos comenzaron en la infancia y corresponden a una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes, no encontrándose diferencias significativas en la prevalencia por género hasta la adolescencia, donde este trastorno predomina en las mujeres (21).

El DSM V los clasifica en función de la situación que provoca la respuesta desadaptativa. En la infancia, los más frecuentes son (21):

- Fobias específicas (9%), se caracterizan por un miedo irracional de intensidad desproporcionada y persistente ante la presencia de un objeto o situación determinada. Por ejemplo la hafefobia es el miedo a tocar a otros o ser tocado.
- Ansiedad por separación (4%), es el temor excesivo que aparece en el niño cuando está separado de los miembros de su familia con los que siente mayor apego.
- Ansiedad generalizada (4%); se trata de un estado de preocupación y nerviosismo persistente, prácticamente a diario durante al menos seis meses, en relación con diversos focos de miedo.

Es en la adolescencia, a diferencia de la etapa infantil, predomina la prevalencia femenina en este tipo de enfermedades respecto a la masculina (21), y a las anteriores patologías se añaden las siguientes (13) :

- La fobia social (7%), es el miedo irracional al juicio social en situaciones como eventos o fiestas.
- La agorafobia (0,3%), es el temor irracional a estar en un lugar público en el cual no es fácil escapar y no se dispone de ayuda cercana, por ejemplo la cola de un supermercado o un concierto.

La sintomatología de los trastornos de ansiedad repercute de forma severa en el desarrollo personal, académico y social del niño o adolescente; llegando a ser una de las principales causas de enfermedad y discapacidad. Los síntomas se pueden diferenciar en (21):

- Psicológicos como ideación obsesiva, pesadillas, hipersensibilidad, dependencia o retraimiento.
- Físicos tales como dolor abdominal, cefalea, taquicardia, taquipnea y parestesias entre otros.

En cuanto a los factores que condicionan la aparición de la enfermedad se encuentran:

- Biológicos: su heredabilidad es elevada, incluso algunos rasgos temperamentales tienen un alto componente genético y suponen un factor de riesgo para padecer la enfermedad. Algunos de estos rasgos son (22):
 - La conducta inhibitoria. ES el retraimiento y evitación ante situaciones inciertas o novedosas para el niño o adolescente.
 - La afectividad negativa. Se caracteriza por la presencia de emociones aversivas como el miedo, la culpa, la ira, etc.
 - El miedo a la evaluación negativa es una característica predisponente para padecer ansiedad social.
 - La evitación del daño está relacionada con el desarrollo de ansiedad generalizada.
- Ambientales: Corresponden a experiencias estresantes como por ejemplo la pérdida de un ser querido, el distanciamiento de la figura de apego, la exposición a situaciones traumáticas como el maltrato físico o el abuso sexual. Además, también se encuentra la sobreprotección parental, en niños y adolescentes, que impiden el desarrollo de habilidades de afrontamiento (22).

El tratamiento suele incluir tanto intervenciones psicológicas como farmacológicas. Para llevar a cabo las primeras, es fundamental diferenciar los miedos de la ansiedad adaptativa. Posteriormente se debe comenzar con la identificación y abordaje de las situaciones estresantes mediante terapia cognitivo-conductual, enseñando al paciente técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y estrategias de afrontamiento (23). Además, el abordaje integral en esta etapa del desarrollo también incluye la intervención psicosocial para mejorar la comunicación intrafamiliar y fomentar la expresión de emociones y sentimientos de una forma controlada (23).

En último lugar, si no es suficiente, se puede recurrir a la psicofarmacología. El tratamiento en menores se basa en la experiencia con adultos. Alguno de estos fármacos son (23):

-Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son los antidepresivos más utilizados por su seguridad y eficacia. Su empleo en España está siendo limitado y cuestionado por las Autoridades Sanitarias por el aumento del riesgo de comportamiento suicida.

-Las benzodiacepinas. Son los fármacos de elección ante problemas agudos pero, tienen el riesgo de crear dependencia, lo que reduce sus posibilidades terapéuticas.

1.3.4. Trastorno depresivo (trastorno adaptativo)

La depresión es un trastorno episódico y recurrente caracterizado por tristeza o infelicidad generalizada. También pueden aparecer otros síntomas como falta de concentración o memoria o cansancio físico, todos ellos interfieren en el funcionamiento de la persona. (24)

Actualmente aún existe debate sobre si es una enfermedad dimensional o cualitativa. El término “dimensional” hace referencia únicamente a una cuestión cuantitativa y la diferencia entre padecerlo o no depende del grado de gravedad de los síntomas aunque todos los tengamos en mayor o menor medida. Por el contrario, el término “cualitativa” habla de una diferencia de rasgos determinantes de la enfermedad entre una persona sana y una enferma (24).

