



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Trabajo fin de máster

Propuesta de protocolo para la prevención de la psicosis en los centros de educación secundaria de Cantabria a través de la detección temprana mediante la observación de síntomas prodrómicos, la sensibilización sobre la enfermedad mental y la formación.

Presentado por: Margarita Pérez Herreros
Línea de investigación: Evaluación
Director/a: Miryam Rodríguez Monter

Ciudad: Santander
Fecha: 18 de julio de 2014

"Educar no es dar carrera para vivir, sino temprar el alma para las dificultades de la vida".

Pitágoras de Samos.

Agradecimientos:

Quiero agradecer su colaboración a todas las personas que me han apoyado de diferentes formas para poder realizar este trabajo:

A mi familia, a Javi, a Milagros, a David y Erika y sobre todo a Miryam, mi directora del TFM, por su esfuerzo y capacidad para “hacer fácil lo difícil”.

También agradezco la amabilidad y la diligencia de todas las personas que con un tiempo muy limitado, han contestado los cuestionarios del trabajo de campo.

Margarita Pérez Herreros.

Resumen

Entre los problemas de salud mental, los trastornos psicóticos son muy preocupantes por el impacto personal, familiar y social que suponen para las personas que lo sufren.

Este trabajo tiene un enfoque preventivo, con el objetivo de proponer un protocolo para la detección de adolescentes escolarizados en Cantabria que manifiesten síntomas tempranos de psicosis, con el fin de poder derivarlos a los servicios sanitarios antes de que se manifieste el trastorno psicótico. La prevalencia de la aparición de estos trastornos en la población adolescente es alta y existe un gran desconocimiento de este tipo de enfermedad por la población en general, lo que dificulta su detección temprana, por lo que normalmente se acude a los servicios sanitarios cuando la enfermedad ya se ha manifestado de modo agudo.

Una detección y atención temprana a la sintomatología inicial o prodrómica de los trastornos del espectro esquizofrénico, favorecerá un tratamiento adecuado y la posibilidad de evitar o frenar la aparición de la enfermedad.

Conllevaría la sensibilización y la formación de la comunidad educativa, además del entrenamiento en la detección de indicadores de la enfermedad, en especial de los orientadores educativos y equipos de orientación en coordinación con tutores, profesorado, familias y alumnado, de cara a una derivación y tratamiento preventivo adecuado.

Palabras clave: Psicosis, Prevención, evaluación, entorno educativo, detección temprana, protocolo, orientación educativa.

Abstract

Psychotic disorders are particularly disturbing among mental health problems, due to the personal, family and social impact on the people suffering from them.

This research is focused on prevention, and it aims to present a protocol for screening secondary school adolescents in Cantabria that may be presenting early signs of psychosis. Its final target being to refer them to health services before the onset of the full disorder. Prevalence of the onset of these disorders in adolescents is high, and there is very little knowledge among the general population, this makes early detection difficult and what usually happens is that people attend to health services when acute onset takes place.

Early detection and intervention of initial or prodromal symptoms of schizophrenia spectrum disorders would facilitate providing an adequate treatment, and therefore the possibility of avoiding or delaying the onset of the disorder.

This piece of work pretends to enhance awareness and knowledge within the educational community, as well as the training in the detection of illness indicators of educational counsellors, and counselling teams in coordination with tutors, teachers, families and students in particular, in order to provide proper referrals and preventive treatment.

Key words: Psychosis, prevention, evaluation, educational environment, early detection, protocol, educational counselling.

Índice

1. Introducción y justificación.....	4
2. Planteamiento del problema.....	5
2.1. Objetivos e hipótesis.....	6
2.2. Metodología	7
2.3. Justificación de la Bibliografía empleada.....	7
3. Desarrollo	8
3.1. Fundamentación teórica	8
3.1.1. Trastornos psicóticos	8
3.1.2. Trastornos psicóticos y adolescencia	13
3.1.3. Síntomas prodrómicos	14
3.1.4. Síndrome de la psicosis atenuada	15
3.1.5. Importancia de la prevención	16
3.1.6. La Orientación Educativa en Cantabria.....	19
3.1.7. Los Servicios Sanitarios en Cantabria.....	22
3.2. Materiales y métodos	25
3.3. Resultados y análisis	27
3.3.1. Resultados	27
3.3.2. Análisis y discusión.....	32
4. Propuesta práctica: protocolo de prevención.....	36
4.1. Introducción	36
4.2. Revisión de líneas de actuación en detección precoz.....	39
4.3. Objetivos	39
4.4. Población Diana	39
4.5. Fases	39
4.5.1. Fases de cara a la coordinación y planificación	40
4.5.2. Fases de actuación en los centros de secundaria	41
4.5.2.a. Sensibilización y concienciación.....	41
4.5.2.b. Formación a la comunidad educativa	42
4.5.2.c. Información al departamento de orientación	42
4.5.2.d. Contacto con los servicios sanitarios.....	43
4.5.2.e. Evaluación	43
4.5.3.f. Intervención y seguimiento	43
5. Conclusiones	44
6. Líneas de investigación futuras	45
7. Bibliografía	47
8. Anexos	51

1. Introducción y justificación.

Los trastornos del espectro psicótico suponen un gran problema para la persona que los sufren, para su entorno cercano y para la sociedad. Resultan problemas graves e incapacitantes. En el ámbito de las necesidades educativas especiales resulta usual encontrar programas de prevención destinados a diferentes objetivos, como la salud en general, los trastornos de alimentación, el acoso escolar... pero no así en lo relacionado con estos trastornos, que siguen siendo objeto de ignorancia, rechazo y estigmatización por la sociedad, no existiendo protocolos desarrollados específicamente para la prevención de los trastornos psicóticos en el ámbito educativo de Cantabria. Supone un gran desafío para la comunidad docente prevenir estos problemas. En especial para los profesionales de la orientación educativa, entre cuyas labores constan favorecer la educación inclusiva, el desarrollo integral del alumno y desarrollar técnicamente las evaluaciones psicopedagógicas sobre las necesidades educativas especiales.

Que toda la comunidad educativa conozca lo que son y lo que suponen estos trastornos y las herramientas o factores de protección que reducen su aparición, ayudaría mucho a prevenir la manifestación de la enfermedad.

Por otro lado, la importancia de aplicar la prevención a los adolescentes se incrementa al conocer que la prevalencia de estos trastornos es muy alta durante esta época y la transición a la vida adulta.

El marco geográfico de este trabajo es autonómico. No puede ser menor al tratarse de problemas que exigen de la colaboración entre los servicios sanitarios y educativos para coordinar acciones enfocadas a la prevención y a la correcta derivación de casos sospechosos a los servicios sanitarios.

Resulta muy interesante, y se tratará a lo largo del desarrollo del marco conceptual, todo lo que se está avanzando desde los sistemas sanitarios de cara a diagnosticar precozmente los trastornos psicóticos, con el consiguiente ahorro de sufrimiento a las personas afectadas. Ha sido grato en este sentido descubrir que Cantabria cuenta con equipos dedicados a la detección temprana en psicosis que están desarrollando una excepcional labor.

El núcleo de la cuestión es cómo unir todo el conocimiento que se tiene en Sanidad con la realidad del adolescente, en este caso la escolar, y dotar de herramientas a la comunidad educativa para la detección de tales trastornos. En este aspecto se hace patente la importancia de la figura del orientador educativo y de toda la comunidad educativa, ya que el entrenamiento del profesorado en la observación de los síntomas prodrómicos de la psicosis en la población adolescente escolarizada contribuiría a detectar a tiempo tales síntomas, y así poder prevenir que se

desencadenen episodios psicóticos graves y la consiguiente pérdida de adaptabilidad y habilidades sociales que conllevan tales episodios, cuya prevalencia es alta en esta población (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2009 y Morales, 2013).

Se pretende constatar con la presente investigación la necesidad de establecer vías de comunicación fluida entre los servicios sanitarios y educativos de la Comunidad Autónoma de Cantabria que posibiliten acciones sistematizadas y coherentes de cara a fomentar la prevención de estos problemas.

2. Planteamiento del problema.

Ante los trastornos de espectro esquizofrénico, normalmente se acude a los servicios de salud cuando el problema se ha manifestado de modo grave y perturbador en el afectado y su entorno. Es necesario establecer herramientas que ayuden a intervenir en fases iniciales desde los ámbitos en los que se mueve el adolescente. En concreto este trabajo se centra en el ámbito de la educación secundaria.

En la comunidad autónoma de Cantabria, existen excelentes profesionales en el ámbito sanitario y educativo. La investigación en síntomas iniciales de trastornos del espectro psicótico es una de las líneas de excelencia en el Plan de Salud Mental de Cantabria. Se detecta una necesidad, sin embargo, de un nexo de unión entre los dos ámbitos, en la línea de crear herramientas que posibiliten unificar esfuerzos para la prevención de los trastornos psicóticos en la población juvenil de un modo coordinado y coherente.

En esta labor de prevención, cobra un papel relevante la figura del orientador educativo, como figura que funcione como puente entre la detección de los trastornos en el ámbito educativo y el trabajo especializado de los servicios de salud mental, en especial los servicios de salud mental infanto-juvenil.

2.1.Objetivos e hipótesis

A continuación se plantean los **objetivos generales**:

-Revisar la situación actual en Cantabria respecto a la prevención del trastorno mental en el entorno educativo de secundaria.

- Plantear un abordaje de la prevención de la psicosis en los centros de educación secundaria de Cantabria.

Una vez establecidos estos objetivos generales, se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

-Valorar demanda real de un protocolo de prevención de la psicosis por parte de profesionales del ámbito sanitario y educativo en Cantabria.

-Valorar la posibilidad de coordinación entre los equipos educativos y sanitarios en la prevención de la enfermedad mental en adolescentes.

-En el caso de que se confirme la posibilidad de la coordinación citada en el anterior objetivo, elaborar una propuesta de protocolo a través del diseño de herramientas para la detección, derivación, sensibilización y formación para la comunidad educativa de cara a prevenir la aparición de la enfermedad mental en adolescentes.

Una vez establecidos los objetivos, se plantean las siguientes **hipótesis de trabajo**:

-La implementación de un protocolo para la detección precoz de la enfermedad mental favorecerá la integración y el rendimiento académico del alumno

-El entrenamiento en observación de indicadores a la comunidad educativa aumentaría la detección de posibles casos a derivar a servicios sanitarios.

2.2. Breve Justificación de la Metodología

Esta investigación se centra en la prevención en la salud mental de los adolescentes. La metodología que se va a emplear va a ser combinada utilizándose técnicas cuantitativas y cualitativas:

Tras verificarse bibliográficamente la carencia de un protocolo específico para la detección temprana de la psicosis en los institutos de educación secundaria de Cantabria y la oportunidad del mismo, se elaborará un cuestionario auto administrable dirigido a profesionales de la salud y la educación de la Comunidad Autónoma con preguntas enfocadas a confirmar la pertinencia y factibilidad de un protocolo de actuación y a la localización de cauces adecuados para la derivación a los servicios sanitarios desde los servicios educativos a adolescentes sospechosos de estar sufriendo síntomas prodrómicos de trastorno psicótico. El cuestionario se compondrá de preguntas cerradas con opción de respuesta dicotómica, escalonada y también incluirá preguntas abiertas. (Anexo 1). Se analizará y categorizará el contenido de las respuestas obtenidas. Tras el análisis de contenidos se trabajará, como propuesta práctica, la elaboración de un protocolo de prevención de los trastornos mentales del espectro psicótico en los centros de educación secundaria de Cantabria. Este protocolo incluirá herramientas para la formación y sensibilización de la comunidad educativa sobre la enfermedad mental y la detección y derivación a los servicios sanitarios de adolescentes que presenten indicadores de enfermedad mental incipiente.

2.3. Breve justificación de la bibliografía utilizada.

Se han empleado literatura de diferente temática:

Por un lado, por la complejidad y variedad de los trastornos psicóticos, se ha utilizado material relacionado con la **enfermedad mental** de cara a conocer las características y particularidades de los diferentes tipos de trastornos del espectro psicótico y las características más relevantes de dichos problemas. También se han revisado nuevos conceptos diagnósticos como la “**psicosis atenuada**”, muy relacionada con los objetivos de este trabajo. Para este fin se han consultado manuales diagnósticos, un diccionario enciclopédico de la salud y artículos científicos.

También se ha consultado bibliografía relativa a nuevos enfoques en Salud mental centrados en la **detección precoz** y en la **prevención** de la enfermedad mental incipiente. La mayoría, artículos científicos, manuales de diagnóstico, Tesis,

manuales de recursos en Salud Mental, páginas web de entidades relacionadas con el tema y guías de psicoeducación.

En lo referido a la **población adolescente**, se han revisado estudios y guías de asistencia en la Salud Mental a esta población.

En lo relacionado con la **educación** y en especial con la **orientación**, se ha revisado normativa nacional y autonómica y se ha prestado especial atención a lo relacionado con la evaluación psicopedagógica de las necesidades educativas especiales y el fomento de la resiliencia.

