



Continuidad de cuidados en menores con problemas neuropsiquiátricos: a propósito de un caso clínico

Continuity of care in minors with neuropsychiatric problems: A clinical case

Irema Duran i López¹, Rocío Juliá-Sanchis²

1. Graduada en Enfermería.

2. Departamento Enfermería. Facultad de ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, España.

Contacto: Irema Duran i López, iremaduran22@gmail.com

Fecha de recepción: 6 de mayo 2021 / Fecha de aceptación: 15 de junio 2021

Resumen

Introducción: Hasta un tercio de los menores y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental, siendo el trastorno con déficit de atención e hiperactividad uno de los más prevalentes. Dicho trastorno aumenta el riesgo de comorbilidades neuropsiquiátricas que alteran el funcionamiento académico y social, dificultando la escolarización ordinaria ante la falta de recursos y programas de atención específicos.

Objetivo: Evidenciar la falta de continuidad de cuidados integrales en menores con problemas neuropsiquiátricos y proponer un plan de cuidados: a propósito de un caso.

Descripción del caso: Y. L., varón de 9 años con antecedentes de Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad y síndrome 47XXX que presenta brote psicótico en centro escolar siendo remitido a la unidad de psiquiatría infantojuvenil para su ingreso.

Resultados: A pesar de que Y. L. era usuario de salud mental y recibía atención multidisciplinar, no se identificó la sintomatología prodrómica previa al brote psicótico. Al alta, no se derivó a la enfermera de salud mental infantojuvenil, por lo que no se realizó un plan de cuidados individualizado que facilitara su proceso de recuperación.

Conclusión: Para una adecuada recuperación de la salud mental es necesario planificar planes de cuidados desde la comunidad y la centralidad de la persona que garanticen la continuidad de cuidados integrales antes-durante y tras el alta hospitalaria. Dadas las posibilidades de la red asistencial de salud mental, la enfermera escolar se presenta como un nexo entre el equipo asistencial, el equipo docente, el menor y su familia, favoreciendo la identificación y derivación temprana a la enfermera de salud mental infantojuvenil y la monitorización del plan de cuidados diseñado por la enfermera especialista en el entorno natural del menor en pro de la inclusión en su entorno educativo ordinario.

Palabras clave: continuidad de cuidados, enfermería escolar, enfermería de salud mental, trastorno mental grave.

Abstract

Introduction: Up to one third of children and adolescents have a mental disorder, with Attention Deficit Hyperactivity Disorder being one of the most prevalent. This disorder increases the risk of neuropsychiatric comorbidities that alter academic and social functioning, making regular schooling difficult due to the lack of resources and specific care programmes. **Objective:** to demonstrate the lack of continuity of comprehensive care in children with neuropsychiatric problems and to propose a care plan: a case study. **Case description:** Y. L., a 9-year-old boy with a history of attention deficit hyperactivity disorder and 47XXX syndrome who presented a psychotic outbreak at school and was referred to the child and adolescent psychiatry unit for admission. **Results:** Although Y. L. was a mental health user and received multidisciplinary care, the prodromal symptomatology before the psychotic break was not identified. He was not referred to the child and adolescent mental health nurse at discharge, so Any staff nurse made no individualised care plan to facilitate his recovery process. **Conclusion:** For an adequate mental health recovery, it is necessary to plan care plans from the community and person-centred care that guarantees the continuity of comprehensive care before, during and after hospital discharge. Given the possibilities of the mental health care network, the school nurse is presented as a link between the care team, the teaching team, the child and his/her family, favouring early identification and referral to the child and adolescent mental health nurse and the monitoring of the care plan designed by the specialist nurse in the child's natural environment in favour of inclusion in their familiar educational environment.

Keywords: severe mental illness, continuity of care, school nursing, school health services.

Introducción

Entre un 15 y un 30 % de los menores y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental¹, siendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) uno de los trastornos del neurodesarrollo infantil más prevalentes. La prevalencia a nivel internacional se sitúa en el 5 %^{2,3} y a nivel nacional entre el 4,9-8,8 %⁴.