Los trastornos depresivos en la población infanto-juvenil suponen un problema de Salud Pública por el aumento de la morbilidad y mortalidad. Tienen una prevalencia del 2% en la infancia y aumenta hasta el 8% en la adolescencia, siendo en esta etapa el doble de frecuente en mujeres que en hombres. Entre el 5%-10% de los jóvenes manifiestan síntomas depresivos subclínicos que provocan cierto deterioro funcional y aumenta el riesgo de psicopatología en el futuro (25). Además, en este trastorno es fundamental valorar la presencia de ideación suicida y determinar su riesgo, dado que se encuentra entre las primeras causas de muerte en adolescentes. La tendencia ha ido incrementándose, llegando en la actualidad a registrarse en el año 2022 en España, el dato más alto en niños y adolescentes de la última década (25, 26).

En cuanto a su clasificación, existen diferentes subtipos y se diagnostican basándose en la gravedad de los síntomas, el deterioro funcional y la presencia o no de episodios psicóticos. Las manifestaciones clínicas en niños y adolescentes corresponden a (25, 27):

- Síntomas afectivos, experimentan apatía, anhedonia, astenia y aislamiento social al igual que los adultos. Pero por otro lado, dado que los niños no tienen la madurez suficiente para identificar correctamente sus emociones, son frecuentes las verbalizaciones de aburrimiento y enfado en lugar de tristeza. Por ello el DSM-V incluye la irritabilidad como criterio diagnóstico en estas edades.
- Síntomas físicos como alteraciones del sueño, fatiga o molestias inespecíficas. También es frecuente la somatización con manifestaciones como cefalea, dolor abdominal o dolor de espalda. Este hecho motiva múltiples consultas médicas, disminuye la asistencia escolar y dificulta el funcionamiento del niño.
- Síntomas cognitivos tales como disminución de la capacidad de atención, fallos de memoria, baja autoestima e ideas de inutilidad o ideación suicida.

La etiología del trastorno depresivo depende de la interacción entre (28):

- La predisposición biológica, donde existen alteraciones en los neurotransmisores de serotonina, dopamina y noradrenalina, factores hormonales o antecedentes familiares.
- los factores ambientales como la exposición a eventos estresantes (pérdida de un ser querido, maltrato físico o abuso sexual), bajo nivel socioeconómico, pertenecer a una minoría étnica y social o el abandono y negligencia parental.

Por otro lado, los factores protectores que previenen la aparición de esta patología, la mayoría están relacionados con la esfera social, como tener una estructura familiar biparental, relaciones familiares cercanas o tener buenas amistades; pero también incluyen aspectos individuales como tener sentido del humor y el optimismo. (28)

El tratamiento de la depresión infanto-juvenil busca la remisión total de los síntomas, ya que de lo contrario aumenta la probabilidad de un disfuncionamiento psicosocial, suicidio, consumo de sustancias o probabilidad de recaídas. Por tanto la elección del tratamiento ha de adecuarse a la severidad y cronicidad de los síntomas así como en los factores de riesgo detectados (contexto familiar, consumo de sustancias, comorbilidad...). En cuanto a las intervenciones de elección son principalmente (24, 29):

- Psicoterapia individual y familiar.
- Terapia interpersonal (TIP) basada en los factores sociales que influyentes en el desarrollo del trastorno.
- Terapia cognitivo conductual (TCC).
- Terapia farmacológica, especialmente en depresiones con predominio de factores endógenos. Los medicamentos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

CAPITULO 2: La enfermera escolar e intervenciones en salud mental. INICIA CADA CAPITULO EN UNA PAGINA DIERENTE

1. Orígenes de la enfermera escolar.

La figura de la enfermera escolar nace por primera vez en el Congreso de Higiene y Demografía realizado en Londres en 1891. En él se revisaron los beneficios de las visitas de las enfermeras comunitarias a los colegios, cuyas intervenciones provocaron una reducción del absentismo escolar y la incidencia de enfermedades infecciosas (30). Posteriormente, en 1897, *“The London School Nurses’ Society”* implanta las primeras enfermeras en los colegios londinenses y es dos años más tarde, en 1899, cuando se regula la profesión y se establecen las funciones de la enfermera escolar en Reino Unido (4):

- Cubrir las necesidades de asistencia sanitaria y garantizar la higiene en los escolares.
- Supervisar los hogares y la crianza de los niños e instruir a las madres para la mejora de los cuidados.
- Prevenir y controlar las enfermedades infecciosas en las escuelas.
- Introducir inspecciones médicas anuales en las aulas.
- Detectar precozmente síntomas de enfermedad en los niños.
- Educar a las madres de los niños para prevenir futuras enfermedades en estos.