Para la propuesta práctica, además de contar con las conclusiones del trabajo de campo, se ha recogido información de la bibliografía anteriormente citada además de la consulta de otros **protocolos** del ámbito de la salud y la educación y los relacionados con la calidad.

3.1. Desarrollo

3.1 Fundamentación teórica

En este apartado se explicarán diferentes conceptos relacionados con la prevención de los trastornos mentales. En primer lugar se abordarán los trastornos psicóticos, con especial referencia a los trastornos psicóticos incipientes. En segundo lugar se relacionarán estos conceptos con la adolescencia y los síntomas prodrómicos en esta población. Se explicará el nuevo concepto diagnóstico de “psicosis atenuada” y se tratará la importancia de la prevención. Tras esta revisión de la materia sanitaria y preventiva relacionada con el presente trabajo, se encuadrará geográficamente el mismo, aludiendo a los servicios de orientación y su función en Cantabria, relacionando su labor con la prevención de este problema y también se explicará la función de los servicios sanitarios en esta comunidad autónoma, con especial alusión a las líneas de excelencia en el tratamiento a la salud mental infanto-juvenil dentro del Plan de Salud de Cantabria y los objetivos que se tienen al respecto en dicho plan.

3.1.1 Trastornos psicóticos

Para enmarcar teóricamente este trabajo, se comienza definiendo la psicosis y la esquizofrenia, explicando los diferentes síntomas que causan y su gravedad, además de citar las diferentes categorías diagnósticas de los dichos trastornos:

Según el Diccionario Enciclopédico Taber de las ciencias de la salud (2008), La psicosis se define como “el trastorno mental caracterizado por una pérdida severa

del contacto con la realidad, cuyos signos son delirios, alucinaciones, patrones de habla desorganizados y comportamientos extraños o catatónicos. Los trastornos psicóticos constituyen elementos frecuentes de la esquizofrenia, de la manía y de algunos trastornos afectivos”. (Diccionario Médico Taber, 2008, p. 1175). Y la esquizofrenia se define como “una alteración del pensamiento que afecta entre el 0,4 y el 1,2% de la población y se caracteriza por delirios, alucinaciones, habla y comportamientos desorganizados (los síntomas positivos) y por pobre afectividad, retraimiento social y falta de volición (los síntomas negativos). La esquizofrenia provoca disfunciones en una o más áreas, como por ejemplo en las relaciones interpersonales y laborales, en la educación o en el cuidado personal. Otros rasgos asociados son la afectividad inapropiada, la anhedonia, el humor disfórico, la actividad psicomotora anormal, la disfunción cognitiva, la confusión, la falta de entendimiento y la despersonalización”. (Diccionario Médico Taber, 2008, p. 1434). En referencia a los trastornos del espectro psicótico “Su prevalencia es alrededor del 3% (si se consideran los trastornos psicóticos en su conjunto y no sólo la esquizofrenia) en población general, pero la discapacidad que produce y el impacto psicosocial en los individuos que la sufren, su familia y el entorno hace que se trate de una enfermedad con gran repercusión comunitaria y que genera muchos costes sociales”. (Según Bravo et al, 2009, p. 9).

Se resume a continuación la información recogida en el Manual Diagnóstico DSM IV, matizando novedades incluidas por el DSM V sobre la esquizofrenia, su categorización y otros trastornos psicóticos:

Esquizofrenia: “las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o durante un periodo más breve si ha habido tratamiento con éxito (...)) Estos signos o síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. (...) Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognómico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social”. (DSM-IV, 2002, p. 280).

A continuación se describen de modo resumido los diferentes subtipos de trastorno esquizofrénico a modo ilustrativo de las diferentes formas que puede llegar a tomar esta patología, aunque como se comenta más adelante, esta clasificación está a extinguir en las nuevas clasificaciones diagnósticas:

Paranoide: destaca la presencia de delirios o alucinaciones auditivas, conservando relativamente la capacidad cognoscitiva y la afectividad. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.

Desorganizado: Destaca el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización del comportamiento puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.

El tipo catatónico se caracteriza por una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia (repetición patológica de una palabra o frase que acaba de decir otra persona) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona).

Indiferenciado: Se pueden tener alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje, catatonia, comportamiento desorganizado o síntomas negativos, pero no cumple el resto de condiciones para pertenecer a los subtipos anteriores.

Residual: Se utiliza este subtipo en el diagnóstico cuando por lo menos ha habido un episodio de esquizofrenia, pero en la actualidad no se presentan síntomas psicóticos positivos, aunque se muestran alteraciones, como la presencia de síntomas negativos o síntomas positivos atenuados.

El DSM V, que pretende una progresiva armonización con el CIE 11 (la clasificación diagnóstica que publica la Organización Mundial de la Salud), introduce cambios en algunos detalles de los criterios diagnósticos en la esquizofrenia:

Entre otros, estos subtipos anteriormente citados son eliminados en el DSM V debido a sus limitaciones para la estabilidad del diagnóstico, baja confiabilidad y pobre validez. En su lugar, se añade, en su sección tercera, una tabla para escalar las dimensiones de la psicosis en función de su severidad.

Existen otros trastornos del espectro psicótico además de la esquizofrenia, que a continuación se resumen utilizando la información recogida en el Manual DSM IV:

- **Trastorno esquizofreniforme:** Cumple los criterios diagnósticos de la

esquizofrenia pero la duración es intermedia entre el trastorno psicótico breve (entre un día y un mes) y la esquizofrenia (más de seis meses).

- **Trastorno esquizoafectivo:** Se pueden tener alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje, catatonía, comportamiento desorganizado o síntomas negativos propios de la esquizofrenia y simultáneamente se presenta una patología afectiva, a través de un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto.
- **Trastorno delirante:** Se presentan ideas delirantes que persisten al menos un mes, sin cumplirse otros criterios que se cumplen en la esquizofrenia.
- **Trastorno psicótico breve:** Aparecen alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje, catatonía, comportamiento desorganizado o síntomas negativos propios de la esquizofrenia, pero la alteración dura entre un día y un mes, remitiendo y recuperando el sujeto el nivel propio de actividad.
- **Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*, locura a dúo o en pareja):** Lo que caracteriza a este trastorno psicótico es que un sujeto se ve inducido y comparte con otro (inductor) las creencias delirantes del segundo en parte o en totalidad.
- **Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.** Aquí, las ideas delirantes y alucinaciones se deben a efectos fisiológicos de una enfermedad médica.
- **Trastorno psicótico inducido por sustancias.** En este caso, las ideas delirantes y alucinaciones, se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.
- **Trastorno psicótico no especificado:** Se presenta sintomatología psicótica y no se dispone de información para establecer un diagnóstico específico o existen informaciones contradictorias al respecto.

Esta clasificación de los trastornos psicóticos, nos hace ver la gravedad del problema que suponen para las personas que lo padecen y por ende, a las personas cercanas a las mismas. Además, hay otros factores que influyen en el sufrimiento que padecen: Una vez que aparece el trastorno, la duración del mismo es larga y su gravedad alta. En este sentido, Garay (2012), en el Informe del Estado Actual de la Salud Mental, afirma “Las personas que padecen un trastorno mental grave, cumplen tres características que trascienden de lo patológico; gravedad diagnóstica, persistencia (más de dos años de tratamiento) e impacto importante en su autonomía y capacitación” (p. 85).

Se observa como causas de los trastornos mentales una combinación de factores genéticos y desencadenantes ambientales. Es lo que se denomina modelo de vulnerabilidad-estrés. Este modelo explica que existen personas con una mayor vulnerabilidad o predisposición, por causas genéticas o biológicas (hiperactividad de la dopamina, sensibilidad a la misma, complicaciones en la gestación o parto, traumatismos craneales o deficiencias nutricionales). El hecho de que desarrolle o no un trastorno psicótico, se debe en gran parte, a factores medioambientales (consumo de tóxicos, traumas, problemas familiares o sociales) o estresores externos que pueden actuar como desencadenantes del trastorno. (Crespo et al, 2010).

Además de sufrir las consecuencias de su enfermedad anteriormente descritas, las personas con trastorno psicótico y sus familias tienen que enfrentar una situación de rechazo social o “estigma”. Lezcano (2012), explica que el estigma de estas personas se funda en diferentes estereotipos sociales sobre la enfermedad, como que “nunca se recuperan”, “son personas violentas”, “la mayoría son genios”, “son impredecibles”, “deben estar hospitalizados” o “son vagos, no les gusta trabajar”.

Antes de manifestarse la enfermedad mental con la aparición de episodios, crisis o brotes psicóticos, es importante observar que existen unas fases previas o prodrómicas que son la antesala del trastorno. A continuación se hace referencia a las mismas:

Los programas de atención temprana en la psicosis van destinados a personas que no han sufrido aún un episodio psicótico, pero presentan características de alto riesgo de desarrollo de un trastorno mental psicótico. Según la literatura médica se denominan UHR o EMAR.

UHR es el acrónimo de Ultra High Risk y es la nomenclatura utilizada en la IEPA, la Asociación Internacional Early Psychosis Association, mientras que EMAR es el acrónimo de Estados Mentales de Alto Riesgo, según la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud. (Bravo et al, 2009) Los criterios para distinguir a estas personas, son según recoge la AEN:

- a) Síntomas positivos subumbral que no son suficientemente graves o persistentes para cumplir los criterios de primer episodio o trastorno psicótico breve según el DSM o CIE.
- b) Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado o trastorno esquizotípico del sujeto, más un declive funcional persistente o significativo dentro del último año.
- c) Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados que no tengan una semana de duración y remitan espontáneamente.

(Bravo et al, 2009, p.19)

En el Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Bravo et al. (2009), explican que también se incluyen como personas susceptibles de sufrir un episodio psicótico a las que ya han pasado por uno y están dentro de los cinco primeros años de evolución de la enfermedad.

Por tanto, observando estos síntomas previos, queda una puerta abierta a la prevención, posibilitándose a través de la intervención temprana una actuación por los servicios sanitarios antes de que la enfermedad se manifieste de modo devastador.

3.1.2 Trastornos psicóticos y adolescencia.

Este trabajo versa sobre la prevención de los trastornos psicóticos en la adolescencia, por lo que es importante incluir algunos datos sobre la prevalencia y riesgo de aparición de esta enfermedad en la población juvenil:

En cuanto a los datos de prevalencia, Hidalgo (2009) señala que existe una insuficiencia sobre la información respecto a la Salud Mental Infanto-Juvenil y que no existen registros homogéneos aplicables a las comunidades autónomas.

A nivel autonómico, según el Plan de Salud 2014-2015 de Cantabria, la escasez de datos estadísticos sobre trastornos mentales es una de las carencias a mejorar.

Sí hay datos, aunque pocos, sobre trastornos mentales en general que se recogen en dicho Plan. Se consideran objetivos prioritarios de atención por su prevalencia: 9,3% de hombres y un 19,6% de mujeres (destacando la ansiedad y la depresión). También se consideran prioritarios por su impacto social y económico y por su incapacidad derivada. Se destaca los siguientes:

“Cuatro enfermedades neuropsiquiátricas (trastorno depresivo unipolar, trastorno por consumo de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) figuran entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo. En Cantabria la Tasa de Discapacidad atribuida a Enfermedad Mental es de 7.380 personas, de las cuales 2.138 se atribuyen a Discapacidad Intelectual”.

(Plan de Salud 2014-2019 de Cantabria, 2014,p.152)

También se tiene en cuenta la utilización de los servicios sanitarios de estas personas como criterio para valorar la prioridad de su abordaje en el Plan.

Aún existiendo esta carencia de datos concretos para psicosis en adolescentes, es común encontrar en la literatura la idea de que los trastornos del espectro psicótico surgen en gran medida durante la adolescencia:

“La esquizofrenia y la psicosis relacionadas son enfermedades complejas que generalmente surgen durante el período de transición hacia la vida adulta”. (Bravo et al, 2009,p.9) .

“Los síntomas y signos de psicosis suelen iniciarse en la adolescencia tardía o temprana adultez y el trastorno parece ser ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres (ratio 1,4:1)” (Fonseca-Pedrero et al, 2013, p 190-191).

Por lo anteriormente señalado en este apartado, se observa la gran importancia que tiene la prevención en salud mental en el colectivo juvenil, al ser una época en la que se pueden manifestar cambios iniciales que desemboquen en un trastorno.

3.1.3 Síntomas prodrómicos

Un aspecto importante para la prevención de los trastornos psicóticos en la adolescencia, es que existe un periodo de tiempo que puede llegar a ser muy prolongado en el que se pueden manifestar los síntomas prodrómicos de la enfermedad incipiente sin que ésta se manifieste de modo brusco, lo que se denomina estado mental de alto riesgo (EMAR):

Los trastornos del espectro esquizofrénico acostumbran a presentar una forma de inicio gradual en el tiempo. Los adolescentes que posteriormente desarrollarán un problema psicológico de tipo psicótico suelen exhibir una serie de cambios emocionales, comportamentales, del pensamiento y lenguaje, así como de la personalidad y de las relaciones sociales, bastante antes del inicio del problema, pudiendo estar presentes días, meses e incluso años antes de la aparición del problema como tal (Fonseca-Pedrero et al, 2011, p. 334).