La sintomatología caracterizada por falta de atención o hiperactividad e impulsividad, de al menos 6 meses, a principios o mediados de la infancia⁵, compromete el desarrollo emocional, cognitivo y social de la persona afectada, así como las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar. La sintomatología característica del TDAH aumenta el riesgo de consumo de sustancias¹, de conducta suicida⁶, así como la demanda asistencial en servicios de salud mental relacionada con comorbilidades neuropsiquiátricas como el trastorno de conducta, de ansiedad, del espectro autista (TEA), de Tourette, tics y problemas de sueño^{7,8,9}. La aparición de comorbilidades alcanza su pico entre los 8 y 11 años, aunque pueden desarrollarse otros trastornos en la edad adulta, como la esquizofrenia, siendo el riesgo de desarrollarla 4,3 mayor entre las personas diagnosticadas de TDAH¹⁰.

En España, la población infantil recibe atención y seguimiento programado por parte de la enfermera pediátrica dentro del Programa de Salud Infantil. Esta atención se centra en ciertos aspectos en los que no suele incluirse el abordaje de salud mental. Solo en caso de necesidad sentida por el usuario y su familia o la derivación, la enfermera de la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil realiza el seguimiento, aunque la dificultad de acceso a los recursos asistenciales de salud mental o el estigma asociado a ello impiden una adecuada atención. Dado que el alumnado de centros escolares ordinarios es muy variado, con antecedentes personales, culturales, y religiosas diferentes, poseen necesidades sociales y emocionales diversas. Si a ello se le suma la complejidad de experimentar TDAH, pueden generarse actitudes no deseables y disfuncionalidad en el menor que dificulten su escolarización ordinaria ante la falta de recursos y programas de atención específicos¹¹.

Teniendo en cuenta la prevalencia de TDAH y la comorbilidad neuropsiquiátrica grave asociada, es razonable pensar que existe un elevado número de

menores escolarizados con necesidades desatendidas y que experimentan procesos no identificados de manera precoz, por lo que son derivados a centros de educación especial ante la incapacidad de los docentes de cubrir sus necesidades y la falta de recursos asistenciales. Por eso, el propósito de este trabajo es evidenciar la falta de continuidad de cuidados integrales en menores con problemas neuropsiquiátricos y proponer un plan de cuidados: a propósito de un caso.

Metodología

Diseño

Se aplicó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico para conocer de forma subjetiva las experiencias de los participantes¹² sobre el fenómeno que subyace a la desescolarización del menor con TDAH con comorbilidad neuropsiquiátrica grave¹³. Se ha realizado una descripción del caso siguiendo las recomendaciones de la literatura^{14,15}.

Participantes y contexto

La muestra del estudio consistió en un núcleo familiar de tres personas: madre, padre e hijo de un municipio de la Comunidad Valenciana (España). Los participantes se seleccionaron mediante un método de muestreo no probabilístico, intencional. Los participantes fueron identificados a través de informantes clave (tutora especialista en salud mental) durante la realización de las prácticas clínicas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Una vez establecido el contacto, las investigadoras presencialmente explicaron las características del estudio, invitándoles a participar.

Recogida de datos

La recopilación de datos se realizó entre noviembre de 2019 y enero de 2020, mediante entrevista individual en profundidad, cara a cara con el menor, su madre y su padre¹⁶. Para completar el proceso, se estudió la historia clínica digital del menor y los informes clínicos aportados por la familia.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio familiar, en el que se creó un ambiente de confidencialidad apropiado. La duración aproximada de cada entrevista fue de 90 minutos. Se tomaron anotaciones durante las mismas.

Análisis de datos

Las investigadoras realizaron una lectura exhaustiva y meticulosa de la información obtenida. No se empleó ningún *software* para la gestión de los datos.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos del estudio se realizaron de conformidad con las normas éticas del comité de investigación institucional y con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas o normas éticas comparables. Los participantes fueron informados del propósito del estudio, accedieron libremente a participar en él, tras recibir información verbal y escrita donde se garantizaba la confidencialidad de los datos. Se obtuvo el consentimiento informado por su participación (ver anexo).