Lina Rogers, es reconocida en 1902 como la primera enfermera escolar en Nueva York. Atendió a más de 10.000 alumnos de cuarto escuelas diferentes en un mes. Se dedicó, a atender a niños con dificultades de aprendizaje por problemas de visión o auditivos y a otros con enfermedades contagiosas para evitar su propagación (4). Todas sus intervenciones iban dirigidas a enseñar higiene y prevención de infecciones, con lo que consiguió reducir de forma drástica el absentismo escolar (30). Fruto de todo ello, es la instauración progresiva de esta figura en los colegios neoyorkinos llegando a registrarse, en 1914, un total de 400 profesionales (30). Durante esos años se realizaron estudios para valorar la eficacia de la educación sanitaria impartida por la enfermera en las escuelas; destacando el realizado en 1926 por la secretaria de la Organización Nacional de Enfermería en Salud Pública (ONESP) en Nueva York (30).

En el año 1968, la Asociación Nacional de Educación crea el Departamento de Enfermeras Escolares (DSN) para avanzar en la práctica, promover la salud y mejorar la calidad de la asistencia en los centros escolares de Estados Unidos. El DSN consigue reconocimiento nacional y establece estándares de acreditación de estos profesionales en todos los estados (29). Pero en el año 1979, el DSN se separa de la Asociación Nacional, para denominarse *“National Association of School Nurses”* (NASN) de Sanidad. Actualmente sigue siendo la Asociación más importante de este colectivo y acuña en 1999, el término *“School nursing”* como *“una práctica especializada de la profesión enfermera que persigue el bienestar, el éxito académico y una promoción de la salud en la vida de los estudiantes. Para este fin, las enfermeras escolares fomentan la responsabilidad positiva de los alumnos para un desarrollo normal; promueven la salud y la seguridad; intervienen con problemas de salud potenciales y actuales; realizan gestión de casos; y colaboran activamente con toda la comunidad escolar para construir la capacidad de adaptación de los estudiantes en la familia, su gestión, apoyo y aprendizaje”* (4, 5).

2. La enfermera escolar en España.

En España, la enfermera escolar tiene un desarrollo histórico relativamente tardío en comparación con otros países como Francia, Suiza, Inglaterra y Estados Unidos donde ya posee un extenso recorrido. Es desde el año 2000, cuando surge en España un movimiento que visibiliza la disciplina y reivindica la necesidad de la incorporación de esta figura en más centros educativos (4).

La siguiente tabla (Tabla 3), muestra la cronología de los acontecimientos relacionados con la evolución de la enfermera escolar en España, desde el primer documento sobre sanidad en la escuela en 1880 hasta la última legislación en 2019 que regula la figura de la enfermera escolar.

Tabla 3: CRONOLOGÍA DE ACONTECIMIENTO MÁS IMPORTANTES PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN ESPAÑA	
1880	“Tratado de higiene escolar”. Madrid.
1915	Decreto del 23 de abril por el que se crea el “Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar”. Madrid.
1982	Ley 13/1982 del 7 de abril de Integración Social de Minusvalía. Madrid, Castilla la Mancha y Castilla León.
2008	Ley 8/2008 del Derecho de Salud y Adolescencia. Valencia.
2014	Orden 629/2014 del 1 de julio. Colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Juventud y Deporte. Madrid.
2019	Se deroga la Orden 629/2014 y la asistencia de la enfermera escolar pasa a ser gestionada únicamente por la Consejería Escolar. Madrid.

Tabla de elaboración propia.

En España el primer documento relacionado con la sanidad escolar es “*El tratado de higiene escolar*” escrito en Madrid en 1880. En él, se critica la falta de higiene y el mal estado de las escuelas y además también menciona la necesidad de la existencia de un botiquín de primeros auxilios en cada una de ellas. Posteriormente, con el Decreto del 23 de abril de 1915, se crea el Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar encargado de realizar inspecciones médicas escolares (31).