La detección precoz de la psicosis incipiente en adolescentes se hace por tanto prioritaria: “La importancia de la identificación temprana de los alumnos antes de que deriven en un problema psicológico grave es un tema candente dentro de la investigación actual” (Fonseca-Pedrero et al, 2011, p. 333).

Sin embargo, es necesaria una gran prudencia en la observación de estos síntomas ya que estos síntomas se pueden confundir con cambios, adaptaciones y crisis típicas de la adolescencia, lo que dificulta el diagnóstico. (Cornellà i Canals, 2009).

Uno de los ámbitos en el que el adolescente pasa más tiempo es el escolar, por ello toma relevancia la observación en este ámbito. También ahí es dificultoso detectar estas situaciones. Sin embargo, “en el ámbito educativo, la identificación de este tipo de adolescentes “de riesgo” se puede ver facilitada si se dispone de instrumentos de medida adecuados para su valoración”. (Muñiz, 2004, c.p. Fonseca-Pedrero et al, 2009, p. 335).

Estas últimas afirmaciones nos hacen reflexionar sobre importancia de la detección temprana en el ámbito escolar, además de la cautela con la que se tiene que llevar a cabo dicha observación.

3.1.4 Síndrome de la Psicosis Atenuada (Attenuated Psychosis Syndrome)

A continuación se hace mención de un nuevo concepto diagnóstico que hace referencia a los estados previos a la manifestación de un trastorno psicótico:

Relacionado con los síntomas prodrómicos y el concepto EMAR, es relevante señalar que en el DSM V ha surgido una nueva categoría diagnóstica: “Síndrome de la psicosis atenuada”. Esta inclusión ha generado un debate interesante en la comunidad científica con argumentos a favor y en contra del mismo. Como consecuencia de este debate, La Psicosis Atenuada no aparece dentro del documento principal del DSM-V, sino en el Apéndice III (Fonseca-Pedrero et al, 2013, p.194-195).

Los siguientes son los criterios diagnósticos de dicho síndrome elaborados por el grupo de trabajo de trastornos psicóticos del DSM-V:

- A. Síntomas Característicos: se presenta al menos una de las siguientes en forma atenuada, con juicio de realidad conservado, pero con la gravedad y/o frecuencia suficiente como para que no puedan ser olvidados ni ignorados: 1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Lenguaje desorganizado.
- B. Duración y frecuencia: los síntomas que cumplen el criterio A deben presentarse con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana en el último mes.
- C. Progresión: los síntomas que cumplen el criterio A deben haberse iniciado o empeorado significativamente en el último año.
- D. Malestar clínico/disfunción/Búsqueda de tratamiento: los síntomas causan malestar clínico significativo y/o disfunción socio-laboral al paciente y/o padres/cuidadores como para llevar a buscar ayuda.
- E. Los síntomas psicóticos atenuados característicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental del DSM-V, incluyendo los trastornos relacionados con las sustancias.
- F. Nunca se han cumplido criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno psicótico.

(Fonseca-Pedrero et al, 2013, p.195)

Tras lo anteriormente expuesto, se percibe un creciente interés médico en la detección temprana de los síntomas iniciales de los trastornos psicóticos, lo cuál puede favorecer la implementación de acciones encaminadas a la prevención.

3.1.5 Importancia de la prevención

Relacionado con lo anterior, en el siguiente apartado se incide en los diferentes tipos de prevención y su relación con la salud mental. Además se incluyen las ventajas de una intervención “a tiempo” sobre los trastornos mentales:

Gerald Caplan, uno de los inspiradores del concepto “Salud Mental Comunitaria”, estableció la tradicional distinción entre los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Sanchez-Cabaco, 1995).

Primaria, dirigida a evitar la aparición del trastorno o la difusión del agente patógeno, dando una protección específica a los grupos de alto riesgo

Secundaria, que intenta reducir la prevalencia del trastorno disminuyendo su duración en la población de personas ya afectadas mediante dos estrategias básicas: diagnóstico precoz y aplicación rápida del tratamiento con técnicas eficaces

Terciaria, dirigida a impedir la cronificación del problema y las posibles secuelas que el mismo pueda originar.

(Sánchez-Cabaco, A, 1995, p. 149)

Como objetivo de este trabajo, toma relevancia por tanto, la atención primaria. Dentro de la misma, se diferencian “tres estilos de prevención dependientes del colectivo al que va destinada; **la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada**” (Garay, 2012, p.86) “Estos tres estilos, han sido adaptados por el Instituto de Medicina (IOM) para la prevención de trastornos mentales” (Del Amo, 2012, p. 19).

Mrazek y Haggerty (1994) realizan las definiciones de estos tres estilos:

1.La prevención universal se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.

2.La prevención selectiva se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales.

3.La prevención indicada se dirige a personas identificadas como de alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en es momento.

(En Del Amo, 2012, p. 19).

En la siguiente tabla se relacionan los diferentes tipos de prevención en Trastorno Mental Grave (TMG) con los tipos de abordaje apropiados:

Tabla 1. Relación de los diferentes tipos de prevención en TMG y su abordaje

NIVELES DE PREVENCIÓN		AMBITO	ABORDAJE
Prevencción Primaria	Universal	Comunidad	Políticas de sensibilización a TMG Planes antiestigma Campañas para evitar la postergación
	Selectiva	Población de riesgo medio	
	Indicada	Población de muy alto riesgo	Intervención en 1º episodios
Prevencción Secundaria		Primeros episodios	
Prevencción Terciaria		Enfermedad duradera	Intervenciones rehabilitadoras

Extraída de Garay, 2012, p. 86

Esta clasificación de la prevención primaria permite diferenciar las acciones en función de la población a la que se dirijan, aunque como señala Garay (2012), no es posible aún en la psicosis la prevención universal en el modo en que lo es para otros trastornos de índole física, aunque esta autora señala que diferentes iniciativas internacionales han demostrado eficacia para estimular a las personas en riesgo a buscar ayuda utilizando medidas de intervención comunitaria como campañas informativas y medidas contra el estigma.

Otro aspecto relevante relacionado con la prevención, es el relativo a los factores de protección y de riesgo. Del Amo (2012), en su artículo dentro del Informe del Estado actual de la Prevención en Salud Mental, explica que existen factores de riesgo y de protección en la salud mental y que la prevención debería de ir encaminada a reducir los primeros y potenciar los segundos, evitando su ausencia:

“En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control (...) Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionado con la familia, social, económico y ambiental (...) Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad (...) y finalmente a un trastorno mental con todas las características” (Del Amo, 2012, p. 23).

A continuación se indican a través de unas tablas, los factores de riesgo y de protección en Salud Mental y los específicos para el Trastorno Mental Grave.

Tabla 2. Factores de riesgo y de protección en salud mental:

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental	<p>Acceso a drogas y alcohol Desplazamiento Aislamiento y enajenamiento Falta de educación, transporte, vivienda Desorganización de la vecindad Rechazo de compañeros Circunstancias sociales deficientes Nutrición deficiente Pobreza Injusticia racial y discriminación Desventaja social Migración a áreas urbanas Violencia y delincuencia Guerra Estrés laboral Desempleo</p>	<p>Fortalecimiento Integración de minorías étnicas Interacciones interpersonales positivas Participación social Responsabilidad social y tolerancia Servicios sociales Apoyo social y redes comunitarias</p>
Determinantes individuales de índole biológica y psicosocial (emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales)	<p>Fracaso académico y desmoralización estudiantil Déficits de atención Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes Abuso y abandono de menores Insomnio crónico Dolor crónico Comunicación anormal Embarazos tempranos Abuso a ancianos Inmadurez y descontrol emocional Uso excesivo de sustancias Exposición a la agresión, violencia y trauma Conflicto familiar o desorganización familiar Soledad Bajo peso al nacer Clase social baja Enfermedad médica Desbalance neuroquímico Enfermedad mental de los padres Abuso de sustancias por parte de los padres Complicaciones perinatales Pérdida personal — duelo Habilidades y hábitos de trabajo deficientes Discapacidades de lectura Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos Incompetencia social Eventos de mucha tensión Consumo de sustancias durante el embarazo</p>	<p>Capacidad para afrontar el estrés Capacidad para enfrentar la adversidad Adaptabilidad Autonomía Estimulación cognitiva temprana Ejercicio Sentimientos de seguridad Sentimientos de dominio y control Buena crianza Alfabetización Apego positivo y lazos afectivos tempranos Interacción positiva entre padres e hijos Habilidades de resolución de problemas Conducta prosocial Autoestima Destrezas vitales Destrezas sociales y de manejo de conflictos Crecimiento socioemocional Manejo del estrés Apoyo social de la familia y amigos</p>

Extraída de Garay, 2012, p.93

Tabla 3. Factores de riesgo y protección ante Trastorno Mental Grave

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Medioambientales	<p>Alta emoción expresada en el grupo que le acompaña. Medio socio-familiar sobreestimulante y exigente. Sucesión de acontecimientos vitales estresantes. Cambios en el entorno Desestructuración de las rutinas Aumento del número de incidentes.</p>	<p>Tratamientos farmacológicos optimizados. Habilidades familiares: de comunicación y de solución de problemas. Oferta de Intervenciones psicosociales basadas en la evidencia de soporte comunitario (Tratamiento Asertivo Comunitario, Rehabilitación laboral, Entrenamiento Actividades de la vida diaria).</p>
Personales	<p>Abandono de la medicación neuroléptica. Consumo de tóxicos (drogas y alcohol). Sentimientos de rabia, hostilidad, suspicacia Minimización o negación de problemas previos Cambio en los patrones de sueño y alimentación Cambios en el humor</p>	<p>Habilidades de afrontamiento y eficacia. Hábitos ocupacionales y de la vida diaria. Conciencia de enfermedad. Autoadministración de la medicación.</p>

Extraída de Garay, 2012, p 92

Por último respecto a este punto, se destaca que la prevención aplicada a los trastornos psicóticos es fundamental según se recoge en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, que informa de que una actuación temprana ante los síntomas incipientes de la psicosis, puede ayudar a:

Evitar el deterioro biológico, social y psicológico que, por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico.

Disminuir la comorbilidad

Favorecer una recuperación más rápida

Mejorar el pronóstico

Ayudar a la conservación de las habilidades psicosociales

Conservar el apoyo familiar y social

Disminuir la necesidad de hospitalización

(Fòrum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009 p. 113)

3.1.6. La Orientación Educativa en Cantabria:

A continuación, y a fin de encuadrar geográficamente el presente trabajo, se contextualiza primero normativa y teóricamente la función del orientador educativo, prosiguiendo con la explicación de su competencia en lo referido a la atención de las necesidades educativas especiales en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Se inicia este apartado con la mención de principios educativos relacionados con la función del orientador recogidos en la normativa nacional:

Así, La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, modifica el artículo uno de la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, dedicado a los principios inspiradores de la Educación en nuestro país y dicho artículo queda modificado en su párrafo a), referido a la **equidad**, quedando redactado de este modo:

“La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, **la inclusión educativa, la igualdad de derechos y oportunidades que ayuden a superar cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación**, y que actúe como **elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad**”.

Se mantiene sin cambios el párrafo f), que defiende la **orientación educativa** y profesional de los estudiantes, como medio de una **educación personalizada**, que propicie una **educación integral** en conocimientos, destrezas y valores.

A nivel autonómico, La ley de Educación de Cantabria, dedica el título 3 a la Orientación Educativa. En su artículo 93 se recoge como finalidad de la misma, “**contribuir al desarrollo de las capacidades del alumnado, de modo que se facilite su desarrollo personal y social, partiendo del reconocimiento y de la valoración de las diferencias como un elemento enriquecedor** y considerando el centro educativo como núcleo que dinamiza y aglutina la acción de toda la comunidad educativa”.

Respecto a los principios generales de la orientación recogidos en esta ley, se encuentran entre otros la concepción de la **orientación como “un derecho del alumnado**, está presente a lo largo de toda la escolaridad” y que “contempla acciones que van desde **el asesoramiento y la prevención hasta la detección de dificultades y la intervención especializada”**.

En esta línea, teóricos de la orientación educativa como Bisquerra defienden lo siguiente “La orientación puede atender preferentemente a algunos aspectos en particular: educativos, vocacionales, personales, etcétera (áreas de intervención); pero **lo que da identidad a la Orientación es la integración de todos los aspectos en una unidad de acción coordinada**” (Bisquerra, R, 2005, p. 5).

Esta acción coordinada pretende el desarrollo del alumno: “Nos referimos concretamente a la importancia de construir una **autoestima ajustada a la realidad**, sin exagerar las capacidades personales, pero sí destacando las que realmente se tiene y la **posibilidad de desarrollarlas** mediante el aprendizaje” (Lavilla, L. 2009, p. 4).

Ante las dificultades personales y sociales que tenga que afrontar el alumno, es necesario dotarle de herramientas para superarlas. En este sentido es muy importante que los orientadores fomenten la resiliencia de los alumnos, entendida ésta como “**La capacidad que tenemos las personas de hacer frente a las situaciones que consideramos adversas en nuestras tareas y relaciones personales**” (Lavilla, L. 2009, p.2).