Presentación del caso clínico

Y.L., varón de 9 años derivado desde el servicio de psiquiatría del hospital de su municipio para el ingreso en la unidad psiquiátrica infantojuvenil de referencia tras padecer un brote psicótico en el centro escolar. Al ingreso presentaba hiperactividad motora con desinhibición conductual, predominando la desorganización

en el comportamiento y verborrea. La madre describió que en los últimos meses presentó ideas obsesivas relacionadas con vivencias personales manifestadas por crisis de “rabietas”, sentimientos de tristeza y abandono tras la marcha, durante 5 meses, de ambos padres a otro país. Además, durante los periodos de clínica depresiva de la madre, demandaba más atención, dados los conflictos de pareja que este proceso desencadenaba. La abuela materna, R.L., fue la cuidadora principal en esos periodos. El padre trabajaba como conductor de camiones y su implicación en la crianza era poca.

Constantes al ingreso: 110/60 mmHg, 35,8 °C, SatO2 99 % y frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto; ECG sin alteraciones; EEG: actividad en fase de vigilia y fases iniciales de sueño dentro de límites normales. Moderada incidencia en vigilia durante el sueño de actividad paroxística bifrontal de claro predominio derecho; RMN craneal sin alteraciones; CI entre 70-79.

Como puede apreciarse en la figura 1, Y.L., es hijo único y convive con sus progenitores. Su madre fue diagnosticada por primera vez de trastorno de depresión mayor en la adolescencia. Su abuelo materno, B.R., se suicidó en el 2009.

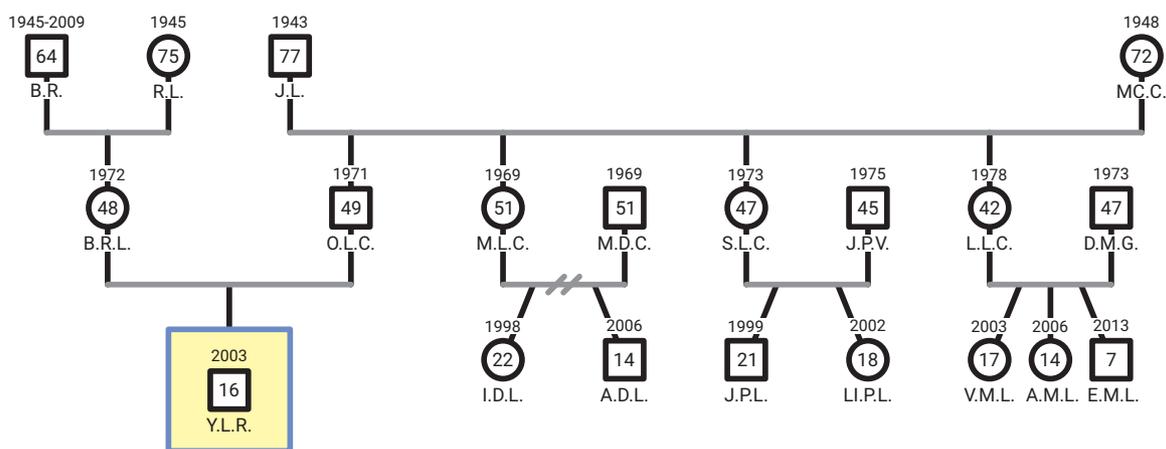


Figura 1: Antecedentes familiares

Como muestra la cronología de los hallazgos clínicos relevantes sintetizados en la tabla 1, Y.L., fue diagnosticado de TDAH, TEA (Asperger según la nomenclatura del DSM-IV de los informes del momento) y alteración cromosómica 47XYY con minusvalía psi-

quica permanente del 38% reconocida. El síndrome 47XYY es una aneuploidía de los cromosomas sexuales con una incidencia aproximada de un caso por cada 1000 varones nacidos vivos. Las características clínicas se presentan durante la primera década de la vida

entre las cuales destacan retraso del desarrollo, problemas de comportamiento y talla alta. El desarrollo motor puede ser normal, así como el coeficiente intelectual; sin embargo, pueden tener dificultades de aprendizaje, TDAH, autismo y comportamiento agresivo el cual ha sido relacionado con aumento del volumen cerebral, reducción en la materia gris y blanca en la región insular y desarrollo anormal de los tractos de sustancia blanca en la región frontal¹⁷. Dichos antecedentes le llevaron a estar en seguimiento por la psicología infantil del centro de atención pediátrica.

Durante el ingreso hospitalario, se trabajó con los padres y la abuela materna (cuidadora principal en ese momento) las funciones parentales y los sentimientos de soledad del menor. Tras la mejoría sintomatológica se procedió al alta. Se contactó con el centro escolar ordinario vigente y se realizó un informe solicitando el cambio de centro escolar de educación especial. El equipo asistencial añadió como diagnóstico el “trastor-

no generalizado del desarrollo no especificado” y “episodio psicótico (determinar según evolución)”.

Al alta, se inicia tratamiento con metilfenidato hidrocloreto, valproato sódico 500 mg, risperidona 1 mg/ml, olanzapina 10 mg, clonidina 0,150 mg. Se recomendó consulta en neuropediatría para control de EEG. No se encuentran informes de enfermería al alta, no se produce una derivación a ningún profesional de enfermería para su seguimiento (enfermería de salud mental infantojuvenil, enfermería pediátrica comunitaria).

Y.L. fue escolarizado en un centro de educación especial sin haber finalizado el 5º curso de primaria. A su llegada, la dirección del centro recalcó a los padres que su estancia allí sería estacional y que, una vez se recuperara del brote psicótico, volvería a un colegio ordinario, ya que consideraban que no era un centro adecuado a sus necesidades.

Embarazo	Nacimiento	Preescolar	Infantil	Primaria
Embarazo deseado y buscado. Diagnóstico prenatal: Amniocentesis de 2º trimestre muestra trisomía 47XYY. Se ofrece la posibilidad de abortar. Padres deniegan la oferta.	Alteración vínculo madre-hijo. Según la madre: - El bebé rechaza la lactancia materna. - Etapa alegre a los dos meses postparto. - A los 3-5 meses, el lactante no responde a estímulos musicales o al contacto (rechaza masajes corporales). - No siente curiosidad por ningún juguete.	Escolarización en guardería para favorecer relaciones sociales. La educadora les informa dislalia, aislamiento y no juega con el resto de los niños. Por la noche, cuando la madre le contaba algún cuento, estaba tenso e incómodo.	Familia refiere que, desde el inicio de la escolarización ordinaria (centro público), ha estado estigmatizado por padres/madres y docentes (“este niño no es normal”). Una nueva docente de infantil comenta la posibilidad de que sea evaluado por la pedagoga del centro, ante su comportamiento inusual. Tras reunión los padres conciertan una cita con el centro de atención pediátrica para seguimiento. Con 4 años, le diagnostican posible TDAH, relacionado con síntomas de inatención, descuidos, distracción con facilidad, verborrea, frustraciones frecuentes y rabietas. Empieza a tratarse con metilfenidato y se le realiza seguimiento en el Centro de Atención Pediátrica (CAP).	Escolarización con adaptación curricular. No se reportaron incidentes de interés. A los 6 años, se manifiestan alteraciones en el área social y se le diagnostica de TEA*. Es remitido desde el CAP a Neuropediatría por presentar conductas disruptivas en la esfera social manifestadas por mala interrelación entre iguales e intereses fijos y repetitivos. Tiene un lenguaje expresivo normal, aunque en ocasiones, barroco y vacío en contenido. La comprensión es adecuada, pero le cuesta entender los dobles sentidos. A los 9 años, en 2012, se le concede una minusvalía psíquica permanente del 38%. Aún con 9 años, en el 2013, el niño padece un brote psicótico r/c cambio de tutora en su centro escolar que empeoró la situación (humillaciones y amenazas) y posterior rehabilitación y es ingresado en el Servicio de Psiquiatría Infantil. Los padres se fueron medio año al extranjero, quedándose el pequeño con la abuela materna. Diagnosticado de “trastorno generalizado del desarrollo no especificado” y “episodio psicótico (determinar según evolución)”. A los 10 años, en 2014, el menor es trasladado a un colegio de educación especial.
*TEA: Trastorno del espectro autista				

Tabla 1: Cronología sobre información recopilada tras entrevista con la madre y análisis de informes previos.

Valoración de enfermería

La valoración de enfermería se realizó de acuerdo con el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon¹⁸ (ver tabla 2).

Una vez realizada la recopilación de los datos se utilizó la taxonomía NANDA/NIC/NOC¹⁹ (ver tabla 3).

PATRONES	VALORACIÓN
Percepción – manejo de la salud: alterado.	Actitudes obsesivas. Déficit de atención a lo largo de su vida. Buenos hábitos bucodentales. Piel íntegra e hidratada. Vestido acorde con la época del año. No presenta alergias conocidas.
Nutricional – metabólico: no alterado.	Tiene buen apetito. Buen patrón nutricional.
Eliminación: no alterado.	Buenos hábitos de evacuación intestinal y urinaria.
Actividad – ejercicio: alterado.	Hiperactividad motora. No realiza ninguna actividad extraescolar. Buena psicomotricidad fina y gruesa.
Sueño – descanso: no alterado.	Buen patrón del sueño. No se detectan cambios de humor en relación con el sueño.
Cognitivo – perceptual: alterado.	Ideas obsesivas. Dificultad para mantener la atención y la concentración. Le cuesta entender los dobles sentidos. Verborrea. Lenguaje barroco y vacío en contenido.
Autopercepción – autoconcepto: alterado.	Niño inquieto, pero muy cariñoso.
Rol – relaciones: alterado.	Relación disfuncional. Convive con sus padres (su padre pasa poco tiempo en casa por su trabajo). Sentimientos de soledad.
Sexualidad – reproducción: no alterado.	Manifiesta sentimientos coherentes con su sexo.
Adaptación – tolerancia al estrés: alterado.	Comunicación familiar-escolar limitada. Crisis situacionales. Afrontamiento ineficaz de los problemas.
Valores – creencias: no alterado.	Falta de apoyo significativo. Familia atea.

Tabla 2. Valoración de enfermería.

Diagnóstico (00251) Control emocional inestable r/c estresores m/p expresión de emociones incongruentes con el factor desencadenante.	
NOC	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).
NIC	(1800) Ayuda con el autocuidado. - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
NOC	(1205) Autoestima.
NIC	(5400) Potenciación de la autoestima. - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. - Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas. (5270) Apoyo emocional. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad. (5566) Educación parental: crianza familiar de los niños. - Diseñar un programa educativo que se apoye en los puntos fuertes de la familia. Implicar a los padres en el proceso. - Identificar e instruir a los progenitores sobre el uso de diversas estrategias para en el manejo de la conducta del niño. (4362) Modificación de la conducta. - Animar al paciente a que examine su propia conducta. - Coordinar un sistema de cupones o puntos de refuerzo en las conductas complejas o múltiples.
NOC	(1608) Control de síntomas.
NIC	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad. - Considerar responsable al paciente de su propia conducta. - Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño. Animar a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable del niño. (180) Manejo de la energía. - Establecer actividades físicas.
Diagnóstico (00146) Ansiedad r/c estresores m/p inquietud, irritabilidad.	
NOC	(1402) Autocontrol de la ansiedad.
NIC	(5440) Aumentar los sistemas de apoyo. - Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. - Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. - Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. (4920) Escucha activa. - Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. (4400) Musicoterapia. - Determinar el interés del individuo por la música, así como sus preferencias musicales. - Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor). (4430) Terapia con juegos. - Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. - Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. - Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. - Comunicar el objetivo de la sesión de juegos al niño y los progenitores. - Animar al niño a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. - Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos. - Continuar con las sesiones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo debido al equipo o los tratamientos no familiares, según corresponda. - Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos.

Tabla 3: Diagnósticos de enfermería y planificación (continúa en pág. siguiente).

NIC	(4320) Terapia asistida con animales. <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la aceptación de los animales por parte del paciente como agentes terapéuticos. - Facilitar al paciente el cuidado y contacto con los animales de la terapia (jugar, alimentar y cuidar). - Fomentar la expresión de emociones del paciente hacia los animales.
Diagnóstico (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c deterioro del funcionamiento social m/p agitación psicomotora.	
NOC	(0108) Desarrollo infantil: segunda infancia.
NIC	(10801) Practica hábitos higiénicos. (10802) Juega en grupos. (10803) Desarrolla amistades íntimas. (10805) Asume responsabilidades en determinadas tareas domésticas. (10806) Cumple los compromisos de las actividades académicas. (10809) Comprende el bien y el mal. (10812) Muestra creatividad. (10813) Comprende ideas cada vez más complejas.
Diagnóstico dirigido a los padres (00164) Disposición para mejorar el rol parenteral r/c estresores m/p el niño expresan deseo de mejorar el entorno del hogar.	
NOC	(2905) Desempeño del rol de padres: segunda infancia.
NIC	(4352) Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención. <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un ambiente estructurado y físicamente seguro. - Desarrollar un plan de control de la conducta basado en la evidencia que sea llevado a cabo de manera coherente por parte de todos los cuidadores. - Comunicar las normas, expectativas de conducta y las consecuencias con un lenguaje sencillo con ayudas visuales, si es preciso. - Alabar las conductas deseadas y los esfuerzos de autocontrol. Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las indeseadas. - Descomponer las instrucciones de múltiples pasos en pasos simples. Permitir que el paciente lleve a cabo una instrucción antes de darle otra. - Proporcionar ayudas que aumenten la estructura ambiental, la concentración y la atención a las tareas (relojes, calendarios, señales e instrucciones escritas paso a paso). - Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente. - Mantener un programa de rutina que incluya un equilibrio de tiempo estructurado (actividades físicas y no físicas) y tranquilo. - Informar sobre medicación al paciente y a sus allegados. (7100) Estimulación de la integridad familiar. <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las relaciones familiares actuales. - Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia. - Ayudar a la familia en la resolución de conflictos. (7150) Terapia familiar. <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los patrones de comunicación de la familia. - Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia. - Identificar los papeles habituales dentro del sistema familiar. - Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas del desempeño de papeles. - Proporcionar educación e información. - Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.

Tabla 3: Diagnósticos de enfermería y planificación (viene de pág. anterior).

Discusión

En el presente trabajo se ha expuesto el caso clínico de un menor con antecedentes de síndrome 47XXX y TDAH, quien, a pesar de sus antecedentes familiares de interés y sintomatología prodrómica, no fue identificado y abordado a tiempo, desarrollando un brote psicótico en el centro escolar. La inadecuada comunicación o coordinación del equipo docente con la familia supuso la ejecución de una adaptación curricular que excluyó al menor de su centro escolar ordinario y de su normosocialización²⁰.

La valoración de enfermería realizada al menor y su familia ha permitido tener una visión holística del proceso de enfermedad y de la implicación de todos los agentes. Según nuestros hallazgos, no hubo una adecuada coordinación previa a la sintomatología psicótica entre el equipo asistencial, el equipo docente y la familia. Además, ningún profesional de enfermería fue alertado al alta de las necesidades de seguimiento del menor, produciéndose una brecha en la continuidad de cuidados.

La recuperación de la salud mental (clínica, funcional, y personal) es un proceso individual único en el que los/las profesionales pueden resolver, junto con el usuario/a, sus necesidades individuales basadas en la centralidad de la persona y en abordajes comunitarios²¹. No obstante, la escasez de servicios de salud mental integrados centrados en la persona, es decir, que ofrezcan los cuidados que se necesitan, cuando se necesitan, que sean accesibles, que logren los resultados de salud deseados y que lo consigan con una relación coste-efectividad razonable para la sociedad²², dificultó el diagnóstico precoz y el abordaje psicoterapéutico necesarios para el caso presentado.

A la escasez de servicios de salud mental integrados se le sumó la falta de una figura estratégica capaz de educar al menor y su familia en la gestión de su autocuidado y trabajar con las redes sociales, ya que ello requiere unos recursos humanos que la red asistencial de salud mental no tiene²¹. Por eso proponemos la figura de la enfermería escolar como puente entre los potenciales usuarios o usuarias de salud mental y la enfermera especialista de salud mental en el ámbito educativo. En línea con Corral Rodríguez²³, dadas las competencias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la enfermera escolar, ella podría detectar precozmente las alteraciones mentales bási-

cas, derivar rápidamente, así como implementar y monitorizar aquellas intervenciones psicoeducativas diseñadas por o con la enfermera especialista en salud mental que se debieran realizar en el entorno educativo^{24,25}.

A pesar de que en la última década ha aumentado el acceso al tratamiento en entornos comunitarios, el estigma aún es una barrera importante para la búsqueda de ayuda entre los jóvenes²⁶, que influye negativamente en el desarrollo de su autonomía e identidad personal. Por el contrario, las relaciones positivas con los compañeros promueven la autoestima, la adaptación y la resiliencia²⁷. Es por eso que es necesario aumentar el nivel de conocimientos y actitudes positivas hacia las personas que padecen trastorno mental grave mediante campañas de sensibilización entre la comunidad escolar²⁸, que deberían ser lideradas prioritariamente por los servicios de salud mental comunitaria. Sin embargo, que las realice la enfermera escolar favorecería que la intervención educativa se realizara en el entorno natural de la población diana, situando al entorno educativo como un asociado de la red asistencial para trabajar de manera interdisciplinaria incluyendo la experiencia de la persona usuaria²⁹. Paralelamente, se podrán realizar intervenciones psicoeducativas entre los familiares y resto de padres sobre el manejo conductual del menor, ya que ellos son quienes viven el día a día con su hijo/a, aprendiendo a aceptar y tolerar de forma positiva la situación, pues de lo contrario se pueden generar consecuencias negativas para todos los miembros de la familia³⁰. Respecto a las intervenciones educativas con los docentes, podrían proponerse sesiones dirigidas a la reducción de actitudes negativas hacia los niños y niñas que padecen TDAH y otros problemas neuropsiquiátricos, así como entrenamiento sobre signos de alarma, favoreciendo así la detección y la atención temprana, aumentando las posibilidades de éxito del tratamiento y reduciendo la aparición de comorbilidades^{31,32}. La inclusión sistemática en los centros escolares ordinarios debería implantarse para prevenir desenlaces como el descrito. Todo ello favorecería una adecuada gestión del caso y la continuidad de cuidados necesarias para mantener la integración social, en este caso, mediante la escolarización ordinaria (frente al de educación especial) con un plan de cuidados individualizado^{33,34}.

Conclusión

Para una adecuada recuperación de la salud mental (clínica, funcional, y personal) de los usuarios y usuarias de salud mental infantojuvenil es necesario planificar planes de cuidados desde la comunidad y la centralidad de la persona. Ello requiere una coordinación interdisciplinaria e interprofesional que garantice la continuidad de cuidados antes-durante y tras el alta hospitalaria.

El plan de cuidados presentado hubiera podido vertebrar las intervenciones de enfermería necesarias para mantener al menor en su entorno educativo ordinario, en coordinación con las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas propuestas por el resto del equipo asistencial multidisciplinar. Dada la escasez de recursos y las posibilidades de la red asistencial de salud mental, la enfermera escolar se presenta como el posible nexo entre el equipo asistencial, el equipo docente, el menor y su familia. La enfermera escolar a lo largo del proceso favorecería la identificación y derivación temprana a la enfermera de salud mental infantojuvenil y la monitorización del plan de cuidados diseñado por la enfermera especialista en el entorno natural del menor, favoreciendo su inclusión social.

Referencias bibliográficas

- Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Rodríguez-Gázquez MDLÁ. Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2015;44(2):115–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.002>
- Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Current Overview. *Dtsch Arzteblatt Online [Internet]*. 2017 Mar 3;114(9):149–58. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Martinago F, Lavagnino NJ, Folguera G, Caponi S. Risk factors and genetic bases: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Salud Colect*. 2019;15(1).
- Ripoll-Salceda JC, Bonilla L. Atención escolar al trastorno por déficit de atención/hiperactividad en las comunidades españolas. *Rev Neurol*. 2018;66(4):104–12.
- World Health Organization [Internet]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision. 2018. Geneva: WHO.
- Soutullo Esperón C. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and drug therapy. *Med Clin (Barc) [Internet]*. 2003;120(6):222–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12605813>
- López-Villalobos JA, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera MT, López-Sánchez MV, Rodríguez-Moliner L, et al. Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment. *An Pediatr [Internet]*. 2019;90(5):272–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>
- Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicol Educ [Internet]*. 2016;22(2):81–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- Rimal HS, Pokharel A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among school children and associated co-morbidities - a hospital based descriptive study. *Kathmandu Univ Med J*. 2016;14(55):226–30.
- Senra Iñiguez de Onzoño H., Diaz Sanz M., Barrio I., Gonzalez Montes N., Landabaso Vázquez M.A. tDAH + tus dificultades de ¿diagnóstico diferencial?. *Revista de Patología Dual* , 2016; 3(3), 14-26.
- Zuluaga-Valencia, J. B., & Fandiño-Tabares, D. C. Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Rev Fac Med*, 2017;65(1):61-66.
- Contreras de la Fuente, H., & Castillo Arcos, L. D. C. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cul Cuid*, 2016; 20(44): 15-24. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>
- Olabuena, Ruiz José Ignacio. Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. Ed: Bilbao. España. 1999. P- 327.
- Martínez Martínez G, Noreña AL, Martínez Sanz JM, Moncada RO. Revisión metodológica para escribir y publicar casos clínicos: Aplicaciones en el ámbito de la nutrición. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):1894–908.
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol*, 2014; 67(1): 46-51
- Vallejo RG. Actuación de la enfermera de atención primaria en la detección precoz del trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH). *Reduca [Internet]*. 2012;4(2):547–65. Available from: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1024/1032>
- Medina-Andrade, A., Villanueva-Mendoza, C., Arenas, S., & Cortés-González, V. Cataract in a patient with 47,XYY sex chromosome aneuploidy. *Archivos de La Sociedad Espanola de Oftalmologia*. 2018; 93(6): 303–306. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2017.11.007>
- NNNConsult. (Internet). Recuperado el 1 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>.
- Favela Ocaño MA, Lima Peralta MR, Solís Medina R, López JA, García Valdez MG, Montoya Barnez MC, et al. Guía de valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de salud de M. Gordon para usuario pediátrico. 2010;16. Available from: <http://www.enfermeria.uson.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-DEL-USUARIO-PEDIATRICO.pdf>
- Chico Rosa, P.S. TDAH en la escuela: El control de la infancia (dissertation). Universidad de La Laguna. Facultad de Educación, 2019.
- Juliá-Sanchis R, Aguilera-Serrano C, Megías-Lizancos F, Martínez-Riera JR. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020 [Evolution and status of the community model of mental health care. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit*. 2020;34 Suppl 1:81-86. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.014. Epub 2020 Aug 31. PMID: 32883518; PMCID: PMC7457906.
- Catalá-López FHB. El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología. *Ann Pharmacother*. 2018;35(9):2.
- Corral Rodríguez, O. La enfermera escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud (dissertation). Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería, 2016
- Vigier Castrillo, C. M. Rol de enfermería en la atención de la población infantil diagnosticada de TDAH (dissertation). Universidad Pública de Navarra. Facultad de Enfermería, 2018.

25. Posada Abadia, C.I. & Ramírez Cardesin, M. Sobre diagnóstico del TDAH: Propuesta Enfermera (dissertation). Universidad Autónoma de Madrid. Máster Universitario en Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables, 2016.
26. Gaiha, S. M., Taylor Salisbury, T., Koschorke, M., Raman, U., & Petticrew, M. (2020). Stigma associated with mental health problems among young people in India: a systematic review of magnitude, manifestations and recommendations. *BMC psychiatry*, 20(1), 538. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02937-x>
27. Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry research*. 243. 469–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
28. Rodríguez Miguel M, Juliá-Sanchis R, Pérez Esquerdo Á, Pérez Esquerdo V, Pastor-Bernabeu MV. Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería. Una aproximación cualitativa. *Rev Española Enfermería Salud Ment*. 2018;(6):5–11.
29. Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*. 2019;19:174.
30. Piedrahita S. LE, Henao Cardona A, Burgos PA. Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Glob*. 2011;10(23):140–6.
31. López-López, A., López-Lafuente, A., Eiris-Puñal, J., Mulas, F., Cardo, E., & Trabajo, G. De. Educación Primaria Sobre El Trastorno Por Déficit De Atención / Hiperactividad. *Rev Neurol*. 2018; 66(Supl 1):121–126.
32. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Minist Sanidad, Serv Soc e Igualdad Inst Aragon Ciencias la Salud. 2017;0(0):1–251.
33. National Association of School Nurses. Definition of School Nursing. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses. (Accesi 12 Mar 2014). Disponible en www.nasn.org/Default.aspx?tabid=57.
34. Yasin, H. M., Isla Pera, M., López Matheu, C., & Juvé Udina, E. El papel de los enfermeros escolares. *ROL. Revista Española de Enfermería*, 2017; 40(2):22-29.