En España, la primera enfermera escolar de la que se tiene constancia, surge en los Colegios Públicos de Educación Especial (CPEE). Gracias a la Ley 13/1982 del 7 de abril de Integración Social de Minusvalía de 1982 se empieza a implantar la figura en las Comunidades Autónomas de Madrid, Castilla la Mancha y Castilla León. El número de enfermeras en estos centros va ampliándose, hasta que en el año 2001, especialmente en Madrid, comienza a incorporarse de manera formal en los centros ordinarios. (4)

Posteriormente, la comunidad Valenciana fue una de las primeras en aprobar una ley que hace referencia a la enfermera escolar, la Ley 8/2008 de los Derechos de Salud y Adolescentes, en la cual se establece que los CPEE deben contratar personal de enfermería dependiente de su propio departamento sanitario. Sin embargo, actualmente se encuentran dificultades en la incorporación de enfermeras en escuelas ordinarias impidiendo el desarrollo pleno de sus competencias (4).

En la Comunidad de Madrid con la publicación de la Orden 629/2014 el 1 de Julio, se establece una colaboración entre la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte. Con ella se pretende garantizar la atención sanitaria en centros educativos públicos al alumnado escolarizado que presenta necesidades sanitarias crónicas tales como diabetes, portadores de gastrostomías o sondaje vesical (29). Esta ley ha permitido un mayor desarrollo de la enfermera escolar en esta Comunidad, incrementándose su presencia tanto en centros públicos de educación especial [CPEE] como en Llos ordinarios. Posteriormente, en el año 2019 fue derogada, pasando a ser gestionada la asistencia únicamente con la Consejería de Educación (4).

En las últimas tres décadas, múltiples publicaciones científicas, respaldan la necesidad de un profesional de la salud capacitado que pueda dar respuesta a las necesidades de la población escolar, lo que contribuye a promover su implantación (31). En España hay dos asociaciones que son especialmente propulsoras de la enfermera escolar y que han promovido el desarrollo de esta figura en nuestro país: la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE) y la Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE) (4).

Sin embargo, la realidad actual de nuestro país, es que no existe una ley general del gobierno central que haga obligatoria la figura de la enfermera en los centros escolares. Este hecho, provoca desigualdades en su presencia a lo largo de todo el territorio nacional, como recogen los siguientes datos obtenidos en el año 2021 (Tabla 4), donde es prácticamente inexistentes en algunas Comunidades Autónomas, en contraposición con la Comunidad de Madrid donde existen 700 profesionales (4).

TABLA 4: Enfermeras escolares en las CCAA de España en 2021	
Galicia	29
Asturias	1
Cantabria	4
País Vasco	18
C.F Navarra	8
Aragón	20
Cataluña	-
La Rioja	-
Castilla y León	24
C. Madrid	700
Castilla La Mancha	22
C. Valenciana	67
Extremadura	28
Andalucía	-
Murcia	-
Islas Baleares	-
Islas Canarias	10
Ceuta	10
Melilla	1
Total	963

Tabla adaptada de “Marco contextual de la enfermería escolar en el ámbito internacional y nacional” por Asociación Catalana De Enfermería Escolar, 2022.

3. Características y funciones de la enfermera escolar.

3.1. Características de la enfermera escolar.

Como se ha descrito anteriormente, la enfermera escolar desempeña su labor en diferentes colegios: ordinarios, ya sean públicos o privados; o bien en los centros de educación especial. Su objetivo es conseguir un adecuado desarrollo físico, mental y social de los estudiantes, además de estar presente en la asistencia sanitaria en las distintas etapas del desarrollo (desde los 3 hasta los 18 años). Atiende patologías de cualquier tipo ya que la elección del tipo de escolarización del niño, responde únicamente a criterios educativos y no sanitarios (32).

Para desarrollar sus funciones de forma óptima, la enfermera escolar debe cumplir las siguientes características (33):

- Desempeñan un papel multidimensional, es decir, atiende la parte física, mental y social de los niños y adolescentes.
- Están formadas para la educación y promoción de la salud de los menores.
- Cuidan de la salud de la comunidad educativa, en la escuela y en el entorno sociofamiliar.
- Comprenden las características de una sociedad multicultural y sus funciones en ella.
- Se adaptan a la sociedad cambiante; percibiendo los cambios en los problemas de salud y su repercusión en niños y adolescentes.
- Promueven la interacción social de los menores tanto en la escuela como fuera de ella.
- Conocen y comprenden las características de niños y adolescentes.
- Cuidan y asisten a niños con problemas de salud.
- Cuidan y asisten a niños en riesgo de exclusión social.
- Realizan investigación sobre la salud infantil y adolescente en etapa escolar.