Esta labor se hace más necesaria cuando surgen necesidades particulares de cada alumno que tienen que ser atendidas de modo personalizado. “**La atención a las Necesidades Educativas Especiales constituye una de las preocupaciones**

prioritarias de orientadores y educadores en general” (Bisquerra, R, 2005, p.5).

En lo referente a Cantabria, estas necesidades tienen que ser observadas y evaluadas por los Equipos de Orientación a través de la evaluación psicopedagógica. En este sentido, la Orden ECD/11/2014, de 11 de febrero, que regula la evaluación psicopedagógica en el sistema educativo de la Comunidad Autónoma de Cantabria, recoge en su artículo 5, sobre la “competencia para realizar la evaluación psicopedagógica” lo siguiente:

“El profesional responsable de realizar la evaluación psicopedagógica es el profesor de la especialidad de Orientación Educativa, que coordinará todo el proceso” y esto se hace aplicable a todas las enseñanzas del sistema educativo en Cantabria, salvo las universitarias.

Esta labor evaluadora se complementa con la labor del docente, que como señala el mismo artículo: “deberá recoger y aportar la información relevante de su ámbito de competencia para la evaluación psicopedagógica del alumnado, entre la que se incluirá su nivel de competencia curricular, su ritmo y estilo de aprendizaje y desarrollo personal y social”.

En la Resolución de 24 de febrero de 2014, que concreta las necesidades específicas de apoyo educativo y los modelos de informe de evaluación psicopedagógica establecidos en la anterior orden, se incluyen unos anexos que categorizan las diferentes necesidades específicas de apoyo educativo y los diferentes tipos de informes que se derivan de las mismas.

Se incluye como anexo en este trabajo la citada categorización de necesidades específicas de apoyo, en la que se incluyen los trastornos psicóticos, las condiciones personales vinculadas al desarrollo y las condiciones personales vinculadas a la Salud física y mental. (Anexo 2).

Además de la atención a las necesidades educativas especiales por parte de los orientadores y los equipos de orientación, existen otras herramientas transversales para fomentar el desarrollo integral del alumnado como la Educación para la Salud, que “consiste en ofrecer y acercar a las personas oportunidades de aprendizaje para mejorar su capacitación para adoptar estilos de vida saludables y conocer qué factores condicionan su salud y la de su comunidad. Incluye el desarrollo de habilidades personales para la vida” (Salvador, T., Suelves, J.M, Puigdolles, E., 2008, p.60).

“En su dimensión individual, la Promoción de la Salud constituye un proceso que permite a las personas el desarrollo de las habilidades necesarias para incrementar

el control sobre su salud mediante la adopción de estilos de vida saludables, incrementando y reforzando sus recursos personales, mediante la ampliación de la información, la sensibilización, la educación y el entrenamiento en habilidades para la vida. (Salvador, T., Suelves, J.M, Puigdolles, E., 2008, p.60).

Como figura garante de la promoción de la salud, se destaca aquí que en Cantabria existe la “Red Cántabra de Escuelas Promotoras de la salud”¹.

3.1.7. Servicios sanitarios en Cantabria

El siguiente apartado, se prosigue con la intención de contextualizar en la comunidad autónoma de Cantabria los servicios que existen de cara a promover el bienestar de los adolescentes. En este caso, se hace mención a los recursos sanitarios para la salud mental en Cantabria y se detallan las líneas, programas y objetivos en lo referente a la Salud mental y en concreto, Salud Mental Infanto-Juvenil en el recientemente publicado Plan de Salud Mental de Cantabria:

El sistema sanitario público en Cantabria está organizado funcionalmente por niveles de asistencia. Éstos son dos: atención primaria y atención especializada. Existen además, entre otras unidades, seis unidades de salud mental y dos de salud mental infanto-juvenil.

El Plan de Salud Cantabria 2014-2019, publicado por la Consejería de Sanidad y servicios sociales, tiene como una de sus líneas estratégicas la promoción de la Salud Mental y al respecto se recoge en dicho plan lo siguiente:

“La asistencia a las personas con trastornos psicóticos y la investigación de estas patologías constituye una de las áreas de excelencia de la salud mental en nuestra comunidad, existiendo programas consolidados de asistencia a primeros episodios (PAFIP) y programas de detección precoz (P3), así como también programas específicos de rehabilitación y psicoeducación (INICIA) para personas con trastorno mental grave. En Cantabria existen dispositivos hospitalarios y ambulatorios que permiten el tratamiento de los pacientes y sus familias en las distintas etapas de la enfermedad. Estos programas y dispositivos se pueden beneficiar de la implementación de nuevas estrategias de acción que permitan afrontar nuevos retos asistenciales en el cuidado de las personas con enfermedades psicóticas” (Plan de Salud Cantabria 2014-2019, pp.153-154).

Y también se destaca como objetivo específico dentro del objetivo general de mejorar la atención a las personas que sufren una psicosis y reducir el tiempo de psicosis sin

¹http://www.educantabria.es/red_de_escuelas_promotoras_de_la_salud/planes/red-cantabra-de-escuelas-promotoras-de-salud/red-cantabra-de-escuelas-promotoras-de-la-salud

tratar en Cantabria el siguiente: “Consolidar y potenciar los programas de intervención temprana en psicosis afectivas y no afectivas”. (Plan de Salud Cantabria 2014-2019, p. 162).

El Plan además, plantea unas acciones en Salud Mental Infanto Juvenil, recogiendo las recomendaciones internacionales al respecto, de las cuales se destacan las siguientes por la especial relación que tienen con la línea de investigación propuesta en este trabajo (Plan de Salud Cantabria 2014-2019, p. 158).

A) En el nivel comunitario-informal es necesario **potenciar la promoción y la prevención de la salud mental en niños y familias.**

B) En el nivel primario de salud hay que potenciar las actividades de selección de posibles casos y **la identificación temprana** de los problemas de salud mental. A este nivel también se deben implementar **estrategias sencillas de tipo conductual y de psicoeducación para padres. La potenciación de programas de consejo psicológico (Pediatría de Atención Primaria), ya existentes, de máxima accesibilidad para niños y sobre todo adolescentes son también una prioridad en esta área.**

C) En el nivel secundario de Salud mental Comunitaria es necesario potenciar los recursos para cubrir una demanda creciente, favoreciendo investigación y la formación y supervisión de los profesionales de primer nivel, así como la **coordinación con los departamentos de Educación y Servicios Sociales.**

Como carencias se destacan las siguientes:

1. **Inexistencia de adecuados sistemas de registro y evaluación para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infanto-juveniles en Cantabria,** homologables con resto de Comunidades Autónomas y estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como de indicadores de atención.
2. Desarrollo claramente incompleto de la **red de recursos de atención a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil,** careciéndose tanto de unidad de ingreso hospitalario específica, como de recursos intermedios para tratamientos intensivos y/o de larga duración para niños y adolescentes.
3. **Carencia de estructuras objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infanto-juvenil, servicios sociales y educación.**
4. **Bajos estándares de calidad en la atención de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil, con especial mención de la atención psicoterapéutica,** en sus aspectos de frecuencia, duración y variedad de enfoques (individual, grupal, familiar).
5. **Escasez de actuaciones formativas para los profesionales de la salud mental y de otros circuitos sanitarios y sociales, tanto en los aspectos técnicos específicos (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) como en la coordinación intra e interinstitucional.**

Como objetivos generales, se marcan los siguientes:

Objetivo general 1. Potenciar la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil.

Objetivo general 2. Dotar a la Comunidad Autónoma de **una red completa** de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.

Objetivo general 3. Mejorar la accesibilidad a los recursos asistenciales.

Objetivo general 4. Mejorar la **coordinación con los Servicios de atención primaria**, especialmente con los equipos de Atención Temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos.

Objetivo general 5. Mejorar la **Coordinación con los dispositivos dependientes de Servicios Sociales y de Educación**, tanto públicos como privados.

Objetivo general 6. Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y sus familias.

Objetivo general 7. Potenciar el carácter preventivo de las actuaciones.

Objetivo general 8. Disponer de adecuados sistemas de evaluación y registro de la información epidemiológica y asistencial.

Objetivos específicos, de los cuales se destacan los siguientes por su relación con este trabajo:

- O21. Implantar en Cantabria un **sistema de evaluación y registro** epidemiológico y de indicadores de atención a salud mental infanto-juvenil homologable con otros organismos autonómicos, nacionales e internacionales.

- O23 **Promover actuaciones de promoción de la salud mental, prevención de problemas y trastornos de salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.** Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

168

- **Desarrollo de actuaciones formativas para profesionales y agentes de otras redes de atención infanto-juvenil, tales como servicios sociales y educación, en cuanto a promoción de la salud mental.**

- **Elaboración de instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos y menores expuestos a importantes factores de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención a menores (servicios sociales, servicios educativos).**

- Mejorar los estándares de **calidad de la atención psicoterapéutica**, dentro de un enfoque multimodal, en sus aspectos de frecuencia, duración y tipos de intervención (individual, grupal, familiar).

- Mejorar la **coordinación con otras redes de atención a población infanto-juvenil, tales como Servicios Sanitarios, Servicios Sociales y Educación.** Para ello se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- **Creación de estructuras objetivas de coordinación con otros dispositivos sanitarios, Servicios Sociales y Educación.**

- **Creación de protocolos de derivación dentro de la red sanitaria, (Atención Primaria, Atención Temprana y dispositivos de Salud mental de Adultos) y no sanitaria (Servicios Sociales y Educativos),** garantizándose la continuidad de cuidados y el abordaje integral de las patologías crónicas.

Tras la lectura de la información precedente, se constata no sólo la importancia de un protocolo de detección precoz, sino también la oportunidad, la pertinencia y la

necesidad del mismo de cara a cumplir los objetivos de Salud Mental anteriormente señalados.

3.2. Materiales y métodos:

Tras finalizar con el encuadre teórico del trabajo, se continúa con la presentación del trabajo de campo realizado de cara a confirmar los objetivos específicos e hipótesis de investigación planteados.

Se han empleado como materiales cuestionarios autoaplicables con preguntas cerradas y abiertas.

Se ha escogido esta herramienta por su sencillez y practicidad y porque ahorra tiempo en su administración en comparación con la entrevista semiestructurada, que se consideraba también adecuada para los fines de la investigación.

Las preguntas cerradas de respuesta optativa entre varias opciones han sido cuatro, dos de ellas con un apartado para explicar las razones de la elección.

Las preguntas abiertas han sido dos. Una de respuesta opcional (Apartado Otros/Observaciones).

Descripción de la Muestra:

Al contar con poco tiempo para la realización del trabajo de campo, se ha optado por centrar la investigación en un número reducido de participantes.

Esta escasez de participantes se ha suplido escogiendo a profesionales con altos conocimientos sobre la gestión de la Orientación Educativa y de la promoción de la Salud pública en Cantabria.

En concreto la muestra la han conformado un total de seis personas, tres expertas en gestión de la Orientación educativa y tres expertas en la promoción de la Salud pública.

Los sujetos se denominarán E1, E2, E3 (Educación) y S1, S2, S3 (Sanidad). Los datos obtenidos, por tanto, no serán extrapolables ya que la muestra no es representativa, pero sí ayudarán a obtener líneas de trabajo útiles y a obtener información de calidad sobre el tema propuesto.

Preguntas empleadas:

Se han realizado un total de seis preguntas relacionadas con las hipótesis de investigación y los objetivos.

Las preguntas implican un determinado tipo de respuesta:

Preguntas cerradas (Tipo A).

Preguntas cerradas con opción de breve explicación de las causas de la elección de respuesta (Tipo B).

Preguntas abiertas (Tipo C).

Variables analizadas y relación con las preguntas y los objetivos específicos e hipótesis de investigación.

Es importante señalar que al diseñar el trabajo de campo, se ha pretendido relacionar el contenido de las preguntas planteadas directamente con las hipótesis de investigación y con los tres objetivos específicos marcados en el trabajo para ganar en coherencia y no alejarse semánticamente de los mismos.

Se recuerdan aquí los objetivos específicos e hipótesis de trabajo:

Objetivo Específico 1 (OE1): Valorar demanda real de un protocolo de prevención de la psicosis por parte de profesionales del ámbito sanitario y educativo en Cantabria.

Objetivo Específico 2 (OE2): Valorar la posibilidad de coordinación entre los equipos educativos y sanitarios en la prevención de la enfermedad mental en adolescentes.

Objetivo Específico 3 (OE3): En el caso de que se confirme la posibilidad de la coordinación citada en el anterior objetivo, elaborar una propuesta de protocolo a través del diseño de herramientas para la detección, **derivación**, sensibilización y formación para la comunidad educativa de cara a prevenir la aparición de la enfermedad mental en adolescentes.

Hipótesis 1 (H1): La implementación de un protocolo para la detección precoz de la enfermedad mental favorecerá la integración y el rendimiento académico del alumno.

Hipótesis 2 (H2): El entrenamiento en la observación de indicadores a la comunidad educativa aumentaría la detección de posibles casos a derivar a servicios sanitarios.