3.2. Funciones de la enfermera escolar.

Las funciones de la enfermera escolar se llevan a cabo con el alumnado, con su entorno familiar y también con los integrantes del centro educativo; y se pueden clasificar en (33):

- Funciones asistenciales: Son aquellas relacionadas con el Proceso de Atención de Enfermería, es decir, con la recogida de datos (problemas de salud física y mental) la valoración, la planificación de los cuidados, ejecución de las intervenciones y el seguimiento de la evolución. Su cercanía y accesibilidad con el alumnado, facilita la observación en un entorno privilegiado y la detección precoz de conductas de riesgo (consumo de tóxicos, conductas de riesgo sexual o malos hábitos alimenticios). Además también permite identificar otros factores de riesgo para el desarrollo de patología mental como el acoso escolar, el maltrato o una situación social y familiar negativa.
- Funciones docentes: Es la encargada de realizar programas de educación para la salud acordes con las distintas etapas educativas, así como actividades educativas dirigidas a toda la comunidad escolar.
- Funciones gestoras: Es la responsable de la gestión de los documentos para mantener la confidencialidad. Debe encargarse también de la gestión del espacio de enfermería en la escuela así como de los recursos materiales y humanos necesarios según la demanda de necesidades.

- Funciones investigadoras: La enfermera escolar debe obtener información sobre la salud del alumnado y los factores que influyen para conocer el estado actual y sus necesidades. Debe evaluar también los resultados de las intervenciones Y compartir dichos hallazgos mediante la publicación de artículos. De este modo, se promueve el diseño e implantación de nuevos protocolos científicos, impulsándose así la labor de la enfermera escolar.

En 2009 la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE) desarrolla las siguientes funciones de la enfermera escolar clasificadas en relación al colectivo al que se dirige cada una de ellas (32, 34):

Respecto al centro:

- Proponer proyectos educativos al equipo directivo y al claustro, relativos a sus competencias como enfermera, que formarán parte de la programación anual.
- Elaborar programas de Educación para la Salud y líneas de actuación sanitaria, hacer un seguimiento y una evaluación de los resultados de estos.

Respecto a los alumnos:

- Administrar y controlar la medicación prescrita por facultativos y asistir en accidentes y urgencias.
- Establecer pautas de actuación educativas apropiadas para el alumnado con patología, basadas en la revisión de informes médicos y el seguimiento en el ámbito escolar.
- Enseñar hábitos correctos de alimentación, higiene y prevención de accidentes.
- Fomentar el autocuidado enseñando prácticas de primeros auxilios, el uso correcto de la medicación y control de infecciones.

Respecto a las familias:

- Establecer criterios de actuación comunes con los familiares de niños con necesidades educativas especiales en el ámbito sanitario.
- Crear programas dirigidos a las familias para fomentar la prevención de problemas de salud y reducirlos.
- Participar en reuniones de tutoría con los familiares cuando lo considere necesario.

Respecto a los tutores:

- Enseñar al profesorado cuidados básicos antes de una situación de riesgo del alumnado
- Proporcionar información sobre aspectos médicos relevantes para normalizar el proceso educativo.
- Enseñar al profesorado habilidades para fomentar las conductas saludables.

Respecto a contactos externos (Centros de Atención primaria o Centros de Atención Especializada):

- Colaborar con los centros de Atención Primaria del área de referencia en programas de Educación para la Salud sobre campañas de vacunación y prevención.
- Recibir asesoramiento por parte de los centros de Atención Especializada para la correcta realización de ciertos procedimientos de enfermería.

- Realizar un seguimiento y establecer pautas de actuación con los centros de Salud Mental del alumnado con problemas psiquiátricos.

Función administrativa/gestora:

- Participar en el desarrollo del Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC) donde se recogen aspectos del alumno, tanto a nivel educativo, social como sanitario.
- Realizar la historia de enfermería del paciente y un registro diario de las incidencias en la consulta.
- Realizar la hoja de medicación actualizada diariamente donde aparezca el nombre del paciente y el aula, la medicación que debe tomar, la dosis y el horario.
- Realizar un registro actualizado de la información sanitaria a través de una base informática.
- Realizar un informe sobre alergias, intolerancias, medicación e información relevante para el personal de cocina.

Función de investigación:

- Responder a las situaciones nuevas de salud con enfoques innovadores mediante la formación continua y la adquisición de conocimientos nuevos y actualizados.
- Llevar a cabo investigaciones en colaboración con otros profesionales tanto internos como externos al centro.

4. Intervenciones enfermeras en relación a la Salud Mental en la escuela.

Haddad M et al. realizaron un estudio en Reino Unido en el año 2010 que recoge que el 93% de las enfermeras escolares dedicaban su asistencia a niños con enfermedad mental. Concretamente el 55% le dedicaba más de un cuarto de su tiempo y el 23% más de la mitad de su jornada laboral. Además, el 85% de ellas, reconocían la necesidad de un conocimiento específico para atender estos problemas, incidiendo en los siguientes: el manejo de autolesiones y la detección de problemas de salud como la depresión y ansiedad (6).

Esa cantidad de tiempo que invierten las enfermeras escolares en la atención y prevención de patología mental en niños y adolescentes, unido a su elevada prevalencia, provoca que los recursos de ayuda a los profesionales en esta práctica clínica, sea muy escaso, limitándose únicamente a dos documentos (6):

1. La “Guía de Intervención mhGAP”, elaborada por la OMS en 2011. Las siglas en inglés “mhGAP” hacen referencia al “Programa de acción mundial para superar las brechas en Salud Mental” creado en 2008 por la OMS para reducir la brecha entre la necesidad de atención a la Salud Mental y la falta de recursos disponibles. De esta iniciativa nace, dos años después la Guía de Intervención mhGAP. Se trata de una guía, para profesionales de la salud no especializados, sobre trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Resulta útil para la implantación de intervenciones psicosociales avanzadas en respuesta a las patologías que se detallan en ella.

2. El “Mental Health First Aid Action Plan”, una propuesta de Atkins J para ofrecer herramientas, información y recursos para el abordaje de estos problemas. Este programa se basa en el acrónimo ALGEE para guiar las intervenciones de los profesionales:
 - **Approach.** Acercarse al alumno, evaluar y ayudar en caso de crisis.
 - **Listen.** Escuchar sin juzgar.
 - **Give.** Dar apoyo e información.
 - **Encourage.** Animar al alumno a que busque ayuda especializada.
 - **Encourage.** Fomentar el apoyo en la familia o amigos y aportar estrategias de autoayuda.

4.1. Intervenciones con los alumnos

La enfermera escolar tiene un papel importante en la prevención de la patología mental mediante la identificación de factores de riesgo en el niño y adolescente. En el caso de las intervenciones en la etapa adolescente, es especialmente importante la educación y promoción de la salud, por los cambios en las relaciones entre iguales y por el inicio de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, relaciones sexuales (35).

Por tanto debe observar al estudiante relacionándose con sus compañeros y profesores, para reconocer así conductas o situaciones como el acoso escolar, la baja autoestima, dificultades en el aprendizaje o problemas en la socialización (35). Una vez detectadas las necesidades y/o posibles psicopatologías, se encarga de notificar a los padres la información de forma rápida y posteriormente elabora intervenciones adaptadas y valora su derivación a consultas médicas especializadas, médico de atención primaria o unidades de Salud Mental en cada centro escolar (35)

Por otro lado, si ya existiese diagnóstico de patología psiquiátrica, la enfermera escolar tiene un papel fundamental en la administración y seguimiento del tratamiento farmacológico, observando y registrando los efectos terapéuticos y adversos que tiene la medicación en el niño (35).

4.2. Intervenciones con el profesorado y la comunidad educativa.

Los profesores pasan mucho tiempo con los alumnos y por tanto pueden detectar, problemas emocionales o de aprendizaje, conductas alarmantes ya sean conflictivas y provocadoras, o bien de retraimiento y poca participación. Por ello es importante instruirles en la detección de síntomas (35). Esa información que aporta el profesorado, se complementa con la recogida por la enfermera. De este modo, se determinan posteriormente las intervenciones adaptadas a las necesidades del alumnado además de mantener el contacto constante con el profesorado mediante reuniones periódicas para tratar esos problemas detectados.

4.3. Intervenciones con la familia

La familia de los niños y adolescentes es otro pilar fundamental con el cual la enfermera escolar debe trabajar. Su colaboración es fundamental para unificar los criterios de actuación

de cualquier problema que se detecte tanto en la escuela como en casa. Se debe ofrecer asesoramiento e información a los padres sobre la patología detectada así como los recursos externos disponibles para su abordaje como por ejemplo la asistencia de psiquiatras o psicólogos especializados (35). Algunos de los temas a tratar son por ejemplo, el abuso de sustancias, la adicción al juego y a las nuevas tecnologías, el acoso escolar o los trastornos de la alimentación; entre otros. Además de problemas conductuales o emocionales.