A continuación se relacionan los objetivos específicos e hipótesis de trabajo, con las variables medidas en cada uno a través de las preguntas, especificando el número y el tipo de pregunta empleada para dicho fin.

Tabla 4. Relación Variables-preguntas (número y tipo) y objetivos/hipótesis

Variables analizadas	Número de pregunta	Tipo de pregunta	Relación con Hipótesis de trabajo/objetivos
Importancia del protocolo como medida preventiva	1^a	A (cerrada)	OE1
Factibilidad del protocolo/causas	2^a	B (mixta)	OE2
Cauces	3^a	C (abierta)	OE3
Sensibilización, información y formación a la comunidad educativa como medida preventiva/causas	4^a	A (cerrada)	H2
Detección precoz como favorecedora de rendimiento académico e integración social	5^a	B (mixta)	H1
otros	6^a	C (abierta)	OE1, OE2, OE3, H1, H2

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Resultados y Análisis

3.3.1 Resultados

En este apartado, se va a relacionar cada pregunta con el objetivo o hipótesis que pretende medir y se van a transcribir las respuestas obtenidas por los participantes. El objetivo aquí es únicamente describir los datos, para posteriormente, en el apartado “Análisis y discusión” interpretarlos y relacionarlos con los objetivos e hipótesis planteadas.

La pregunta 1^a, tipo A, está relacionada con el **Objetivo Específico 1 (OE1):** “Valorar demanda real de un protocolo de prevención de la psicosis por parte de profesionales del ámbito sanitario y educativo en Cantabria”.

La pregunta formulada en relación a dicho objetivo fue la siguiente: ***¿Hasta qué punto considera que la puesta en marcha de un protocolo de detección precoz y derivación a los servicios sanitarios desde los servicios educativos, sería importante en la prevención de los trastornos psicóticos en adolescentes?***

Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada: Muy importante, Poco Importante, Nada importante, NS/NC

De las 6 personas consultas, 5 responden “muy importante” y 1 contesta “poco importante” (esta personal tacha manualmente la palabra “poco”) así que su respuesta es “importante”.

Estas decisiones se resumen en la siguiente tabla resumen:

Tabla 5. Datos primera pregunta

1 ^a	E1	E2	E3	S1	S2	S3	TOTAL	MEDIA
MUY IMP	1	1	1	1	0	1	5	0,83
IMP	0	0	0	1	0	0	1	0,16
POCO IMP	0	0	0	0	0	0	0	-
NADA IMP	0	0	0	0	0	0	0	-
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	-

Fuente: Elaboración propia.

Objetivo Específico 2 (OE2): “Valorar la posibilidad de coordinación entre los equipos educativos y sanitarios en la prevención de la enfermedad mental en adolescentes”.

La pregunta relacionada es la segunda: ***¿Considera factible la coordinación entre los servicios educativos y sanitarios para la prevención de los trastornos psicóticos en la adolescencia?***

Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada y explique brevemente las razones de su elección.

Muy factible, Poco factible, Nada factible, NS/NC

Y las respuestas obtenidas se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Respuestas a la segunda pregunta

2 ^a	E1	E2	E3	S1	S2	S3	TOTAL	MEDIA
MUY FACT	0	1	0	0	0	1	2	0,33
POCO FACT	1	0	1	1	1	0	4	0,66
NADA FACT	0	0	0	0	0	0	0	-
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	-

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se transcriben la explicación de los encuestados sobre la razón de su respuesta (datos cualitativos):

Muy factible:

E2-“Son dos servicios públicos que trabajan en beneficio de la población infanto-juvenil, coordinarse es imprescindible”.

S3- “Los servicios educativos ven el comportamiento del niño en sus actuaciones con otras personas de su nivel”.

Poco factible:

E1-“Debido a la organización de los Servicios Sanitarios, ya que actualmente no existe una vía directa entre los especialistas de Educación (Orientadores) y especialistas de Salud Mental Infanto Juvenil, todo tiene que pasar por pediatría. Sería factible y óptimo si se protocolizase esa vía directa. Lo veo conveniente e importantísimo”.

E3- “Por la disponibilidad horaria y la inexistencia de espacios compartidos”

S1- “A día de hoy poco factible: hay otras prioridades en educación y sanidad; son dos administraciones que hasta donde yo sé, trabajan independientemente (aunque se complementen en algunos temas), y no se trabaja en equipo multidisciplinar”.

S2- “Por experiencias anteriores sobre problemas más prevalentes, y las cargas de trabajo de ambos colectivos”.

Objetivo Específico 3(OE3): Dicho objetivo es el siguiente: “En el caso de que se confirme la posibilidad de la coordinación citada en el anterior objetivo, elaborar una propuesta de protocolo a través del diseño de herramientas para la

detección, **derivación**, sensibilización y formación para la comunidad educativa de cara a prevenir la aparición de la enfermedad mental en adolescentes”.

La pregunta relacionada con el mismo es la **tercera**, de tipo abierto: ***¿Cuáles cree que serían los cauces adecuados para una derivación a los servicios sanitarios desde los centros educativos ante la sospecha de una fase previa de trastorno psicótico en un adolescente?***

Las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

E1: *“En los centros educativos pueden detectarse alumnado con sospecha de algún trastorno bien directamente por el especialista de orientación educativa, bien por un tutor que lo deriva a dicho especialista.*

El cauce con los servicios sanitarios puede ser directo con SMIJ: una vez confirmada su sospecha o hipótesis de trastorno mediante la evaluación psicopedagógica o durante el transcurso de la misma lo derivaría a este servicio mediante un “documento de demanda o derivación” que contenga una breve justificación y explicación de los síntomas. Dicho documento debe ser consensuado entre los servicios educativos y los servicios sanitarios y publicarse en un protocolo de coordinación. Los trastornos psicóticos requieren una especialización que no se adecua con la “intermediación” de pediatras o médicos de familia”.

E2: *“Crear un protocolo de coordinación y derivación, contacto directo entre los facultativos médicos y los especialistas de la orientación educativa ante sospechas y diagnósticos”.*

E3: *“Evaluación Psicopedagógica – Comisiones de coordinación mixtas”*

S1: *“Voluntad de las partes, apoyo político, trabajo en equipo multidisciplinar (con todas las implicaciones de este término, formación de los participantes....”*

S2: *“Un protocolo sencillo y estructurado en que el docente remitiera el caso al médico de Atención Primaria o a los centros de salud mental infanto-juvenil si existen”*

S3: *“Informe de su comportamiento al pediatra o medico de familia de su área de salud”.*

Hipótesis 1 (H1): El enunciado de la hipótesis es el siguiente: “La implementación de un protocolo para la detección precoz de la enfermedad mental favorecerá la integración y el rendimiento académico del alumno”

Esta hipótesis se relaciona con la **5ª pregunta: *¿Considera que la detección precoz favorecería la integración social y el rendimiento académico del alumno? Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada y explique brevemente las razones de su elección. Sí, No, NS/NC.***

Y las respuestas fueron las siguientes:

Tabla 7. Datos cuarta pregunta

4ª	E1	E2	E3	S1	S2	S3	TOTAL	MEDIA
SI	1	1	0	0	1	1	4	0,66
NO	0	0	0	1	0	0	1	1,66
NS/NC	0	0	1	0	0	0	1	1,66

Fuente: Elaboración propia.

Las razones para el “Sí” fueron las siguientes:

E1: “Porque se adaptarían los contextos escolar y social a fin de ajustar la respuesta e intensidad de apoyos más favorable para promover su desarrollo académico, personal y social.

E2: No aclara razones

S2: Por la orientación terapéutica en una fase más precoz de la enfermedad.

S3: Evitaría el aislamiento de los demás alumnos.

Las razón para el “No”, fue la siguiente:

S1: “La detección precoz “por sí sola” no favorecería la integración social y el rendimiento académico; precisaría ir más allá y el diseño de otras herramientas de abordaje.

Hipótesis 2 (H2): Su enunciado es el siguiente: “El entrenamiento en observación de indicadores a la comunidad educativa aumentaría la detección de posibles casos a derivar a servicios sanitarios”.

Esta hipótesis está relacionada con la 4ª pregunta, de opción de respuesta cerrada: ***¿Considera que la sensibilización, la información y la formación sobre***

la enfermedad a familiares y docentes facilitaría la detección y prevención de posibles casos de trastorno psicótico?

Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada

Aumentaría el número de casos detectados, No aumentaría, Se mantendría, NS/NC

Y las respuestas fueron las siguientes:

Tabla 8. Datos quinta pregunta

5 ^a	E1	E2	E3	S1	S2	S3	TOTAL	MEDIA
AUMENT	1	0	1	1	1	1	5	0,83
DISMINIC	0	0	0	0	0	0	0	-
MANTENIM	0	1	0	0	0	0	1	1,66
NS/NC	0	0	0	0	0	0	0	-

Fuente: Elaboración propia.

Aunque la respuesta fuese cerrada, se añadió un comentario por uno de los participantes que optó por la opción “aumentaría el número de casos detectados precozmente”, que a continuación se transcribe:

E1: “Y posiblemente aumentarían los sobrediagnósticos”.

Por último, se incluyó una pregunta abierta con respuesta optativa, titulada “**Otros/Observaciones**” en la línea de completar información en cualquiera de las preguntas anteriores. Por tanto, podría servir para confirmar cualquiera de las hipótesis o ayudar a cumplir cualquiera de los objetivos específicos.

La única respuesta en este caso fue la siguiente:

S2: “También habría que tener en cuenta las derivaciones equivocadas (sobrediagnósticos) y sus aspectos negativos.

3.3.2. Análisis y Discusión

La información obtenida ha sido muy rica en contenido, obteniéndose aportaciones interesantes a pesar del escaso tamaño de la muestra, lo que impide que los resultados sean extrapolables. Aunque son opiniones muy importantes ya que provienen de personas especializadas en el campo de la organización de la orientación y la Salud pública. A continuación se analizan los resultados obtenidos y se posteriormente se interpretan.

Conclusiones respecto al Objetivo específico 1: OE1: Valorar demanda real de un protocolo de prevención de la psicosis por parte de profesionales del ámbito sanitario y educativo en Cantabria

Todas las personas consultadas en Educación lo consideran “muy importante”. Y dos tienen la misma opinión desde el ámbito de la Salud. Por lo tanto, esta muestra considera importante y muy importante la realización de un protocolo de detección precoz, apoyando así el objetivo específico OE1

Interpretación:

En función de la muestra, la existencia de un protocolo se interpreta como un bien deseable, aunque relativamente prioritario. Se podría considerar una demanda latente.

Conclusiones respecto al Objetivo Específico 2 (OE2): Este objetivo pretende valorar la posibilidad (factibilidad) de coordinación entre los equipos educativos y sanitarios en la prevención de la enfermedad mental en adolescentes.

La mayoría de las respuestas apuntan a la dificultad de la coordinación por diferentes causas:

Las razones aludidas son la carga de trabajo, la experiencia previa en otras colaboraciones, la disponibilidad horaria, la no existencia de trabajo en equipo multidisciplinar, la inexistencia de espacios compartidos, la no existencia de vías directas de comunicación. Sin embargo, pese a la dificultad, se apunta la idea de que la coordinación sería posible si existiesen vías directas protocolarizadas de comunicación entre los orientadores y los especialistas de Salud Mental Infanto Juvenil.

Las razones consideradas para afirmar que sí es posible la coordinación son que esa coordinación es imprescindible y que los servicios educativos observan las interrelaciones del niño con otras personas de su nivel.

Interpretación: La coordinación se ve posible (incluso imprescindible) pero dificultosa por muchas razones. Ninguna persona ha respondido que no lo ve posible. Se encuentra más factible si se simplifican las vías de coordinación/derivación y si se eliminan las dificultades encontradas mediante la creación de equipos multidisciplinarios, de espacios compartidos, gestión del

tiempo, creación de vías directas de comunicación, lo que brinda una información muy interesante para la propuesta práctica del presente trabajo.

Conclusiones respecto al Objetivo Específico 3 (OE3): Esta pregunta está supeditada a la anterior (factibilidad). En concreto, se tratan de buscar los cauces adecuados para una posible derivación. El resto del objetivo específico OE3 (detección, sensibilización y formación se realizan a través de la revisión bibliográfica y la propuesta práctica de la presente investigación).

La derivación se encuentra posible por medio de la figura del tutor o el orientador

Los diferentes cauces propuestos son los siguientes:

Orientador- Evaluación psicopedagógica-Salud Mental Infanto Juvenil.

Docente-Médico de Atención primaria/ Salud Mental Infanto Juvenil.

Informe dirigido al médico o pediatra de su área de salud.

Las herramientas para crear dichos cauces nombradas y colocadas en un orden cronológico teórico son: Voluntad de las partes, apoyo político, equipos multidisciplinares, comisiones de coordinación mixta, formación de las partes, protocolo de coordinación y derivación, evaluación psicopedagógica, contacto directo entre los especialistas de orientación educativa y los facultativos médicos informe, documento consensuado de demanda y derivación.

Interpretación: Los cauces de coordinación pasan por una unificación de criterios y materiales. La información suministrada en este punto también resulta muy interesante para la elaboración de la propuesta práctica y además las respuestas en esta pregunta apoyan la necesidad de un protocolo de actuación.

Hipótesis 1: Cuyo enunciado era el siguiente: “La implementación de un protocolo para la detección precoz de la enfermedad mental favorecerá la integración y el rendimiento académico del alumno”.

Aunque como se ha señalado, los datos de esta muestra no son extrapolables, los datos obtenidos a través de la misma son positivos de cara a su confirmación. Aunque una persona elige la opción NS/NC y otra no considera que la detección precoz “por si sola” sea suficiente para favorecer la integración social y el rendimiento académico del alumno, cuatro personas manifiestan que sí favorecería estos ámbitos por diferentes razones:

Al detectarse precozmente casos, se adaptarían los contextos escolares y sociales para apoyar y promover el desarrollo académico, personal y social del alumno, porque se podría realizar una orientación terapéutica en las fases más precoces de la enfermedad y porque se evitaría el aislamiento con los demás alumnos.

Hipótesis 2: “El entrenamiento en observación de indicadores a la comunidad educativa aumentaría la detección de posibles casos a derivar a servicios sanitarios”.

Salvo un participante que afirma que los casos detectados se mantendrían, cinco manifiestan que se aumentarían los casos detectados precozmente.

Se hace un importante matiz por una de las personas que contestan que aumentarían los casos: la posibilidad de aparición de sobrediagnósticos y este mismo comentario se repite por otra persona en el apartado “otros” del cuestionario. Es interesante que el mismo comentario se haya realizado por personas de diferentes campos profesionales (educación y sanidad). Los datos apoyan la confirmación de la hipótesis planteada, aunque una vez más se recuerda que ésta no se puede confirmar.

A continuación, y para finalizar este apartado, se resumen los datos obtenidos a través de los cuestionarios en función de las variables analizadas, el número y tipo de pregunta empleada y los objetivos o hipótesis relacionados:

Tabla 9 Resumen datos obtenidos

Variables analizadas	Número de pregunta	Tipo de pregunta	Relación con Hipótesis de trabajo/objetivos	Ideas destacables en función de los Objetivos Específicos e Hipótesis
Importancia del protocolo como medida preventiva	1 ^a	A	OE1 Valorar demanda	Demanda alta debido a la importancia percibida (demanda latente) Las respuestas a la tercera pregunta también apoyan ésta demanda.
Factibilidad del protocolo/causas	2 ^a	B	OE2 Valorar posibilidad de coordinación	Factible, pero implica cambios en el modo de trabajar, Necesarias vías directas de colaboración
Cauces	3 ^a	C	OE3 (en lo relacionado con la derivación)	Necesaria unificación de criterios y herramientas. Necesaria su formalización en un protocolo de actuación.

Sensibilización, información y formación a la comunidad educativa como medida preventiva/causas	4 ^a	A	H2	Información positiva de cara a confirmarla, aunque no es posible ya que la muestra no es representativa.
Detección precoz como favorecedora de rendimiento académico e integración social	5 ^a	B	H1	Información positiva de cara a confirmarla, aunque no es posible ya que la muestra no es representativa.
otros	6 ^a	C	OE1, OE2, OE3, H1, H2	Atención a los sobrediagnósticos

Fuente: Elaboración propia.

4. Propuesta práctica: Protocolo de Prevención

Una vez pasados los cuestionarios, descrito los resultados y obtenidas las conclusiones, se expone la propuesta práctica planteada en función de los mismos y de la revisión bibliográfica realizada.

La estructura de este apartado es la que se especifica a continuación:

4.1 Introducción

4.2 Revisión de líneas de actuación en detección precoz

4.3 Objetivos

4.4 Población diana

4.5 Fases del protocolo

4.1. Introducción

El protocolo de prevención tiene por objeto dotar de herramientas a la comunidad educativa para detectar posibles casos de adolescentes en un Estado Mental del Alto Riesgo (EMAR) y derivarlos a los servicios sanitarios con el fin de evitar la aparición de episodios psicóticos. Esta detección debe de ser resultado de una sensibilización y formación previa, que incluya el entrenamiento en la observación de indicadores que alerten sobre la posibilidad de existencia de enfermedad mental.

4.2. Revisión de líneas de actuación previas

Se han encontrado iniciativas interesantes en esta línea que a continuación se exponen:

Lezcano (2012) informa sobre las Escuelas Estadounidenses Promotoras de la Salud Mental (School Mental Health), semejantes a las Escuelas Europeas Promotoras de la Salud, aunque con especial atención a la Salud Mental que abre la posibilidad de la colaboración y coordinación entre diferentes servicios de salud mental, educación, servicios sociales con la finalidad de evitar la aparición de mayores problemas con un enfoque inclusivo.

(Vallina, F, Lemos, S y Fernández, P, 2012), dentro del Informe del Estado Actual de la Prevención en Salud Mental, también resumen múltiples iniciativas en diferentes países para la detección temprana: El programa LEOCAT y REDIRECT de Reino Unido, El programa DETECT de Irlanda, el EPPIC-1 y EPPIC-2 de Australia, el TIPS de Noruega, el programa PEPP de Canadá y el EPIP de Singapur. Los tres primeros están dirigidos a médicos de atención primaria y el resto a proveedores de servicio y multifocales, incluyendo actividades de información, formación, creación de redes comunitarias, campañas a través de los medios y diferentes reuniones, en muchos casos incluyendo a la comunidad educativa. Estos autores también citan diferentes clínicas especializadas en la intervención temprana en diferentes países, en donde se observan resultados significativos.

A nivel nacional se han encontrado diferentes propuestas para luchar contra el estigma de la enfermedad mental. Es muy interesante a este respecto la página creada por el Grupo de comunicación del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, en la que se recogen diferentes tipos de campañas nacionales e internacionales al respecto.²

Del Amo (2012), describe iniciativas como “La Casa Verde”, de la Fundación Manantial, en Madrid, para el apoyo y seguimiento de hijos de personas con trastorno mental grave

Como resumen del panorama nacional en detección precoz, (Vallina, Lemos y Fernández, 2012), destacan que no se está actuando de un modo proactivo a nivel nacional y los servicios de salud de las comunidades autónomas no se están involucrando activamente, sino que mantienen una actitud de espera y observación. Estos autores destacan las iniciativas que se están llevando a cabo en Cantabria, Cataluña, Andalucía y País Vasco. En Cantabria y País Vasco la iniciativa se está tomando desde los servicios sanitarios, en ocasiones en colaboración con la Universidad, sin un soporte autonómico, mientras que en Andalucía y Cataluña si existe un soporte de la comunidad autónoma. Por lo que se ha comprobado en la

² <http://www.1decada4.es>

fecha actual con la revisión bibliográfica revisada, esto ha cambiado a partir del 2014 con la publicación del Plan de Salud Mental de Cantabria 2014-2019, en el que se incluyen objetivos generales y específicos de cara a la prevención del trastorno mental.

Los programas del País Vasco, como explican estos autores, se denominan LEHENAK y GAZTE. El primero se lleva a cabo en Vizcaya y tiene como finalidad asistir en los primeros casos de psicosis y el segundo en Guipúzcoa, para personas entre 16 y 35 años con riesgo de desarrollar una psicosis y también en el tratamiento de los primeros episodios de psicosis.

Respecto a Cataluña, se cita el programa PAE-TPI, que se centra en la detección precoz, el diagnóstico integral y la intervención terapéutica. Y en lo referente a Andalucía, se lleva a cabo un enfoque comunitario para tratar el EMAR, detectándola de modo precoz, atendiéndola e interviniendo, destacándose las iniciativas en detección precoz de Granada, Málaga y Cádiz.

A nivel autonómico, el programa de detección precoz P3, ha elaborado herramientas muy interesantes y útiles para la prevención de los trastornos mentales.³

(Vallina et al 2012), dentro del Informe del estado actual de la prevención en salud mental, explican que el Programa se desarrolla en el centro de Salud Mental de Torrelavega y colabora con el Servicio Cántabro de Salud y la Facultad de Psicología de Oviedo. Se facilitan desde dicho programa herramientas para la detección de jóvenes en riesgo de sufrir la aparición de trastorno psicótico en los servicios de atención primaria, de donde se deriva al programa al programa de detección precoz P3. Éste incluye formación para médicos de atención primaria, un protocolo de evaluación por un equipo multidisciplinar, para clasificar a los adolescentes por grupos de riesgo, terapia cognitiva, intervención familiar y tratamiento farmacológico para los casos que lo necesiten.

También en Cantabria, según explican estos autores, es relevante el programa PAFIP, que se lleva a cabo desde el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ubicado en Santander, enfocado al tratamiento de pacientes con un primer episodio de psicosis.

También se recogen por parte de estos autores, las indicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2009 de cara a tratar la fase EMAR en la población:

³ <http://www.p3-info.es/>

1. Se recomienda el uso de campañas informativas para ayudar al reconocimiento de síntomas prodrómicos en la población general, médicos de cabecera y profesionales en contacto con la población de riesgo y para reducir el periodo
2. Se recomiendan programas específicos de atención temprana, porque pueden disminuir y/o retrasar la transición a la psicosis.
3. Se recomienda que estos programas incluyan intervenciones integrales farmacológicas (según sintomatología) y psicosociales que comprendan tratamiento psicológico, intervenciones familiares y apoyo a la recuperación.
(Vallina et al, 2012, p.76)

Recogida esta información, se observa que la detección precoz de los trastornos mentales psicóticos es un tema que gana importancia progresivamente. Las iniciativas existentes se han llevado a cabo principalmente desde los servicios sanitarios y en ocasiones con el apoyo de las administraciones autonómicas. Las recomendaciones van en el sentido de favorecer la prevención desde un enfoque comunitario, trabajando aspectos psicosociales, implicando a la sociedad en su conjunto y por ende, a la comunidad educativa.

En la línea de lo anteriormente expuesto, el protocolo propuesto se centra en la prevención enfocada a los centros educativos de secundaria, por tanto los objetivos serían los siguientes:

4.3.Objetivos

- Prevenir la aparición de episodios psicóticos.
- Sensibilizar a la comunidad educativa en lo relativo a los trastornos psicóticos.
- Entrenar a los equipos de orientación en la detección precoz.
- Derivar a los servicios sanitarios los casos evaluados como sospechosos.
- Potenciar factores de protección en la Salud Mental de los adolescentes.

4.4.Población Diana

Alumnos adolescentes de los centros educativos de Cantabria, con edades entre los doce y los dieciocho años, que presenten síntomas de trastorno psicótico inicial.

4.5.Fases

Se han planteado dos fases: una enfocada a coordinar esfuerzos desde los servicios sanitarios y educativos y una segunda enfocada en los centros escolares. Para ambas se han empleado los resultados obtenidos a través del trabajo de campo y se han

ampliado con la información recogida a través de la revisión bibliográfica realizada.

4.5.1. Fases de actuación de cara a la coordinación y planificación

Al estar las competencias de gestión educativa transferidas a las comunidades autónomas, un programa de prevención de estas características, debería ser coordinado por las Consejerías de Educación y la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a través de la colaboración de equipos multidisciplinares. Así lo indican los datos extraídos de los cuestionarios aplicados a profesionales de ambas consejerías. Además de buscar el apoyo político, esta colaboración sería útil de cara a plantear un marco conceptual y normativo, creación de herramientas para obtener datos estadísticos sobre la prevalencia y el impacto de la enfermedad mental en la adolescencia, creación de un organigrama de responsables, equipos multidisciplinares, comisiones de coordinación mixtas, formación de las partes, un cronograma de acciones, creación de herramientas de divulgación (páginas webs informativas, foros, teléfonos de atención, bibliografía recomendada...), estándares de calidad, indicadores de evaluación, coordinación directa con los equipos de orientación, Ampas y diferentes asociaciones del campo de la Salud Mental, creación de documentos consensuados de demanda y derivación, aplicación de las acciones a través de contenido curricular de diferentes asignaturas y otras acciones que se consideren adecuadas para la prevención.

Tras los resultados obtenidos en el trabajo de campo y la revisión bibliográfica, se apuntan cuestiones a tener en cuenta en esta fase:

Es importante atender a los diferentes factores de riesgo y protección en la enfermedad mental. Garay (2012), cita factores de riesgo y factores de protección en Salud Mental y en el Trastorno Mental Grave, recogidos en las tablas 2 y 3 del presente documento, que ayudan a enfocar líneas de actuación.

En consonancia con los factores indicados, también es importante la especial atención a colectivos de riesgo. Según el Real Patronato sobre Discapacidad, (2012), éstos pueden ser: embarazo adolescente, grupo étnico, inmigración y enfermedad mental de familiares.

En relación con este aspecto se debería de tratar la idea de cómo obtener información sobre los alumnos con familiares con patología psicótica, ya que los factores genéticos son muy influyentes, aunque no determinantes, en la aparición

del trastorno mental. Este punto es muy delicado, ya que hay que tener especial precaución con la protección de datos, el consentimiento de información y el tratamiento de la información. También hay que procurar reducir el riesgo de estigmatización. El fin sería detectar riesgos genéticos en los adolescentes de cara a la detección precoz. Una vez detectados, estos adolescentes podrían tener un seguimiento más cercano desde los departamentos de orientación de los centros educativos de cara a potenciar en ellos los factores de protección adecuados dentro del sistema educativo.

Otro aspecto importante que se extrae de la bibliografía utilizada, es que hay un riesgo de confundir los síntomas psicóticos iniciales con cambios propios de la adolescencia, lo cuál también puede generar diagnósticos erróneos, que se solapa a los posibles sobrediagnósticos que se pueden dar, aspecto sobre el cuál hay que tener una gran precaución. Por eso es importante la sensibilización, la formación y sobre todo el entrenamiento en la observación por parte de las personas que realmente están en contacto directo con el adolescente, como su familia, los docentes, los tutores, los orientadores y su grupo de iguales de un modo que no impliquen alarma en el alumno o su entorno más próximo.

4.5.2. Fase de la actuación en los centros de secundaria: (Medidas de prevención indicada y selectiva)

4.5.2.a. **Sensibilización y concienciación** de la comunidad escolar

En esta fase, es interesante el uso de charlas informativas dirigidas a padres de alumnos, profesores, tutores y miembros de los departamentos de orientación.

También es interesante la sensibilización a alumnos, como parte de la formación en valores, ya que con ello se lograría reducir el riesgo de estigmatización de los afectados por la enfermedad mental.

Se pueden utilizar videos, páginas web, lecturas, foros de debate, visitas de miembros de asociaciones o de especialistas en la materia sanitarios. También sería muy útil contar con un teléfono de atención en los servicios sanitarios para hacer consultas ante sospechas de trastorno mental incipiente.

En cuanto a los recursos para este fin, resulta muy interesante la información que se encuentra en la página web creada por el Grupo de comunicación del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud (www.1decada4.es), que recoge iniciativas y materiales que se pueden utilizar para esta labor de sensibilización. Los

contenidos a tratar pueden versar sobre la enfermedad mental, factores genéticos y ambientales, estigmatización del colectivo y problemas asociados.

4.5.2.b. Formación a la comunidad educativa en la detección de señales indicadoras de trastorno mental en la adolescencia.

Entrenamiento a los miembros de la comunidad educativa sobre los indicadores visibles de enfermedad mental. Para este fin es útil la tabla de indicadores expuesta en la página web del proyecto P3 que se incluye como anexo. (Anexo 3).

En especial para el departamento de orientación, tutores y docentes, ya que todos están en contacto directo con la población juvenil y llevan a cabo acciones de orientación, es interesante el trabajo con casos específicos para la mejor observación (Anexo 4).

Es también apropiado en este sentido el contacto con profesionales o Asociaciones de la Salud Mental.

También sería recomendable la lectura y el uso de los manuales como los publicados en la página web de la International Early Psychosis Association.⁴

La formación debería dirigirse a la comunidad docente y al entorno familiar de los alumnos. Para este fin son adecuadas las reuniones con familias, las Escuelas de Padres o las actividades de las Ampas.

Sería adecuado el entrenamiento en el fomento de los factores de protección en Salud Mental.

A su vez, de cara al alumnado, se pueden incluir contenidos relacionados con la salud mental en los contenidos curriculares de muchas asignaturas, como Biología y Física, Educación física, Valores éticos, Religión o Lengua Castellana.

4.5.2.c. Información al departamento de orientación de sospechas de señales indicadoras en caso de detectarse estas por cualquier miembro de la comunidad educativa.

Existen instrumentos de medida para la evaluación de estos casos, como diferentes cuestionarios o autoinformes que se pueden utilizar para la detección precoz de los trastornos psicóticos, según diferentes paradigmas (Fonseca-Pedrero et al, 2013).

Uno de ellos es el Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizofrenia (ESQUIZO-Q) (Fonseca-Pedrero et al, 2010).

⁴ <http://iepa.org.au/>

4.5.2.d. **Contacto con los servicios sanitarios (prevención selectiva)**

Desde el departamento de orientación, previo consentimiento de la familia del alumno, o desde las propias familias siendo detectoras o informadas por los servicios educativos. Los cauces propuestos desde el trabajo de campo realizado, pueden ser los siguientes, aunque al ser la muestra poco representativa, convendría ahondar más en este aspecto:

Orientador- Evaluación psicopedagógica-Salud Mental Infanto Juvenil.

Docente-Médico de Atención primaria/ Salud Mental Infanto Juvenil.

Informe dirigido al médico o pediatra de su área de salud.

Según la normativa consultada, son herramientas empleables para este fin la tabla de categorización de las necesidades específicas de apoyo educativo incluida como Anexo 2 y los demás informes existentes en la Resolución de 24 de febrero de 2014, que concreta las necesidades específicas de apoyo educativo y los modelos de informe de evaluación psicopedagógica en Cantabria.

4.5.2.e. **Evaluación** en los servicios de Salud Mental de los casos detectados.

4.5.2.f. En caso de detección de síntomas prodrómicos: Poner en marcha medidas de prevención indicada: Establecer una serie de medidas de **intervención y seguimiento** consensuado entre Sanidad y Educación encaminadas al apoyo psicológico, trabajo de habilidades sociales, técnicas de terapia cognitiva, incremento de factores de protección y reducción de factores de riesgo de cara a prevenir la aparición de trastornos mentales.

Para cerrar este apartado, se resalta en la importancia y utilidad que tendría una herramienta con las características descritas en esta propuesta, al poder contribuir en el beneficio de la población juvenil escolarizada de Cantabria, y a su desarrollo integral atendiendo a los factores de protección en Salud Mental.

5. Conclusiones.

Este trabajo partía con el objetivo general de revisar la situación actual en Cantabria respecto a la prevención de la Salud Mental en la población juvenil y con el de plantear un abordaje de la prevención de los problemas de la misma en la población adolescente escolarizada en ese ámbito geográfico.

La escasez de tiempo para poder desarrollar el trabajo más pausadamente ha sido una dificultad que no ha permitido una mayor dedicación a la investigación, afectando entre otros temas, al tamaño de la muestra en el trabajo de campo, a la obtención de información y revisión bibliográfica, la ampliación de conclusiones y líneas de investigación futuras o a la redacción pormenorizada del protocolo de prevención.

El trabajo realizado ha ido en la línea de los objetivos propuestos, descubriendo a medida que se avanzaba, información muy útil y relevante. Esta información, como la encontrada en los manuales diagnósticos, el Plan de Salud de Cantabria o en diferentes artículos científicos, apoya claramente la importancia de la prevención de trastornos mentales graves y la importancia que se le está dando desde el ámbito científico.

Se evidencia, por tanto, la importancia de la prevención para evitar la aparición de los trastornos mentales, lo que es positivo tanto para la persona afectada, como para su entorno familiar como para la sociedad en general ya que estas enfermedades generan un gran sufrimiento, desadaptación e incapacidad a quienes las padecen.

Se comprueba la necesidad de un protocolo específico que aúne los conocimientos científicos de Sanidad y el conocimiento directo de los adolescentes de los servicios educativos, en concreto, los centros de educación secundaria. No se ha encontrado mediante la revisión bibliográfica realizada, ningún protocolo de estas características.

Uno de los aspectos relacionados con el anterior es la vulnerabilidad del colectivo que puede llegar a padecer un trastorno psicótico. Cuidar las condiciones ambientales y educar para fomentar los factores de protección en detrimento de los de riesgo, puede significar la diferencia entre que se manifieste una enfermedad o

no. Además de lo expuesto, la vulnerabilidad del colectivo hace reflexionar sobre el la prevención necesaria para evitar posibles riesgos de etiquetaje y estigmatización.

En cuanto a los objetivos específicos e hipótesis de trabajo, los mismos han sido analizados en el apartado “análisis y discusión” del trabajo de campo, obteniéndose datos muy útiles, aunque no extrapolables, que apoyan nuevamente la importancia de la creación de un protocolo conjunto de acción coordinada de los servicios, labor compleja que se enfrenta a diferentes obstáculos, como la sobrecarga de trabajo en ambas administraciones, unificación de criterios, elección de cauces de derivación adecuados o búsqueda de evitación y pautas de actuación ante un posible sobrediagnóstico.

Sin embargo, no se parte de cero; se han encontrado herramientas muy útiles creadas desde los servicios sanitarios de Cantabria, desde otros servicios sanitarios y desde otras comunidades autónomas o entidades nacionales o internacionales, que se pueden emplear en las labores de prevención y detección de casos. Estas son por ejemplo, los indicadores de factores de riesgo y factores de protección en Salud Mental, los indicadores para la observación y detección de la psicosis temprana y los cuestionarios o autoinformes de psicosis incipiente que se pueden emplear en el ámbito educativo.

A lo largo del trabajo se constata la relevancia la figura del orientador educativo, como profesional responsable de las evaluaciones psicopedagógicas de los alumnos y como nexo de unión entre el ámbito educativo y el sanitario. Su labor tiene que ser apoyada, además por el resto de la comunidad educativa, ya que todos los miembros de la misma son responsables del desarrollo integral de los alumnos.

El tema del trabajo ha resultado muy interesante y a la vez complejo, por lo que quedan muchos aspectos a detallar que se ampliarán en el apartado “líneas de investigación futuras”.

6. Líneas de investigación futuras.

Sería idóneo profundizar en la validación metodológica del protocolo de detección, tanto a nivel institucional, como a nivel de centro educativo. En esta línea, es importante detallar el tipo de herramientas a emplear de cara a la sensibilización y a la formación para capacitar a la comunidad educativa, así como el entrenamiento en técnicas de cribado y evaluación a los equipos de orientación educativa. Otros temas

a detallar son el establecer cauces correctos de derivación entre los servicios educativos y sanitarios, la formación específica para los profesionales de ambos campos, las actuaciones a seguir en caso de sobrediagnóstico, el modo de proteger los datos de los adolescentes o las líneas a seguir en la prevención de la estigmatización y el prejuicio social ante los trastornos mentales, por poner algunos ejemplos.

También ampliar la muestra de población a proteger, abordando la infancia y otras etapas fuera de la formación reglada, como población adulta o anciana.

Otros ámbitos en los que se puede trabajar mucho más la prevención y que afectan directamente a la salud del niño y del adolescente, son el familiar y el referido a las amistades o grupo de iguales. Se podrían elaborar herramientas para abordar la prevención de modo específico en estos entornos.

Los trastornos mentales del espectro psicótico son un tipo de patología a evitar, pero sería interesante investigar si también existe algún otro tipo de enfermedad mental sobre el que existan limitadas experiencias preventivas de abordaje para intentar fomentarlas en el ámbito escolar.

No se ha podido tratar en el presente trabajo específicamente qué herramientas se pueden poner en marcha mediante la prevención secundaria o terciaria en los centros educativos si no se ha podido evitar un episodio psicótico en un adolescente. Cómo evitar el abandono escolar, tratando de prevenir nuevas recaídas y fomentando su recuperación sería muy interesante.

Un aspecto que no se ha podido abordar por falta de tiempo, ha sido el de obtener información de los profesionales de los servicios sociales, así como la proveniente de las asociaciones de afectados por problemas de salud mental y sus familiares. Sería muy interesante obtener la opinión de las mismas sobre los procedimientos idóneos y los aspectos a tener en cuenta de cara a la prevención al ser éstas grandes conocedoras de los problemas que trae consigo la enfermedad.

Por último, sería interesante conocer los testimonios y recomendaciones de los propios afectados por este tipo de patología, que pueden dar una información muy útil y valiosa de cara a conocer mejor la realidad de la enfermedad y las estrategias apropiadas para superarla.

7. Bibliografía

APA. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association. Barcelona: Masson

APA. (2013). DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washintong, DC: American Psychiatric Publishing.

Bisquerra, R. (2005). Marco conceptual de la orientación psicopedagógica. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 68(3). Recuperado de <http://www.remo.ws/REVISTAS/remo-6.pdf>

Bravo, M.F., Vallina, O., San Emeterio, M., Cid, J., Ibáñez, V., González, J. y Fernández, A. (2009). Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. Recuperado de <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>

Cornellà i Canals, J. (2009). Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. Pediatría Integral, 13 (3). Recuperado de http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/6_-_patologia_psiquiatica.pdf

Crespo, B., Pérez, R., Gaité, L., Peña, M., Mata, I., Rodríguez, J.M., Martínez, O., Pardo, G., Ayesa, R., González, C., Caseiro, O y Vazquez-Baqueiro, J.L. (2010) Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis. Gobierno de Cantabria. Recuperado de <http://www.feafes.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>

Del Amo, R., Vallina, F., Lemos, S., Fernández, P., Garay, M.A., Llanos, P., San Martín, R. y Sardina, F. M. (2012). Informe del estado actual de la prevención en salud mental. Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado de: <http://www.p3-info.es/PDF/Informedelestadoactualdelaprevencionensaludmental.pdf>

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigre, S. y Muñiz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en la población adolescente. Papeles del Psicólogo, Vol. 30(1), pp. 63-73. Recuperado de <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1657.pdf>

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giraldez, S., Sierra-Baigre, S., Campillo-Álvarez, A., Ordoñez-Cambor, N. y Muñiz, J. (2010). Hacia una detección temprana de la esquizofrenia mediante la utilización de autoinformes: A propósito de Esquizo-Q.*Infocop online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3052

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giraldez, S. Y Muñiz, J. (2011). Nuevos desarrollos en la detección de jóvenes con riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico. *Anales de Psicología*. vol. 27 (2), pp. 333-341. doi:10.6018/122941. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/122941/115571>

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., y Fraguas, D. (2013). DSM-V: ¿Síndrome de psicosis atenuada?. *Papeles del Psicólogo, Revista del Consejo General de la Psicología de España*. V.34,n.3. pp 190-207

Fòrum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Recuperado el 11 de mayo de 2014 de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

Gobierno de Cantabria. (2014). Plan de Salud Cantabria 2014-2019. Recuperado de http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf

Gobierno de Cantabria. (2013). Red Cántabra de Escuelas promotoras de la Salud. Recuperado de http://www.educantabria.es/red_de_escuelas_promotoras_de_la_salud/planes/red-cantabra-de-escuelas-promotoras-de-salud/red-cantabra-de-escuelas-promotoras-de-la-salud

Grupo de comunicación del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. (s.d). Programa 1decada4. Recuperado de <http://www.1decada4.es>

Hidalgo, A. (2009). La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España. *Revista de estudios de juventud*. marzo 09, no 84. Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-12.pdf>

IEPA (2008). Web de la International Early Psychosis Association. Recuperado de <http://iepa.org.au/>

Lavilla, L. (2013). La resiliencia en tutoría como estrategia para mejorar la salud mental. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales. n. 375. Recuperado de <http://www.claseshistoria.com/revista/2013/articulos/lavilla-resiliencia-tutoria.pdf>

Lezcano, F. (2012). Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente. *Educación*, v. 42 ,n.2. Recuperado de http://ddd.uab.cat/pub/educar/educar_a2013m7-12v49n2/educar_a2013m7-12v49n2p245.pdf

Ley de Cantabria 6/2008, de 26 de diciembre, de Educación de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, 251, de 30 de diciembre de 2008

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, Boletín Oficial del Estado, 106, de 4 de mayo de 2006

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, Boletín Oficial del Estado, 295, de 10 de diciembre de 2013

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_resum_cast_2009.pdf

Morales, N. (2013). Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados. (Tesis doctoral). Universidad Ramón Llull, Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/129625/Tesi%20Doctoral%20Noem%20C3%AD%20Morales.pdf?sequence=1>

Orden ECD/11/2014, de 11 de febrero, que regula la evaluación psicopedagógica en el sistema educativo de la Comunidad Autónoma de Cantabria, Boletín Oficial de Cantabria, 33, de 18 de febrero de 2014

Resolución de 24 de febrero de 2014, que concreta las necesidades específicas de apoyo educativo y los modelos de informe de evaluación psicopedagógica, establecidos en la Orden ECD/11/2014, de 11 de febrero, que regula la evaluación psicopedagógica en el sistema educativo de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, 42, de 3 de marzo de 2014

Sánchez Cabaco, A. (1995). Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en adolescencia. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

Servicio Cántabro de Salud y Universidad de Oviedo. (s.d). Programa de prevención de psicosis. Recuperado de <http://www.p3-info.es/>

Venes,D. (2007). Diccionario enciclopédico Taber de las ciencias de la salud. 20ªEd. Madrid: Dae.

8. Anexos

Anexo 1 Cuestionario empleado

Este cuestionario sirve para obtener información que se utilizará para elaborar un trabajo de fin de máster (Máster en Educación Secundaria, especialidad Orientación Educativa. Universidad Internacional de la Rioja).

Cuestionario

La información que usted proporcione se tratará de modo confidencial, respetando su anonimato.

Puesto/Área de trabajo:
Tiempo de experiencia:

¿Hasta qué punto considera que la puesta en marcha de un protocolo de detección precoz y derivación a los servicios sanitarios desde los servicios educativos, sería importante en la prevención de los trastornos psicóticos en adolescentes?

Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada.

<i>Muy importante:</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Poco importante:</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Nada importante:</i>	<input type="checkbox"/>
<i>NS/NC:</i>	<input type="checkbox"/>

¿Considera factible la coordinación entre los servicios educativos y sanitarios para la prevención de los trastornos psicóticos en la adolescencia?

Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada y explique brevemente las razones de su elección.

<i>Muy factible</i>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

- Podría explicar brevemente por qué:

<i>Poco factible</i>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

-Podría explicar brevemente por qué:

<i>Nada factible</i>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

-Podría explicar brevemente por qué:

<i>NS/NC</i>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------

¿Cuáles cree que serían los cauces adecuados para una derivación a los servicios sanitarios desde los centros educativos ante la sospecha de una fase previa de trastorno psicótico en un adolescente?

**¿Considera que la sensibilización, la información y la formación sobre la enfermedad a familiares y docentes facilitaría la detección y prevención de posibles casos de trastorno psicótico?
Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada.**

Aumentaría el número de casos detectados precozmente:	
Disminuiría el número de casos detectados precozmente:	
Se mantendría el número de casos detectados precozmente:	
NS/NC:	

¿Considera que la detección precoz favorecería la integración social y el rendimiento académico del alumno? Por favor, marque con una X la alternativa que considere adecuada y explique brevemente las razones de su elección.

Si

Podría explicar brevemente por qué:

No

Podría explicar brevemente por qué:

NS/NC

Otros/Observaciones:

Muchas gracias por su tiempo y participación.

Anexo 2.

Categorización de Necesidades Educativas Específicas en Cantabria



CATEGORIZACIÓN DE NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO				
NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (temporales o permanentes) Nivel de intensidad de apoyos alto para la adaptación personal y social	DISCAPACIDAD FÍSICA	MOTORA	Espina bífida	
			Parálisis cerebral	
			Distrofia neuromuscular	
			Otras	
	DISCAPACIDAD INTELLECTUAL			
	DISCAPACIDAD SENSORIAL	VISUAL	Baja visión	
			Ceguera	
		AUDITIVA	Hipoacusia	Media
			Sordera profunda	Moderada
	TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA (Inicio en la infancia o adolescencia)	TRASTORNOS AFECTIVOS	T. Depresivo	
			T. Bipolar	
		TRASTORNOS NEURÓTICOS	T. Obsesivo-Compulsivo	
			T. Ansiedad fóbica	
			T. Ansiedad	
			T. Adaptación	
		TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	T. de la actividad y de la atención	
		TRASTORNOS DISOCIALES	T. Hiperkinético Disocial	
			T.D en niños no socializados	
			T.D en niños socializados	
	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL	T.D desafiante y oposicionista		
	Mutismo selectivo			
	Otros T. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.			
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	Autismo infantil			
	S. de Rett			
	S. de Asperger			
	T. Desintegrativo			
	T. no especificado			
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (Inicio en la adolescencia)	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	T. Disocial		
		T. Paranoide		
		T. Esquizoide		
		T. Limite		
		Otros		
	TRASTORNOS PSICÓTICOS	Esquizofrenia		
	Otros			
RETRASO MADURATIVO ASOCIADO A ALTERACIONES EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO (0-6 años)				
TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE			Afasia	
			Disfasia / T.E.L	

SOBREDOTACIÓN INTELLECTUAL /ALTAS CAPACIDADES Nivel de intensidad de apoyos medio o bajo para la adaptación personal y social		PRECOCIDAD			
		TALENTO ESPECÍFICO			
		SOBREDOTACIÓN INTELLECTUAL			
INCORPORACIÓN TARDÍA AL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL Nivel de intensidad de apoyos medio o bajo para la adaptación personal y social		DESCONOCIMIENTO DE LA LENGUA Y CULTURA ESPAÑOLAS			
		DEFASE CURRICULAR SIGNIFICATIVO			
DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE Nivel de intensidad de apoyos medio o bajo para la adaptación personal y social		DISLEXIA			
		DISORTOGRAFÍA			
		OTRAS DIFICULTADES O RETRASOS SIGNIFICATIVOS EN LA LECTOESCRITURA			
		DISCALCULIA			
NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO POR CONDICIONES PERSONALES Y DE HISTORIA ESCOLAR Nivel de intensidad medio o bajo de apoyos para la adaptación personal y social		CONDICIONES PERSONALES VINCULADAS AL DESARROLLO	ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE	Retraso simple del lenguaje	
				Dislalias (no evolutivas)	
				Disartría	
				Disglosia	
				Disfermia	
			INMADUREZ CON DIFICULTADES EDUCATIVAS Y DE ADAPTACIÓN		
		CONDICIONES PERSONALES VINCULADAS A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL	SITUACIONES DE SALUD FÍSICA (que requieran medidas ordinarias y específicas)		
			ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y EMOCIONES POR ESTRÉS O CAMBIO		
			TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES	TRASTORNOS AFECTIVOS	
				TRASTORNOS NEURÓTICOS	
TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS	T. de la actividad y de la atención				
	T. Hipercinético Disocial				
	TRASTORNOS DISOCIALES	T. Disocial en niños no socializados			
		T. Disocial en niños socializados			
		T. Disocial desafiante y oposicionista			
	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL	Mutismo selectivo			
	Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia				
CONDICIONES QUE AFECTAN A LA HISTORIA ESCOLAR	DESVENTAJA SOCIOEDUCATIVA				
	OTRAS				

Extraído del Anexo I de la Resolución de 24 de febrero de 2014, que concreta las necesidades específicas de apoyo educativo y los modelos de informe de evaluación psicopedagógica en Cantabria.

Anexo 3

Signos tempranos de la psicosis

Nota: Las señales marcadas en negrita deben observarse con mucha atención porque pueden ser indicativas de problemas mentales serios	
CONDUCTA	
<ul style="list-style-type: none">- Sensación de estar muy fresco, habiendo dormido mucho menos de lo normal- Descuido en la higiene personal- Cortes auto-provocados o amenazas de auto-mutilación- Hiperactividad o inactividad; o bien alternancia entre ambos estados- Mirada fija sin pestañear; o bien incesante pestañeo- Excesiva escritura sin sentido- Graves alteraciones del sueño- Inquietud- Posturas extrañas- Conducta extraña- Abuso del alcohol o drogas- Andar acelerado durante días	
PENSAMIENTO Y LENGUAJE	
<ul style="list-style-type: none">- Preocupación extrema por la religión o por temas ocultos- Sensación de como si las cosas de alrededor hubieran cambiado- Conversación constante y rápida, que es difícil interrumpir- Palabras peculiares y estructura rara del lenguaje; lenguaje confuso- Hablar mucho menos- Sensibilidad inusual a estímulos (ruido, luz, colores, texturas)- Problemas de memoria- Grave distraibilidad- Problemas de concentración- Afirmaciones irracionales- Alucinaciones- Poseión de poderes especiales	
RELACIÓN SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none">- Grave deterioro de las relaciones sociales- Abandono de actividades, o bien desinterés por todo	

<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad e irritabilidad cuando los demás le tocan - Rechazo a tocar personas u objetos; usando guantes, etc. - Aislamiento social, tendencia a encerrarse - Agresividad inesperada - Desconfianza - Temor nuevo a la gente
EMOCIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad de llorar o de sentir alegría, o bien llanto excesivo - Sentimientos de depresión y ansiedad - Emociones no acordes con la situación o el pensamiento - Estado de ánimo eufórico - Risas inoportunas - Irritabilidad constante
PERSONALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Conductas temerarias que no van con su carácter - Descenso significativo y prolongado de la motivación - Cambios en la personalidad básica

Extraído de la web del programa P3 (<http://www.p3-info.es/>)

Anexo 4.

Caso de Síndrome de psicosis atenuada en la adolescencia

TABLA 2

UN CASO PRÁCTICO DE SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA. MODIFICADO DE JACOBS ET AL, (2011)

Susana es una chica de 17 años de edad, que cursa su cuarto año de la Eso. Su madre la lleva a consulta después de notar algún comportamiento “extraño” que le ha causado preocupación. Susana tiene un tío con esquizofrenia. Su madre comenta que el comportamiento “extraño” de la chica ha estado ocurriendo desde hace aproximadamente 5 meses. La adolescente comenta que una o dos veces por semana ha oído una voz susurrando cuando se encuentra sola en su habitación, pero que no está muy segura ni de dónde viene ni de lo que dice. Susana dice que podría ser un problema de audición. En la entrevista con Susana se redirige al tema de la conversación en varias ocasiones y con frecuencia hace referencia a cuestiones no relacionadas con el asunto principal. Su madre está preocupada porque últimamente Susana apenas sale con sus amigas, y que estas le han dejado de llamar a casa. Susana cree que sus amigas chismorrear sobre ella a sus espaldas, pero que no está muy segura de lo que dicen. La madre de Susana también se ha puesto en contacto con el orientador, el cual le informa de que el rendimiento académico de la adolescente se ha deteriorado dramáticamente en los últimos meses. Tanto Susana como su madre comentan que no hay antecedente de consumo de alcohol o drogas. Los exámenes médicos no han dado resultados significativos.

Extraído de Fonseca-Pedrero et al 2013, p 195