Además la enfermera escolar realiza programas dirigidos a los padres. Para prevenir y detectar precozmente los signos de alarma en sus hijos, enseñándoles a diferenciar las actitudes esperables en cada etapa de las patológicas (35).

4.4 Intervenciones externas

La enfermera escolar se encarga de contactar con los Centros de Atención Primaria y/o los Centros de Salud Mental de referencia del alumnado. Lo realiza de manera periódica o puntual, según lo considere necesario. De este modo además de tener acceso a la historia clínica también pueden llevar un seguimiento conjunto de la evolución del alumno con patología mental para establecer unas pautas de actuación comunes, incluso colabora en programas de educación y prevención con temas como el consumo de tóxicos, la adicción al juego o el ciberbullying propuestos los Centros de Atención Primaria del área de referencia (34).

CONCLUSIONES

Tras la revisión de los artículos encontrados se concluye que, en España, la Salud Mental de los niños y adolescentes es un problema relevante por su alta incidencia. Entre las patologías más prevalentes en esta etapa se encuentran el trastorno depresivo, el trastorno de conducta, el trastorno por ansiedad y el TDHA, hallándose diferencias por sexo y edad (2).

En el desarrollo de estas patologías, existen factores de riesgo y factores protectores sobre los que se debe actuar mediante educación y promoción de la salud (11). Además, es fundamental la detección precoz de los trastornos mentales y llevar un seguimiento conjunto, con los padres del menor, el colegio y especialistas en Salud Mental. Es la enfermera escolar la que ejerce la función de enlace entre ellos para asegurar el seguimiento de un plan terapéutico común (35).

La enfermera escolar es un profesional con un largo recorrido en países como Estados Unidos o Reino Unido, donde existe una legislación que permite el progreso de la profesión y sus competencias. Sin embargo, en España, esta figura tiene aún un desarrollo muy desigual entre las distintas Comunidades Autónomas, siendo casi inexistente en la mayoría de estas, evidenciándose así la necesidad de una legislación común en el país de esta figura (4).

No obstante, en las últimas tres décadas se está promoviendo su desarrollo en España. Se están incrementando las publicaciones de artículos de carácter científico y académico en respuesta a las necesidades percibidas por la población y por las propias enfermeras escolares. Ellas manifiestan la falta de formación y recursos para desarrollar su trabajo con una base empírica y rigurosa y poder abordar la Salud Mental de los niños y adolescentes. Se evidencia la necesidad de elaboración de investigaciones sobre las intervenciones y los resultados de la enfermera escolar, y la publicación de recursos que sirvan como guía común para tratar al menor con patología mental desde la perspectiva de la enfermera escolar (6).

Finalmente, por su trayectoria histórica de la profesión, por sus características y funciones, se considera la enfermera escolar como la figura más adecuada para responder a la problemática actual de Salud Mental infanto-juvenil en España. Siendo necesaria una legislación común a todo el país y un aumento de la investigación y la publicación de bibliografía referente a las intervenciones de la enfermera escolar. En especial, es necesaria más investigación en cuanto al abordaje de la Salud Mental en niños y adolescentes ya que esta es una especialidad que no está desarrollada para las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espín Jaime JC, Belloso Roperro JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2009; 29(2). [En línea] [fecha de acceso: 14 de febrero de 2023]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000200004&script=sci_arttext
2. Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 525-532.
3. De las defunciones en el año 4%, Tumores y el 2% a., Infecciosas 2% a. Enfermedades. En 2021 fallecieron 39.444 personas por COVID-19 virus identificado, un 34, 6% menos que en 2020 [Internet]. Ine.es. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: https://ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
4. Soler M, Montalvo C, Gañil P, et al. Asociación Catalana De Enfermería Escolar (2022). MARCO CONTEXTUAL DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y NACIONAL [Internet]. *Consejogeneralenfermeria.org*. [citado el 8 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/coronavirus/documentos/MARCO_CONTEXTUAL_DE_LA_ENFERMERA_ESCOLAR_Julio_2022.pdf
5. Selekman J. *School nursing: a comprehensive text*. National Association of School Nurses. Philadelphia: FA Davis Company; 2006.
6. Román, A. M. (2022). 3. Atención de la enfermera escolar al alumnado con problemas de salud mental y de conducta. *Director NPunto*, 57.
7. World health organization (WHO). En: *Yearbook of the United Nations* 1984. United Nations; 1984. p. 1220–8.
8. Martínez, G. M., Poveda, A. L., Mozún, M. A., Valero, I. A., Martínez, M. L. D., & Soto, M. S. (2021). Prevalencia de condiciones de salud mental en población infanto-juvenil española. Revisión sistemática exploratoria. *TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD*, 3(11), 39-41.
9. Achenbach TM, Edelbrock C. La taxonomía en psicopatología infantil. En: Ollendick TH, Hersen M, editores. *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca, 1993: 99-138.
10. Bofill Moscardó, I., Fernández Corchero, A., Briz, V., García del Moral, A., & Hijano Bandera, F. (2010). Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Pediatría Atención Primaria*, 12, s93-s106.
11. García, L. L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 3-5.
12. López, P. V. (2021). La salud mental en los niños y jóvenes: un reto tras la pandemia COVID. *Pediatr Clin N Am*, 68, 945-59.
13. Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
14. Martínez-martín N, Albaladejo Gutiérrez EF, Espín Jaime JC, Güerre Lobera MJ, Sánchez- 31 García J, Jiménez Hernández JL. Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Rev Esp Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 13

- de febrero 2023]; 71(2):62-68. Disponible en: https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf
15. De la Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Rev Fac Med UNAM*, 43(6), 243-244.
 16. Polanczyk, G., de Lima, MS., Horta, BL., Biederman, J., & Rohde, LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
 17. López-Villalobos, J. A., López-Sánchez, M. V., & Andrés De Llanos, J. (2019). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico.
 18. Panduro Paredes, J. A. (2022). Sintomatología de TDAH en preescolares: evidencias de la validez de un instrumento para su identificación (ISTDAH36) . *Educación*, 28(2), e2644. <https://doi.org/10.33539/educacion.2022.v28n2.2644>
 19. Pascual, P. C. Trastornos disruptivos, de control de impulsos y trastornos de conducta. Francisco Santolaya Ochando Presidente Consejo General de la Psicología de España, 54.
 20. Hidalgo, R. S. Estrategias terapéuticas ante los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes.
 21. Delgado, E., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
 22. Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, X., & Morales, A. (2021). Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. *Libro Blanco de la salud mental infanto-juvenil*, 1, 28.
 23. Cáceres, R. D. Miedos y ansiedad en la infancia y la adolescencia: una visión transdiagnóstica para el enfoque diagnóstico categorial. *Enfoques e investigación*, 89.
 24. Rey, J., Bella-Awusah, T. T., & Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*.
 25. Royo, J., & Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*, 13(2), 116-120.
 26. La Fundación ANAR presenta su Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022) [Internet]. Fundación ANAR. 2022 [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/>
 27. Herskovic, V., & Matamala, M. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 183-187.
 28. Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, X., & Morales, A. (2021). Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. *Libro Blanco de la salud mental infanto-juvenil*, 1, 21.
 29. Falcato, M. A., Muñoz, N. H., & Urquiola, Y. C. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(3), 152-154.
 30. Corral Barbado O. La enfermera escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud. [Trabajo Fin de Grado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.
 31. Ocronos, R. M. y. (2020, enero 2). La enfermera escolar: situación actual y necesidades de la población infantil. Recuperado el 8 de mayo de 2023, de Ocronos - Editorial

Científico-Técnica website: <https://revistamedica.com/enfermera-escolar-necesidades-poblacion-infantil/>

32. García, N. G., & Langa, N. L. (2012). Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de enfermería*, 15(7), 50-54.
33. Figura y funciones de la enfermería escolar: Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2019.
34. Perfil de la Enfermera Escolar. (s/f). Recuperado el 8 de mayo de 2023, de Amece.es website: <https://www.amece.es/images/perfil.pdf>
35. López Langa N. Análisis de la Enfermería en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid. *Metas de Enferm [Internet]*. 2010 [citado el 1 de marzo 2023]; 13(4); 5161. Disponible en: <http://www.amece.es/images/nati.pdf>

Artículos descartados.

1. Roade, M. G., & García, A. S. (2021). Necesidad percibida de la enfermera en los cuidados de salud mental en el ámbito escolar. *TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD*, 3(11), 28-38.
2. Del Barrio, V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. Infocoponline: Revista de Psicología.
3. Meléndez-Moral, J. C., & Navarro-Pardo, E. Desarrollo infantil y adolescente: prevalencia de trastornos psicológicos más frecuentes.
4. Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156.
5. ARAMAYO, E. G. D. J. (2009). Prevalencia de psicopatología infanto-juvenil en un centro de salud mental de Navarra.
6. Carnicero, C. A. (2010). Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria. *Revista ROL de enfermería*, 33(1), 28-29.
7. .Ministerio de educación, política social y deporte, Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe: Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Sanidad de Consumo. 2008. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf>