mental health literacy

Proyecto para la promoción de la Salud Mental y el Bienestar Integral de la Comunidad Educativa en Costa Rica

MANUAL DE CONTENIDOS

COMPONENTE DE PERSONAS EDUCADORAS LÍDERES

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA

GOBIERNO DE COSTA RICA

-Créditos-

COLABORADORES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA (MEP)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS)

UNIVERSIDAD DE ALBERTA

SERVICIOS DE SALUD DE ALBERTA

COORDINACIÓN

Tatiana Cartín Quesada.
Jefa Departamento Salud y Ambiente, MEP

Roxana Gómez Zúñiga.
Antropóloga Asesora Nacional, MEP

Gustavo Mery Valdovinos.
Asesor de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS CRI

REVISIÓN Y EDICIÓN

Tatiana Cartín Quesada.
Jefa Departamento Salud y Ambiente, MEP

Roxana Gómez Zúñiga.
Antropóloga Asesora Nacional, MEP

REDACCIÓN

Alexandra Hall Fernández.
Psicóloga Asesora Nacional.

Evelyn Alfaro Álvarez.
Psicóloga Asesora Nacional.

Laura Rodríguez Gutiérrez.
Trabajadora Social. Asesora Nacional,

Laura Verónica Ramírez Jiménez.
Trabajadora Social. Asesora Nacional.

María Gabriela González Salgado.
Psicopedagoga. Asesora Nacional.

Roxana Gómez Zúñiga.
Antropóloga Asesora Nacional.

Samantha Foley.
Trabajadora Social. Cuerpo de Paz.

Tatiana Cartín Quesada.
Jefe Departamento Salud Ambiente.

Paula Fairén Gamboa.
Consultora Nacional para la OPS/OMS

Yendry Acuña Padilla.
Contrastista para la OPS/OMS

370.19
C327m

Cartín Quesada, Tatiana

Manual de contenidos, componentes de personas líderes: proyecto para la promoción de la Salud Mental y el Bienestar Integral de la Comunidad Educativa en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Educación Pública, Dirección de Vida Estudiantil, Departamento de Salud y Ambiente; Tatiana Cartín Quesada, Roxana María Gómez Zúñiga. – 1a. ed. -- San José, Costa Rica: Ministerio de Educación Pública, 2025.

Documento en formato digital. (128 p.; 21 cm.; peso 119 MB)
ISBN: 978-9977-60-564-7
1. SALUD MENTAL. 2. EDUCACIÓN 3. PSICOLOGÍA 4. SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN 5. LIDERAZGO 5. COSTA RICA. I. TÍTULO

Tabla de contenido

Introducción 1

Objetivos del proyecto **..... 2**

Alfabetizacion en salud Mental 3

Componentes de la Alfabetización en salud Mental **.....5**

Confusión semántica **.....8**

La pirámide de salud mental.....9

Introducción a los trastornos mentales 14

Claves de identificación **.....23**

Estigma desarrollo neural y funciones del cerebro 26

Crecimiento y desarrollo del cerebro **.....29**

Trastornos asociados al pensamiento, percepción y afiliados 31

Autolesiones persistentes **.....37**

Suicidio **.....38**

Estrés y ansiedad 53

Tipos de estrés **.....59**

Trastorno de ansiedad **.....64**

Trastorno de Estrés Postraumático**.....67**

Trastornos mentales asociados a las funciones somáticas y de comportamiento 74

Anorexia y bulimia **75**

Trastorno obsesivo compulsivo **.....78**

Trastorno de integración sensorial**.....80**

Trastorno por deficit de atención e Hiperactividad**.....88**

Juventud y uso de sustancias 96

Trastorno por uso de sustancias **.....97**

Tratamiento, referencia y trabajo con familias 107

Referencias desde un contexto educativo **.....111**

Anexos.....115

Introducción

El proyecto “Promoción de la Salud Mental y Bienestar en la Comunidad Educativa en Costa Rica” se construye desde la iniciativa Mental Health Literacy-Curriculum originada en Canadá y probada con éxito en diversos países. Tiene como objetivo principal implementar estrategias efectivas para abordar los desafíos de la salud mental en personas jóvenes y mejorar el bienestar en entornos educativos.

Este proyecto se construye sobre una sólida base respaldada por la evidencia y metodologías comprobadas, diseñadas para fortalecer la alfabetización en salud mental tanto en personas educadoras como en personas estudiantes.

Los objetivos fundamentales del proyecto en Costa Rica son diversos, pero empiezan por formar a personas dentro de los centros escolares para comprender mejor la salud mental y responder de manera adecuada a las necesidades de las personas estudiantes.

Objetivos del Proyecto en Costa Rica.

- Fortalecer la capacidad de las personas educadoras para abordar los desafíos de salud mental.
- Reducir el estigma y mejora el entendimiento de la salud mental entre estudiantes y personas educadoras.
- Promover la formación de atributos cognitivos en las personas estudiantes asociados al liderazgo en la promoción de la salud mental y el autocuidado
- Mejorar la eficiencia en la identificación temprana y promover la búsqueda de ayuda en trastornos de salud mental.
- Mejorar la eficiencia en el acceso a tratamiento de los trastornos mentales, por medio del fortalecimiento de las capacidades y efectividad de respuesta del sistema

Capacitación de personas educadoras líderes.

Este proyecto se basa en un modelo de formación de formadores, conocido como "train-of-trainers". Este enfoque implica capacitar a personas Facilitadoras Principales (Core Facilitators) que formen parte del sistema de salud y educación, con el objetivo de que ellos actúen como multiplicadores, capacitando a las Personas Educadoras Líderes (Go-To Educators) en los centros educativos de primaria y secundaria. Estas personas educadoras líderes son profesionales que mantienen relaciones estrechas con los estudiantes y a menudo son a quienes los estudiantes acuden en busca de orientación y apoyo. Pueden formar parte del equipo administrativo o docente.

El componente de capacitación para Personas Educadoras Líderes busca dotar a los participantes de herramientas esenciales para abordar la salud mental en el ámbito educativo. Con un enfoque en Alfabetización en Salud Mental, esta capacitación no solo promueve la comprensión de qué es la salud mental, sino también cómo fomentar la albafetización en salud mental desde el entorno escolar. Además, brinda las habilidades necesarias para identificar y entender trastornos mentales, reducir el estigma asociado, y facilitar la búsqueda de ayuda mediante la derivación a los servicios de salud.

Este manual, traducido y adaptado al contexto nacional con base en los fundamentos del proyecto canadiense Mental Health Literacy-Curriculum, ofrece un compendio detallado de los conceptos principales trabajados en la capacitación. Su objetivo es que los participantes puedan aplicar estos conocimientos en su práctica diaria para contribuir al bienestar psicosocial de sus estudiantes. A lo largo de sus páginas, el manual desarrolla los temas clave del proyecto, presentando en cada sesión los fundamentos de la alfabetización en salud mental. Además, ofrece apartados adicionales gestionados por el Departamento de salud y ambiente del Ministerio de Educación Pública, en torno a la contextualización del tema en el territorio costarricense.

Contenidos del Manual

Tema 1: Introducción al proyecto y fundamentos de la alfabetización en salud mental. Introducción a los trastornos mentales -Claves de identificación
Tema 2: Estigma, funciones del cerebro, trastornos del pensamiento y del estado de ánimo.
Tema 3: Señalización, estrés y ansiedad.
Tema 4:Trastornos del comportamiento.
Tema 5:Tratamientos y apoyo a los padres para reforzar la salud mental.

Este manual, desarrollado de manera colaborativa entre la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud y el Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública, con el apoyo técnico de la Universidad de Alberta y los Servicios de Salud de Alberta, es un recurso complementario para los procesos de capacitación realizados a nivel nacional en el marco del proyecto “Promoción de la Salud Mental y Bienestar de la Comunidad Educativa en Costa Rica”. Su propósito es servir como una herramienta útil y efectiva de consulta y respaldo para las acciones a desarrollar como parte de esta iniciativa a nivel nacional.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL.

Alfabetización en salud mental

La alfabetización en salud mental consiste en desarrollar, orientar y promover conocimientos y habilidades para que las personas destinatarias puedan reconocer indicadores de salud mental basados en evidencia. Además, proporciona herramientas para que el personal capacitado pueda reconocer las señales e indicadores de condiciones psicobiológicas, trastornos de conducta, o enfermedades mentales que pueden desarrollarse a lo largo del ciclo de vida de la persona estudiante según las condiciones del entorno y contexto sociocultural a fin de valorar y potenciar los apoyos y derivaciones posibles en conjunto con el sistema de salud y las redes interinstitucionales.

Esta iniciativa comienza por brindar un proceso continuo de aprendizaje y conocimiento sobre salud mental, parte del hecho de que cuanto más informadas estén las personas sobre su condición mental, mejor equipadas estarán para tomar decisiones bien fundamentadas y acceder a los recursos adecuados.

Una base sólida en alfabetización en salud mental es esencial, ya que todo el "edificio de la salud mental", desde la prevención hasta la intervención, se apoya en ella. Sin esta base sólida, cualquier esfuerzo adicional puede resultar menos efectivo o no lograr los resultados deseados.

Imagina a una persona que tiene dificultades para manejar la ansiedad en su vida diaria. Si esta persona tiene un nivel sólido de alfabetización en salud mental, puede reconocer sus síntomas, entender qué estrategias podrían ayudar a manejar su ansiedad, y estar informada sobre los recursos disponibles para buscar ayuda profesional si es necesario. Ésta base de conocimientos sólidos sobre salud mental le permite tomar decisiones informadas y proactivas para cuidar su bienestar emocional, lo cual implica, entre otras cosas, identificar los elementos básicos de autocuidado para gestionar salud mental en el marco individual y de centro educativo. Por el contrario, si carece de esta alfabetización, podría tener dificultades para reconocer sus síntomas, buscar ayuda inadecuada o incluso no buscar ayuda en absoluto debido a la falta de comprensión sobre su condición.

Componentes de la alfabetizacion en salud mental

La alfabetización en salud mental implica educar a las personas para que puedan identificar los signos y síntomas de los trastornos mentales, acceder a recursos y servicios, comprender las opciones de tratamiento y adquirir habilidades para promover y mantener su bienestar emocional. Estas acciones se enfocan en adquirir conocimientos prácticos y herramientas para enfrentar eficazmente los desafíos relacionados con la salud mental en la vida cotidiana, considerando el contexto, la condición individual y los factores culturales.

Otro tema importante de interés es reducir el estigma asociado al tema y obtener ayuda, así como gestionar los apoyos médicos y sociales necesarios y viables se requiera, promoviendo el autocuidado y reconocimiento de las propias condiciones.

Cada uno de los cuatro elementos mencionados son componentes cruciales para obtener un conocimiento robusto de la salud mental. Estos elementos no funcionan de manera independiente, sino que se entrelazan para brindar una visión más completa.

Por ejemplo, si carecemos de un entendimiento suficiente sobre los trastornos mentales, es posible confundir, digamos, la esquizofrenia con el trastorno de personalidad múltiple. Esta confusión puede derivar en la aplicación de tratamientos o cuidados que no se adaptan ni se dirigen específicamente a las necesidades particulares de cada condición. Esta situación no solo aumentaría el estigma que rodea a estas condiciones, sino que también podría resultar en la falta de conocimiento sobre cómo y dónde obtener ayuda pertinente y específica para cada caso.

Ahora, es importante recalcar que "Alfabetizar" y "Concientizar" son dos conceptos distintos. Concientizar representa el primer paso para comprender la existencia de los problemas de salud mental y sus implicaciones generales. Sin embargo, esta conciencia generalizada necesita evolucionar hacia la alfabetización específica . Es decir, cómo se manifiesta un problema especifico de salud mental en situaciones y contextos particulares.

Un enfoque, no un programa

La Alfabetización en Salud Mental no se limita a un programa con un comienzo y un final definidos. En lugar de eso, constituye un enfoque continuo que actúa como una perspectiva clave para comprender y evaluar otros programas e iniciativas relacionadas. Sirve como un marco estratégico que guía la comprensión y el abordaje de diversos aspectos de la salud mental.

Al igual que dos personas educadoras pueden enseñar ciencias de manera diferente, el enfoque de alfabetización en salud mental reconoce y valora que cada persona tiene su propia manera de transmitir los recursos de alfabetización en salud mental, influenciada por su contexto cultural.

IMPORTANTE..

Este enfoque facilita conversaciones acerca de recursos y saberes

El objetivo es fortalecer las relaciones entre las personas estudiantes y las personas educadoras, al igual que entre los centros educativos y las familias.

RECUERDE QUE...

En el entorno escolar, encontramos redes y relaciones ya establecidas, que ofrecen un terreno propicio para desarrollar la alfabetización en salud mental. Los centros educativos por función ya se dedican a promover la alfabetización: física, numérica y literaria, asi que pueden convertirse en un ambiente idóneo para introducir y fomentar la alfabetización en salud mental. Al igual que se promueven habilidades como la lectura o las matemáticas, la alfabetización en salud mental puede integrarse en el currículo escolar para sensibilizar, informar y educar sobre la importancia del bienestar emocional y mental.

¡No hay dos escuelas exactamente iguales, incluso a calles de distancia!

SE ESPERA QUE EL ENFOQUE Y EL PROCESO SE ADAPTEN A LA CULTURA PARTICULAR DE CADA ENTORNO.

Para garantizar la sostenibilidad de las acciones en salud mental en los centros educativos, es crucial valorar la importancia del apoyo específico y la asistencia a los estudiantes. Esto subraya el papel crucial de las **personas educadoras líderes**, que pueden formar parte de los equipos docentes y/o administrativos. Ya que al adquirir conocimientos en alfabetización en salud mental, contarán con mejores herramientas para apoyar a las personas estudiantes.

Cuando la comunidad educativa cuenta con un conocimiento sólido en salud mental, cuentan con la confianza necesaria para comprender y abordar las necesidades de las personas estudiantes de manera más efectiva. Esto no solo beneficia al garantizar una intervención temprana cuando es necesaria, sino que también crea un entorno en el que las personas educadoras se sienten capacitadas para ofrecer el tipo adecuado de apoyo, lo que contribuye a un entorno escolar más saludable y compasivo en su conjunto.

La alfabetización en salud mental no es un programa estático, sino que representa un enfoque en constante evolución dentro del sistema educativo. En este sentido, son las capacitadas dentro de los centros educativos quienes desempeñan un papel fundamental al proporcionar una variedad de recursos en sus entornos principales para promover esta evolución continua.

Este rol requiere la capacidad de tomar decisiones y acciones fundamentadas, así como de navegar por los diversos apoyos disponibles y mantener conversaciones significativas con los proveedores de atención. Es esencial recordar que las personas estudiantes regresan o asisten a clases mientras reciben atención médica. Esta consideración es por lo que se denomina 'Camino a través de la atención', en lugar de 'Camino a la atención'. La Alfabetización en Salud Mental implica mucho más que simplemente identificar a las personas estudiantes para una evaluación más profunda.

Durante el tiempo que la persona estudiante recibe la atención médica, se debe incentivar que dialogue de manera crítica con el personal médico de tal forma que manifieste sus necesidades y requerimientos así como valore si los apoyos farmaceúticos dan los resultados esperados según lo percibido por la persona estudiante. En el caso de no ser así solicitar cambios hasta encontrar la mejor opción farmacológica. En el gráfico al final de la página en el tercer elemento

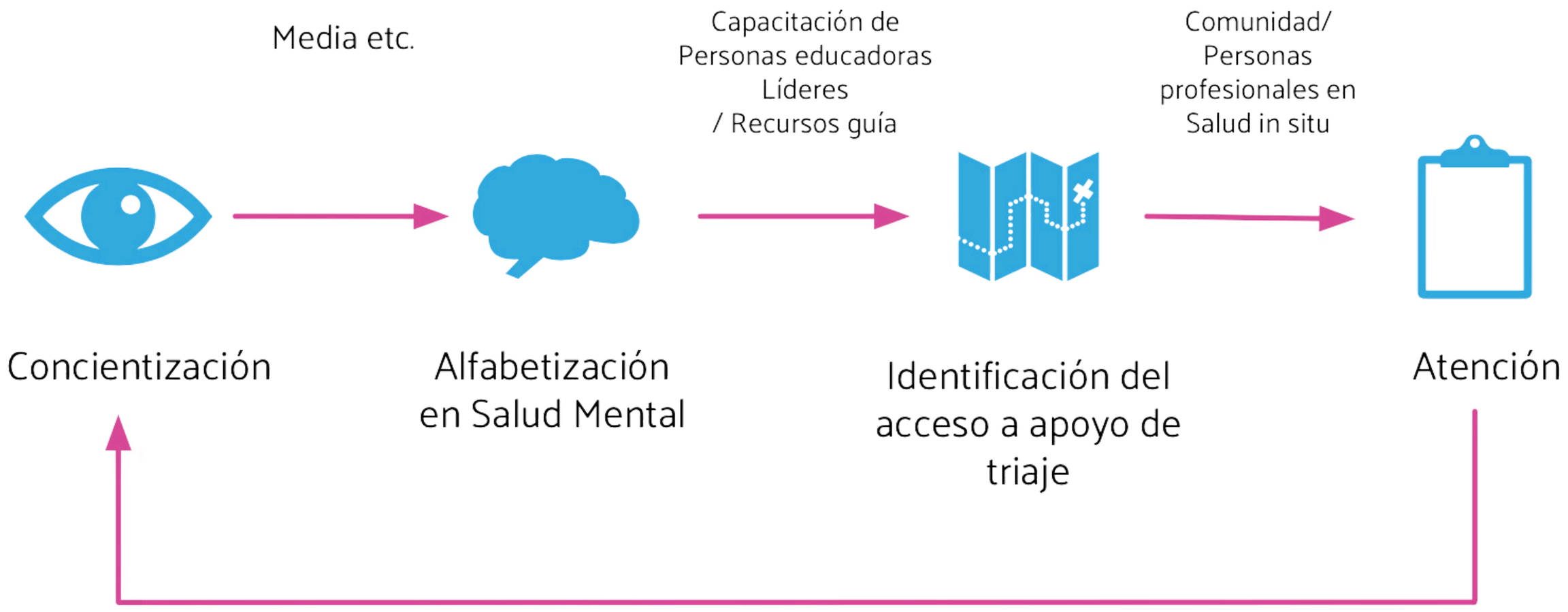


Imagen ilustrativa: 'Camino a través de la atención'

Confusión Semántica en Relación a la Salud Mental: Clarificando Conceptos

La confusión semántica en torno a la salud mental puede surgir debido a malentendidos o interpretaciones erróneas de los términos utilizados para describir diferentes aspectos de la salud mental. Este malentendido puede derivar en estigmas, prejuicios y falta de comprensión sobre temas relacionados con la salud mental, asi como en tratamientos NO basados en evidencia que se mercantilizan.

La existencia de una amplia industria que promociona tratamientos para la salud mental, algunos de los cuales carecen de respaldo basado en evidencia, puede generar confusión entre las personas que buscan ayuda. Es fundamental reconocer que la proliferación de información no verificada o tratamientos no respaldados por evidencia puede desorientar a quienes buscan la mejor atención para sus problemas de salud mental.

Por ello, para garantizar que las personas que necesitan tratamiento estén siguiendo las opciones más adecuadas, es crítico evaluar la fuente de información. Buscar recursos y asesoramiento provenientes de fuentes confiables y respaldadas por evidencia científica es esencial. Instituciones de salud reconocidas, profesionales de la salud mental con credenciales verificables, organizaciones médicas y páginas web gubernamentales o de instituciones académicas son algunos ejemplos de fuentes confiables que pueden proporcionar información precisa y respaldada por evidencia sobre tratamientos y estrategias para la salud mental.

La desinformación en salud mental puede tener consecuencias significativas, entre ellas, la tendencia a patologizar experiencias normales. Esto significa interpretar situaciones cotidianas o emociones comunes como algo negativo o como síntomas de trastornos mentales, lo cual puede llevar a un aumento innecesario de la preocupación y la ansiedad. La salud mental implica conocer su propia condición, buscar apoyos médicos, cuando sea necesario, dialogar con el sistema de salud y gestionar las emociones propias mediante el autocuidado.

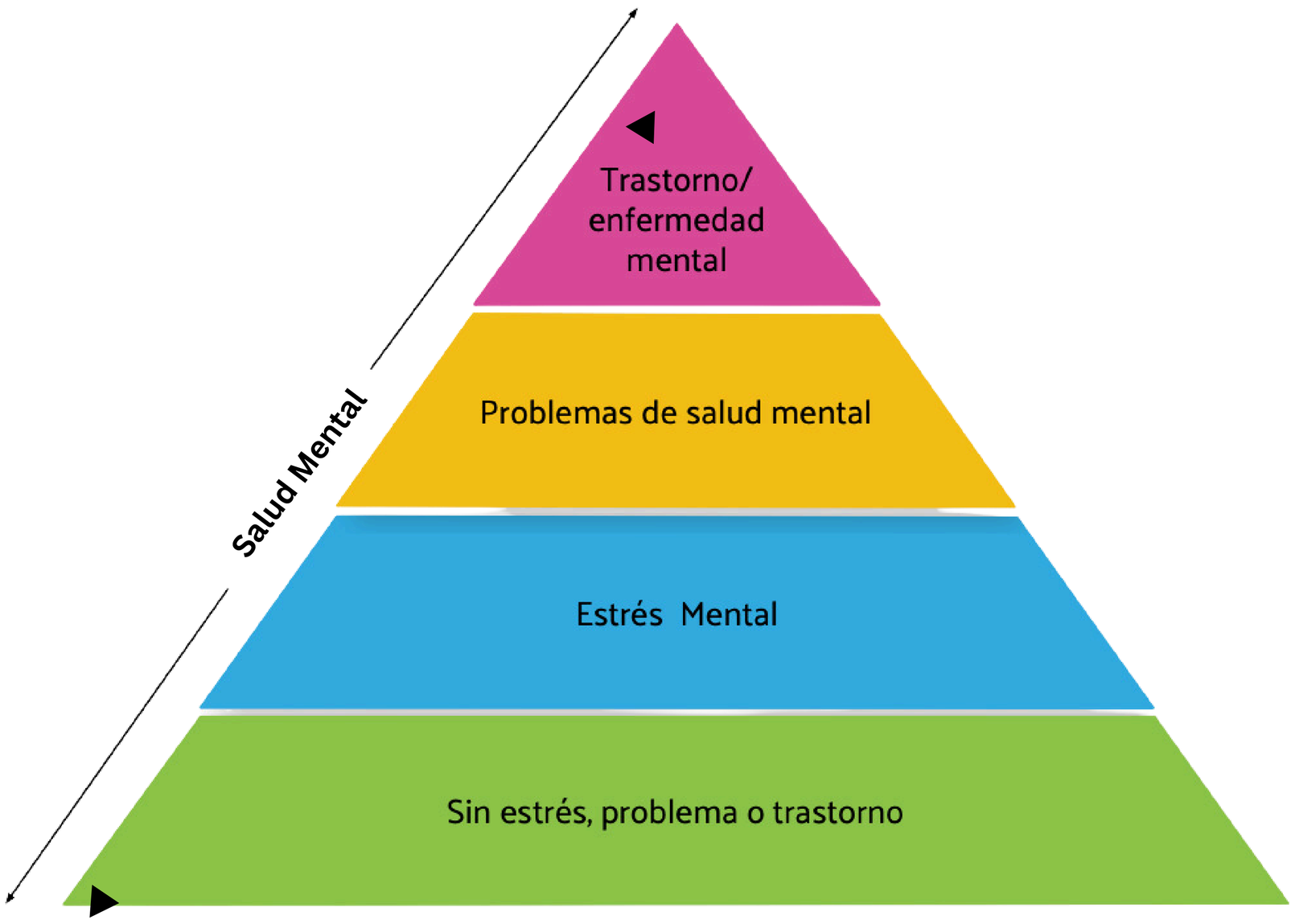
LA PIRAMIDE DE SALUD MENTAL

La Pirámide de Salud Mental

La pirámide que se presenta abajo, representa una analogía visual de cómo nuestra salud mental esta compuesta de diferentes estados mentales en los que las personas podemos encontrarnos.

La razón por la que la parte inferior de la pirámide es mas grande que la parte superior es para ilustrar que ahí se ubica el ideal de bienestar de todas las personas. **No hay estrés, problemas o trastornos particulares.** En contraste, la parte superior de la pirámide representa estados mentales menos comunes o más profundos referentes al padecimiento de un trastorno o enfermedad mental.

1



La pirámide representa la salud mental como un continuo dinámico, donde se transita entre estados y se puede estar en varios simultáneamente.
El objetivo es promover que las personas se ubiquen mayoritariamente en la base de la pirámide desde el bienestar.

Es importante comprender que la mayoría de las personas experimentarán estrés mental en algún momento de sus vidas, y esto no necesariamente indica un problema grave de salud mental.

2

El **estrés** es una respuesta natural y común ante situaciones desafiantes, cambios significativos o presiones en la vida diaria. Experimentar estrés de manera ocasional es una reacción natural, que favorece la adaptación al entorno y resulta clave para el crecimiento personal y el desarrollo de estrategias para enfrentar desafíos. Reconocer que el estrés mental forma parte de la experiencia humana y aprender a gestionarlo de forma saludable, mediante estrategias de afrontamiento adecuadas, es fundamental para mantener el equilibrio emocional y promover el bienestar general.

Por ejemplo: "Durante una presentación, perdí la conexión a internet. Esto generó estrés temporal, una respuesta natural del cuerpo ante la situación. Es importante señalar que el estrés en este contexto no es necesariamente una condición patológica, sino una señal que indica la necesidad de adaptarse al entorno

El estrés es una respuesta del cerebro que nos impulsa a resolver problemas. Al abordar la situación, usualmente el estrés disminuye y obtenemos un aprendizaje valioso que puede aplicarse en futuras circunstancias. Esta respuesta emocional es fundamental para nuestro crecimiento y desarrollo personal. Este tipo de eventos puede demandar nuestras habilidades de adaptación y es importante hacer uso de las redes sociales disponibles para sobrellevar la carga de presión o estrés.

3

El siguiente término en la pirámide se refiere a **problema de salud mental**. Este puede surgir como respuesta a factores estresantes del entorno, pero con una magnitud considerablemente mayor, como la pérdida de un ser querido, la cesantía, procesos migratorios o incluso en el contexto de una pandemia global.

Al enfrentarnos a un factor de estrés significativo, es posible que nuestra capacidad de afrontamiento se vea temporalmente sobrepasada. Este tipo de eventos puede demandar nuestras habilidades de resiliencia y el apoyo de nuestras redes para manejarlos de manera efectiva.

Es importante enfatizar que esto no implica una condición de enfermedad; al contrario, se trata de una respuesta natural ante una situación de estrés significativa vinculada al contexto. Este tipo de experiencia puede afectar diversos aspectos de nuestra vida cotidiana, como alterar el patrón de sueño, generar dificultades en la concentración y provocar cambios en nuestras relaciones sociales.

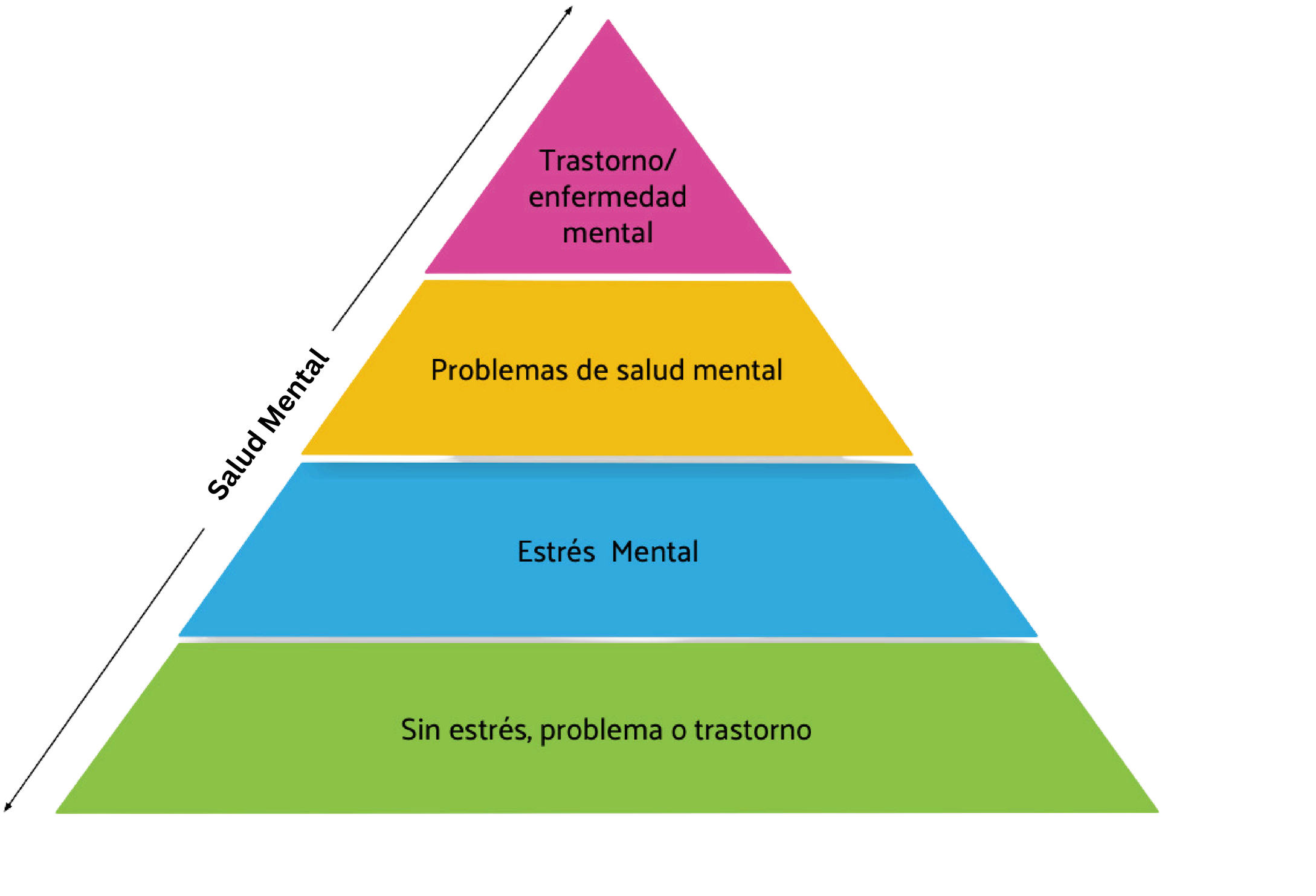
Imagina a una persona que ha vivido toda su vida en su país de origen y que, debido a diversas circunstancias, debe mudarse a otro país donde no conoce a nadie y no domina el idioma local. Enfrentarse a la necesidad de adaptarse a un entorno completamente nuevo, sin contar con un sistema de apoyo familiar o social sólido en el lugar de destino, puede generar un alto nivel de estrés. Esta adaptación a un estilo de vida diferente, lejos de sus redes habituales de apoyo, puede tener un impacto emocional y psicológico significativo, llegando incluso a manifestarse como un problema de salud mental ante las dificultades para afrontar esta transición.

4

En la cúspide de la pirámide se encuentra la **enfermedad o trastorno mental**, originada por la disrupción o alteración en el funcionamiento del cerebro, alterando la funcionalidad y habilidades en la vida de la persona que la padece. Esta condición puede presentarse independientemente de los factores ambientales inmediatos y, en muchos casos, es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos —como predisposición genética y procesos epigenéticos—, determinantes sociales y condiciones del entorno. No tienen una única causa, sino que surgen de la combinación de múltiples factores de riesgo a lo largo del curso de vida. A nivel global, entre el 15 y el 20 % de la población experimenta algún tipo de enfermedad mental.

En este sentido, promover el autoconocimiento implica desarrollar la capacidad de identificar cómo las propias condiciones biológicas, psicológicas y bioquímicas influyen en los procesos mentales y en la forma en que las personas se relacionan con su entorno. Sin embargo, este esfuerzo individual debe ir acompañado de la construcción de entornos accesibles, inclusivos y sensibles a la diversidad de experiencias humanas. Fortalecer los sistemas de apoyo psicosocial, educativo y comunitario permite no solo el reconocimiento temprano de necesidades en salud mental, sino también el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para afrontarlas de manera efectiva. Solo mediante esta doble vía es posible avanzar hacia un verdadero bienestar integral.

En particular, las personas jóvenes afectadas por trastornos o enfermedades mentales requieren un acceso rápido a profesionales capacitados para obtener un diagnóstico preciso y acceder a tratamientos efectivos, en caso de requerirlos. Es fundamental proporcionarles el apoyo necesario para abordar estas condiciones y así promover su bienestar emocional y mental en su desarrollo.



La pirámide de los estados mentales muestra el continuo proceso al que se enfrenta la persona en su diario vivir para encontrar el bienestar. El modelo de los estados emocionales no es un continuo y no tiene que ser usado en orden. Todas las personas experimentamos estrés pero no todas terminamos desarrollando un trastorno mental.

La salud mental abarca todos los estados emocionales. No se limita a la felicidad constante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024)*, la salud mental se define como "un estado de bienestar en el que un individuo es consciente de sus propias capacidades, puede manejar el estrés cotidiano, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad".

Es crucial señalar que alguien con un trastorno mental bien tratado podría tener una mejor salud mental que alguien sin trastorno. Esto subraya la importancia de entender que la salud mental es un espectro que abarca diversas condiciones y estados emocionales, no se limita a la ausencia de un trastorno mental.

¨*Recuperado de: www.paho.org

INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

CLAVES DE IDENTIFICACIÓN

La importancia de distinguir fuentes de información con evidencia para nominar las situaciones de salud mental que enfrentamos

La precisión en la identificación de los trastornos mentales resulta fundamental para brindar la atención adecuada a quienes lo necesitan. Para ello, es importante reconocer y comprender que los problemas de salud mental van más allá de simplemente asociar el malestar emocional con un diagnóstico, como a menudo lo hacen fuentes de información poco confiables.

En la era de la información digital, es común encontrar una proliferación de canales en línea, medios de noticias y productos que abordan temas relacionados con el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Es crucial reconocer que la mera presentación de estos temas no garantiza su veracidad o validez científica.

La falta de verificación de la información difundida en línea puede llevar a interpretaciones incorrectas, falsas expectativas y la adopción de prácticas o tratamientos que no están respaldados por evidencia científica. Un ejemplo claro de esto es cuando las personas empiezan a asociar cualquier malestar emocional con un trastorno mental porque lo escucharon o lo leyeron, sin contar con el diagnóstico de la persona del sistema médico.

LAS PERSONAS NECESITAMOS UNA EDUCACIÓN SÓLIDA RELACIONADA A NUESTRA SALUD MENTAL. Y ESO SIGNIFICA APRENDER A DISTINGUIR ENTRE INFORMACIÓN CONFIABLE Y LA QUE NO LO ES.

Rol de las personas funcionarias MEP ante el tema de salud mental

El personal escolar desempeña un rol crucial en la escucha activa y el seguimiento cercano de las personas estudiantes, con el fin de identificar los apoyos necesarios y los requerimientos pertinentes para su bienestar. Además, cumple una función clave en la promoción de habilidades que permitan al estudiantado reconocer y comprender sus propias necesidades, así como expresarlas de manera clara y oportuna. Las personas funcionarias deben estar atentos-as a cambios significativos en el comportamiento o desempeño académico que puedan indicar desafíos en el bienestar emocional y psicológico. Además, ofrecen orientación e información precisa sobre los recursos disponibles, desmitificando conceptos erróneos y fomentando un diálogo abierto y comprensivo en el Centro Educativo En resumen:

Facilitar y promover La alfabetización en salud mental de la persona estudiante.	→ Brindando información precisa sobre el bienestar emocional y psicológico, y fomentando conversaciones abiertas sobre la salud mental en el aula.
Reconocer Potenciales problemas.	→ Las personas funcionarias pueden ser observadoras clave para identificar signos tempranos de posibles problemas de salud mental, es por eso que capacitarnos para reconocer estos signos y tomar medidas adecuadas es crucial.
Referencia. Vinculación adecuada dentro de l centro educativo	→ Las personas funcionarias deben reconocer y mandar referencias especializadas al sistema de salud y a las instancias complementarias, según se identifique la necesidad.
Apoyo. En el aula y con otras personas profesionales.	→ Las personas funcionarias del sistema educativo son el recurso inicial para referir a las personas estudiantes a profesionales de la salud mental o servicios de apoyo dentro y fuera de la escuela, estableciendo así una red de ayuda efectiva.

BRINDE APOYO, PERO NO CONSEJERÍA O TERAPIA.

Enfoque Asertivo del Centro Educativo: Observación y Comunicación en la Identificación de Problemas de Salud Mental

Para cumplir de forma adecuada con su rol, es crucial que el personal escolar adopte un enfoque de observación y comunicación asertiva al identificar posibles problemas de salud mental entre los y las estudiantes, así como acompañar a que las personas estudiantes reconozcan sus síntomas y posibles condiciones o estados mentales. En lugar de realizar diagnósticos, la observación cuidadosa y la comunicación abierta son herramientas poderosas. En lugar de etiquetar o diagnosticar a una persona estudiante, se puede describir de manera objetiva lo que observa, evitando los juicios de valor y/o el lenguaje diagnóstico.

Por ejemplo:

“Hemos notado cambios en el desempeño académico de Juan, ausencias frecuentes y alteraciones en el comportamiento del estudiante.

NO DIAGNOSTIQUE!

MÁS BIEN, DESCRIBA LO QUE VE

Recuerde que la persona educadora líder:

- Brinda un nivel mayor de conocimiento en salud mental contextualizado a la comunidad escolar.
- Puede ser un enlace designado en la comunidad para las personas profesionales en salud/salud mental.
- Es la persona a quien los(as) estudiantes buscan para hacerle preguntas o comentarle sus preocupaciones.
- Vincula adecuadamente a las personas estudiantes con los recursos internos y externos de la escuela.
- Brinda un apoyo constante como parte del “equipo interno de la escuela” en la mediación de la información para evitar la estigmatización y para crear apoyos pertinentes desde un encuadre inclusivo.

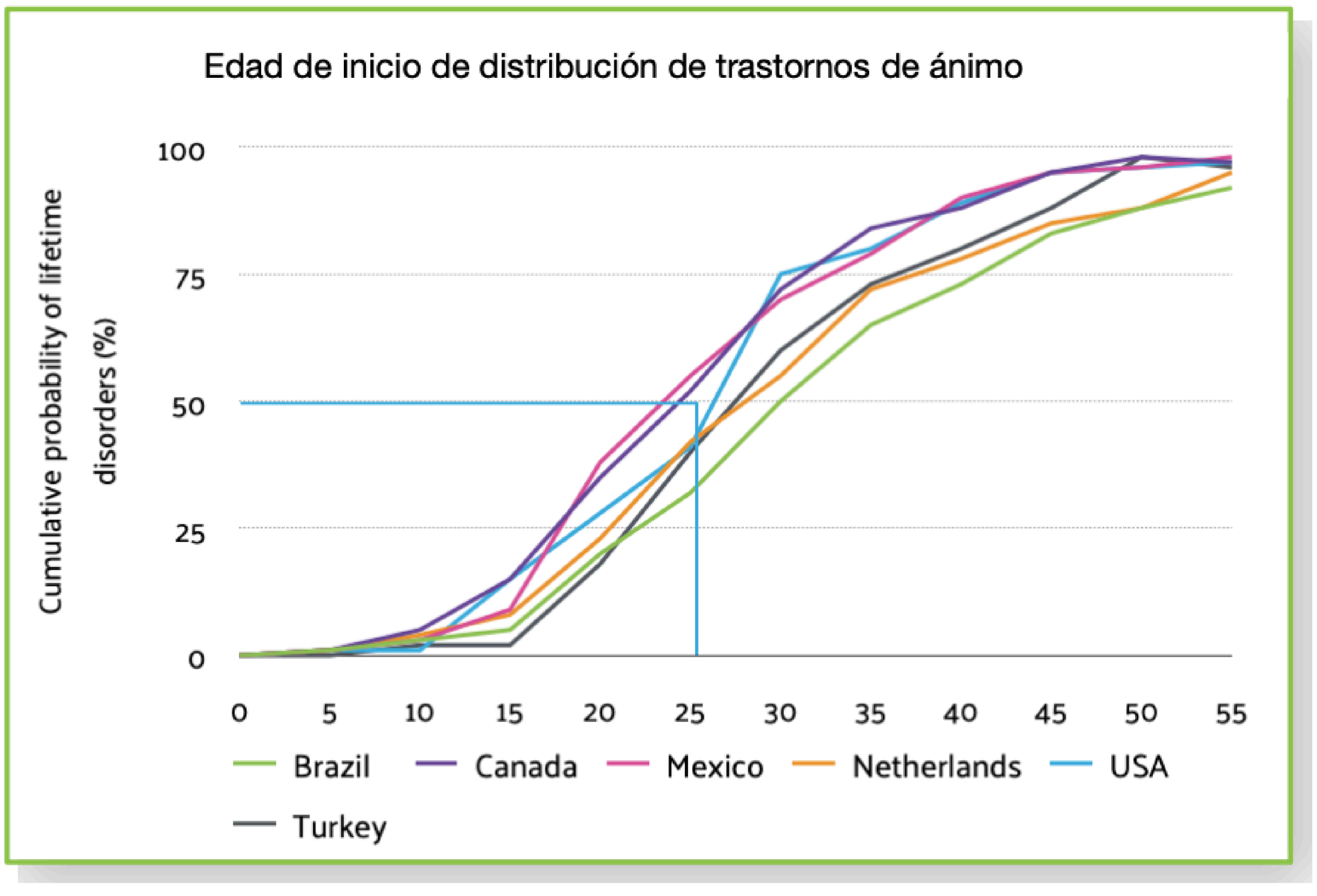
Explorando la Edad de Inicio:
Análisis de los Trastornos Mentales

Como parte clave para la comprensión e identificación de los trastornos mentales, comenzaremos explorando los más significativos, centrándonos inicialmente en el análisis del momento en que estos comúnmente comienzan a manifestarse.

El objetivo de esta acción educativa no es diagnosticar, sino más bien facilitar el reconocimiento de síntomas que permitan activar oportunamente los canales adecuados de apoyo. Asimismo, se busca acompañar a la persona estudiante en su proceso de autoreconocimiento, brindándole información y acceso a diversos recursos de apoyo, ya sean médicos, psicosociales o relacionados con el estilo de vida, que contribuyan a su bienestar integral.

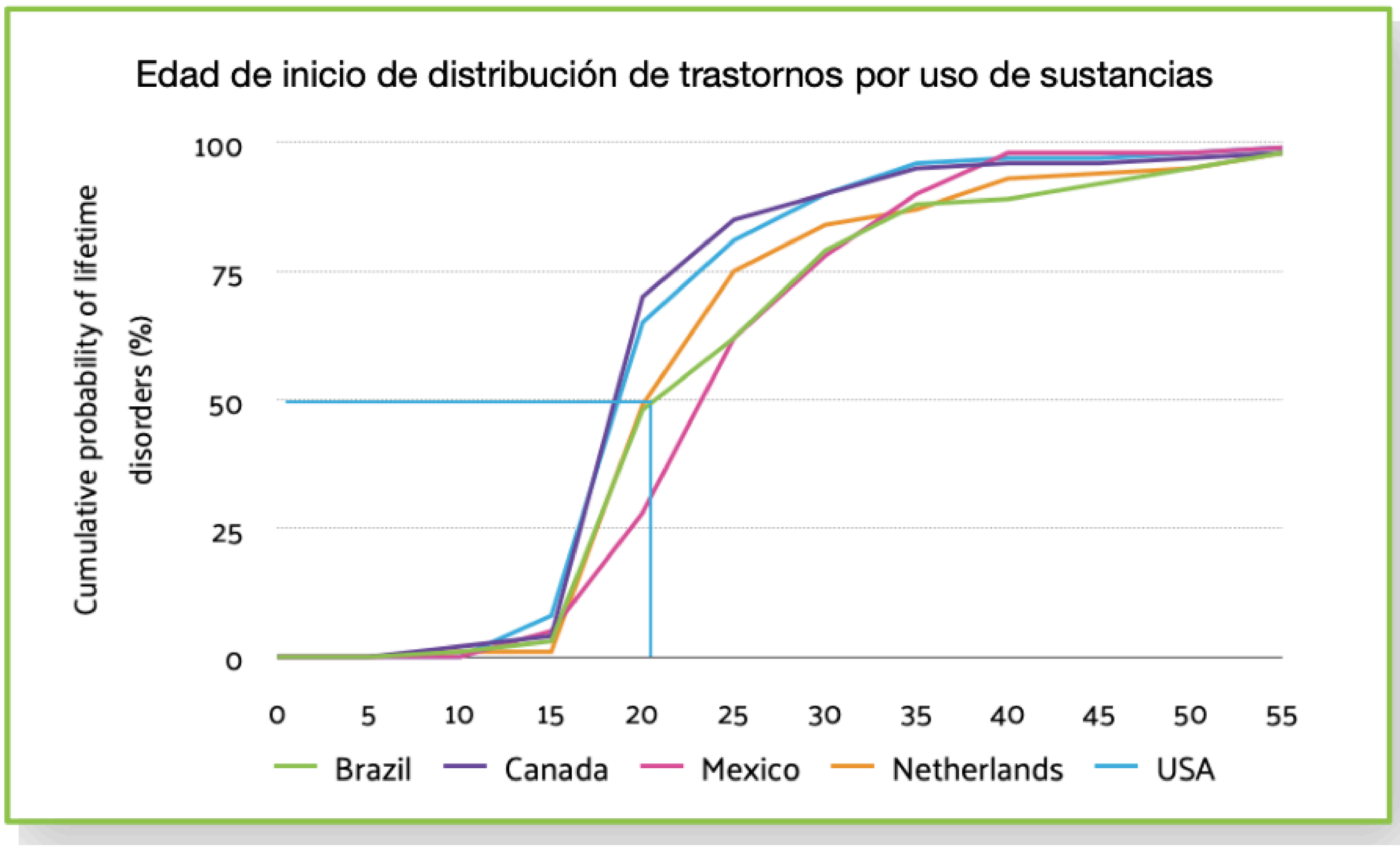
Ver la información que se ha obtenido en diversos países, nos permite comprender mejor la naturaleza de estos trastornos, demostrando que su aparición no está limitada a una cultura específica, sino que puede observarse de manera recurrente en diferentes contextos socioculturales.

Gráfico 1. Edad de inicio de trastornos de ánimo.



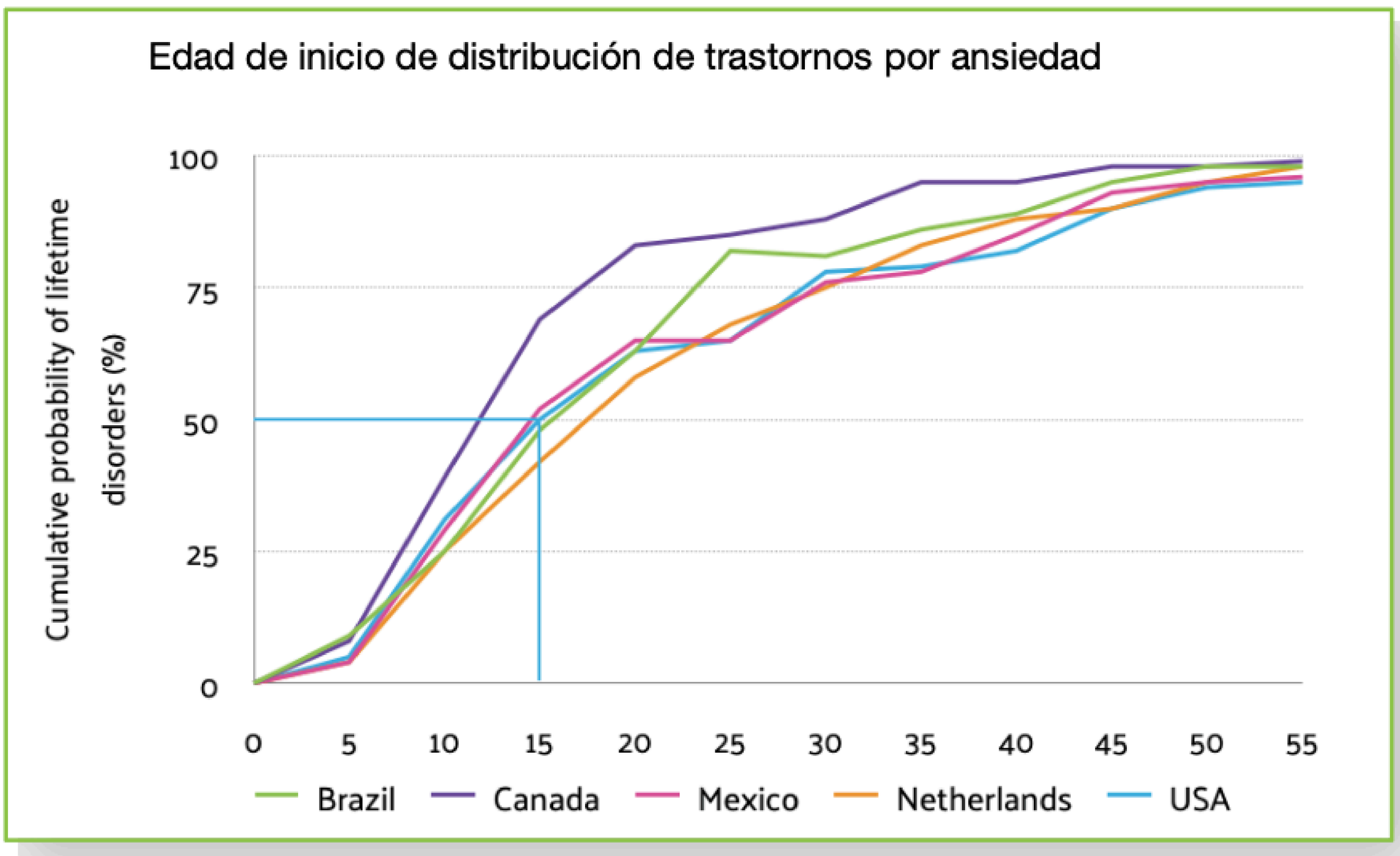
Acá podemos ver que la tendencia de edad de aparición de los trastornos de ánimo se mantiene relativamente plana hasta los 10 años. A partir de ahí, observamos un aumento en la prevalencia hasta los 25 años, edad en la que ya hemos identificado a la mitad de la población que experimentará un trastorno mental a lo largo de su vida. Es importante destacar que la curva sigue ascendiendo después de los 55 años, lo que demuestra que los trastornos mentales pueden aparecer en diversas etapas del ciclo de vida.

Gráfico 2. Edad de inicio de trastornos por sustancias.



El patrón de edad de aparición de trastornos por uso de sustancias difiere, con una edad de aparición más tardía que suele ser cercana a los 15 años, reflejando patrones globales.

Gráfico 3. Edad de inicio de trastornos por ansiedad.



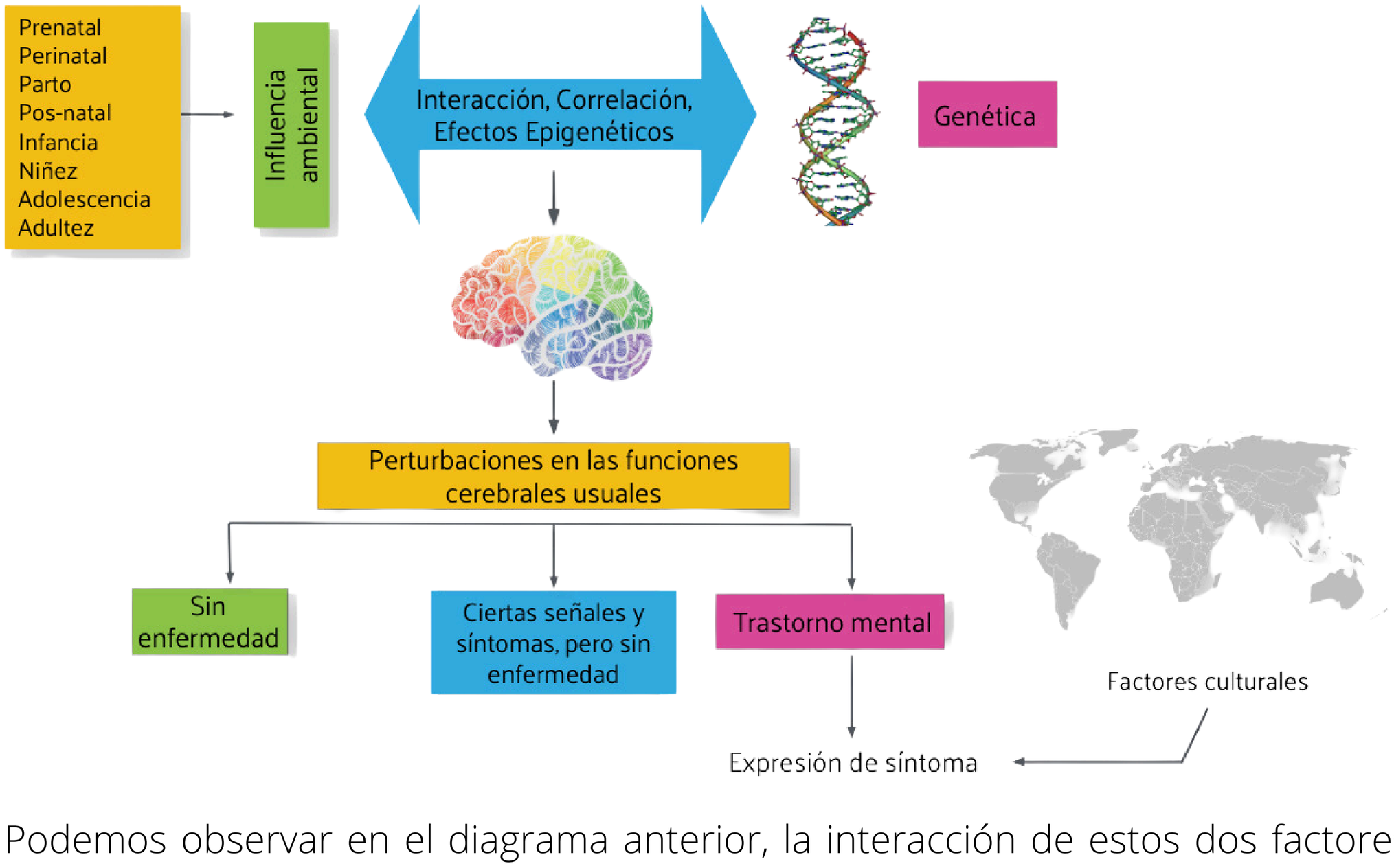
Los trastornos de ansiedad suelen manifestarse alrededor de los 5 años, siendo la ansiedad por separación una forma común de identificar esta condición al comenzar la escuela. A los 15 años, hemos identificado a la mitad de la población que padecerá un trastorno de este tipo.

Observe que se identificó que la ansiedad aparece alrededor de los 5 años de edad, la depresión alrededor de los 12 y el abuso de sustancias alrededor de los 13; la curva "S" o "salto" inicia en edades diferentes, pero típicamente **durante la niñez y adolescencia**. Esto demuestra que es crucial identificar estos trastornos lo antes posible, ya que se asocian mejores resultados en la atención temprana. Esta es la razón por la cual **el currículo de Alfabetización en Salud Mental está dirigido a estudiantes en nivel escolar,** a inicios del periodo de aparición.

¿Por qué unas personas desarrollan un problema de salud mental y otras no?

La razón detrás de por qué algunas personas desarrollan problemas de salud mental y otras no, sigue siendo un campo de estudio en constante evolución. Aunque no tenemos una comprensión completa, se cree que esta diferencia radica en la interacción compleja entre **factores ambientales y epigenéticos**. Esta interacción puede desempeñar un papel fundamental en la predisposición a los trastornos mentales.

Figura 1. Factores ambientales y genéticos.



Podemos observar en el diagrama anterior, la interacción de estos dos factores. Existen periodos sensibles durante nuestro desarrollo, como el prenatal, la niñez temprana y la adolescencia, en donde diferentes influencias ambientales pueden tener un impacto mayor. Estos períodos son críticos, ya que los factores ambientales y genéticos interactúan de manera más significativa, lo que puede influir en la vulnerabilidad a los problemas de salud mental. Estos momentos clave pueden determinar en gran medida la manifestación y la gravedad de los trastornos mentales en el transcurso de la vida de una persona.

Los investigadores actualmente exploran la **epigenética**, un campo que significa "sobre/alrededor de los genes", para comprender mejor las causas de los trastornos mentales. La epigenética indica que **el entorno puede influir en la forma en que se expresan los genes.** Por ejemplo, factores como una dieta saludable o un buen patrón de sueño pueden afectar la activación o desactivación de los genes, lo que impacta la producción de proteínas. Estos cambios a su vez influyen en distintos aspectos de las emociones, cogniciones y conductas humanas.

En algunos casos, estos impactos pueden dejar marcas específicas en los genes que se transmiten a las siguientes generaciones. Estas marcas pueden generar efectos positivos o negativos y pueden evidenciarse en estudios con ratones y ratas, mostrando la posibilidad de transmitir estos efectos a las generaciones futuras. Sin embargo, es fundamental señalar que no todos los impactos ambientales se transmiten a futuras generaciones, y aún se requiere de una mayor comprensión para explicar completamente este proceso.

EL ABUSO DE ALCOHOL MATERNAL EN EL ÚTERO PUEDE RESULTAR EN EL TEAF (TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL) PORQUE EL CONSUMO OCURRIÓ EN UN PERIODO CRITICO DEL DESARROLLO.

Por lo tanto, es importante reconocer que estos impactos podrían ocurrir, pero no se debe asumir automáticamente que un evento histórico pasado es la causa de una situación actual. Por ejemplo, la depresión en una persona estudiante no necesariamente es el resultado de un evento histórico. **Algunas personas pueden manifestar señales o síntomas sin experimentar un trastorno mental completo.** Por ejemplo, pueden experimentar tristeza sin cumplir con los criterios para una depresión clínica, mientras que otros pueden desarrollar completamente la enfermedad.

Cualquier expresión sintomática ocurre en un **contexto cultural que influye en la forma en que estos síntomas se manifiestan o en su impacto final.** Por ejemplo, un joven identificado con TDAH en un entorno escolar tradicional puede tener un impacto diferente comparado con el mismo joven con los mismos síntomas en un entorno culturalmente distinto. Otro ejemplo es el Trastorno de Ansiedad Social, donde las preocupaciones pueden variar entre individuos de diferentes culturas, influenciadas por la interpretación de valores y normas culturales específicas.

SI UNA PERSONA POR EJEMPLO, TIENE UN ACCIDENTE Y ESTO AFECTA POR EL GOLPE ALGUNA PARTE DE SU CEREBRO, O INCLUSO DEJA SECUELAS EN LA PARTE FUNCIONAL, PUEDE DESENCADENAR SITUACIONES DE INADAPTACIÓN QUE GENEREN FRUSTRACIÓN POR LA INTERRUPCIÓN EN EL ESTILO DE VIDA

¿Qué hace que sea desafiante poder identificar a una persona estudiante que podría estar teniendo dificultades?

Identificar a algunas personas estudiantes que enfrentan dificultades dentro de una comunidad escolar sobre todo cuando estas personas no están generando problemas evidentes para otros, constituye un reto significativo en la labor educativa.

La identificación puede ser difícil en el entorno escolar porque:

La “presentación” del trastorno mental puede ser diferente en tiempos diferentes. Esto implica que los síntomas, la gravedad o incluso la aparición misma de la enfermedad pueden ser diferentes en momentos distintos de la vida de una persona o en diferentes etapas de la enfermedad.

Si una persona estudiante está usando drogas o alcohol, los efectos de esas sustancias pueden ser confusos. El consumo puede alterar el estado emocional, el comportamiento y la cognición de manera temporal o prolongada, lo que puede enmascarar o imitar síntomas de trastornos mentales.

La persona educadora no conoce a la persona estudiante. La falta de familiaridad y de interacciones significativas entre el estudiante y el educador dificulta la detección temprana de señales de alerta. Esto principalmente en contextos educativos donde las clases son grandes

A pesar de la dificultad, es importante recordar que no es imposible. De hecho, creemos firmemente que mejorar nuestra propia alfabetización en salud mental representa un gran paso inicial en este proceso.

Inicie con un buen entendimiento de los trastornos mentales y el rango de estados de malestar.

Quizás necesite realizar una observación y seguimiento atento.

¿Cómo puedo darme cuenta si se requiere una mayor valoración?

Colabore con otros(as) - personas educadoras, familias, personal de apoyo, etc..

Considere todas las fuentes de información disponible

Diferencie entre: crisis; urgente; no-urgente

Claves de identificación

Estos puntos son algunos de los aspectos que una persona profesional de la salud mental puede evaluar. Al describir estas inquietudes, intente responderlas (y los puntos en la siguiente diapositiva) basándose en sus observaciones y en la información relevante que usted conoce

Historia: problemas significativos de la salud mental o trastornos mentales previos (incluyendo el historial familiar, si es conocido)

Cambios significativos en humor, cognición o conducta. Ya existe un diagnóstico conocido? (p.ej. TDAH u otra condición médica funcional)

Una reducción notable en el funcionamiento: social, académico, otro? ¿Existe un amigo(a) con un trastorno mental o con problemas mayores de salud mental?

¿Los problemas están causando aflicción o estrés en ellos u otros? Existe comportamiento de una manera que va en contra de las normas sociales?

¿Existen cambios mayores sustanciales e inexplicables en la participación de grupos de pares – especialmente en el “desligamiento” del grupo?

¿Sus familiares u otras personas están expresando su preocupación?
¿Existe una reciente herida a la cabeza (lesión cerebral o contusión)?
¿Existen manifestaciones de cansancio, enojo, decaimiento, o desinterés generalizada?

Conocer las Funciones cerebrales

El funcionamiento del cerebro desempeña un papel fundamental en nuestra salud mental. Conocer las funciones y procesos cerebrales resulta crucial para comprender cómo se manifiestan los trastornos mentales y cómo abordarlos de manera efectiva. Las complejas interacciones neuronales, los circuitos cerebrales y los neurotransmisores influyen en nuestras emociones, pensamientos y comportamientos. Al comprender mejor cómo opera el cerebro en relación con la salud mental, podemos desarrollar estrategias más eficaces para la prevención, diagnóstico y tratamiento de diversos trastornos mentales, mejorando así la calidad de vida de las personas que los padecen

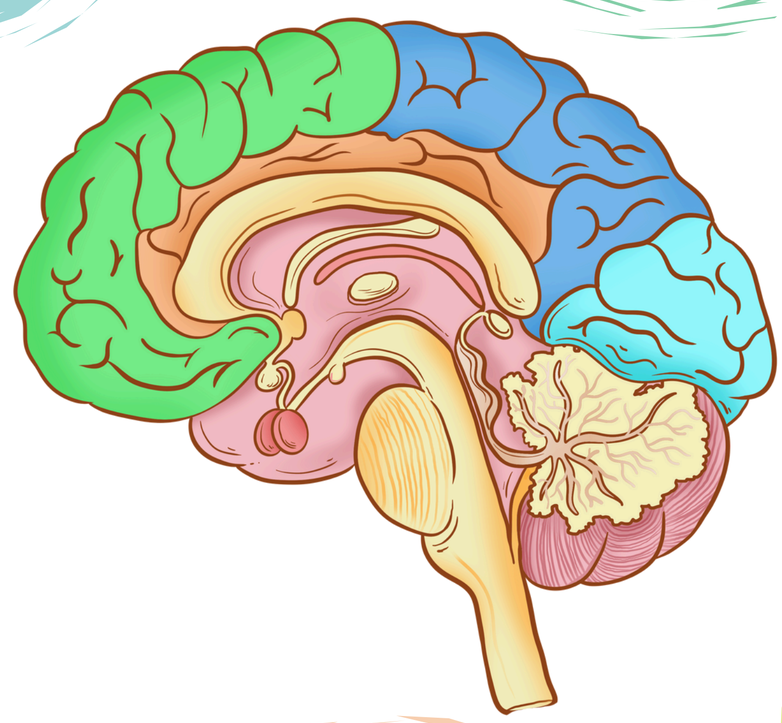
Las funciones cerebrales pueden ser descritas dentro de seis dominios primarios:

Pensamiento o cognición- resolución de problemas, memoria, computación

Percepción o detección- escuchar, ver, probar, oler.

Pensamiento o cognición- resolución de problemas, memoria, computación

Emoción o sentimiento - regulación de ánimo



Físico o somático- regulación del ritmo cardiaco, respiración, función corporal, etc.

Señalización- alertarse a sí mismo al peligro

Conducta- interacción con el entorno

Los trastornos mentales están asociados con disrupciones en estos dominios primarios de la función del cerebro o alteraciones que pueden ser de orden bioquímico, degenerativo, genético, desgaste, entre otras.

¿Qué es un trastorno mental?

Cuando se trata de determinar si una persona está experimentando un trastorno mental, es esencial evaluar una combinación de elementos. Los síntomas en sí mismos pueden ser una señal, pero no son suficientes para diagnosticar un trastorno mental. Además de la presencia de síntomas, es fundamental evaluar el impacto que estos tienen en la vida cotidiana del individuo. Esto implica observar cómo esos síntomas afectan su funcionamiento en diversas áreas, como el ámbito académico, las relaciones interpersonales, el rendimiento laboral o las actividades diarias.

Los **síntomas** de un trastorno mental son las experiencias subjetivas o características internas que una persona experimenta y comunica sobre su estado mental, emocional o cognitivo. Las **señales** son indicadores observables o externos que pueden ser percibidos por otras personas.

ESTIGMA, DESARROLLO NEURONAL Y FUNCIONES DEL CEREBRO

Estigma en salud mental

El **estigma** continúa siendo uno de los desafíos más significativos en el ámbito de la salud mental. La falta de comprensión y conocimiento sobre los trastornos mentales a menudo contribuye a la estigmatización de quienes los padecen. Sin embargo, es posible reducir este estigma cuando las personas adquieren un mayor conocimiento y comprensión sobre las condiciones de salud mental. La educación y la difusión de información precisa juegan un papel fundamental en la disminución de prejuicios y estereotipos en torno a los problemas de salud mental.

El estigma en torno a los trastornos mentales frecuentemente surge de **antiguos mitos y conceptos erróneos arraigados en la sociedad.** Algunas creencias, como la noción de que los problemas de salud mental son el resultado de una crianza deficiente, una posesión demoníaca o un castigo divino, persisten en algunas comunidades.

Lamentablemente, estos malentendidos continúan previniendo que las personas que las
personas busquen la ayuda necesaria. Es común que aquellos que sufren de trastornos mentales enfrenten un **estigma social que a menudo resulta más perjudicial que el propio trastorno.** Muchos de ellos reportan que la discriminación y el rechazo que enfrentan son experiencias más difíciles de sobrellevar que la condición misma. Además, existen numerosos mitos sobre los trastornos mentales y sus tratamientos, como la falsa creencia de que una persona con una enfermedad mental no puede recuperarse o mejorar. Estos mitos pueden obstaculizar el acceso a la atención adecuada y desalentar la búsqueda de ayuda profesional. Es esencial desafiar y desmentir estos mitos para promover un ambiente de comprensión y apoyo hacia quienes padecen trastornos mentales.

DESAFIAR Y DESMENTIR LOS MITOS QUE RODEAN A LOS TRASTORNOS MENTALES ES FUNDAMENTAL PARA FOMENTAR LA COMPRENSIÓN, LA ACEPTACIÓN Y EL ACCESO EQUITATIVO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN NUESTRA SOCIEDAD.

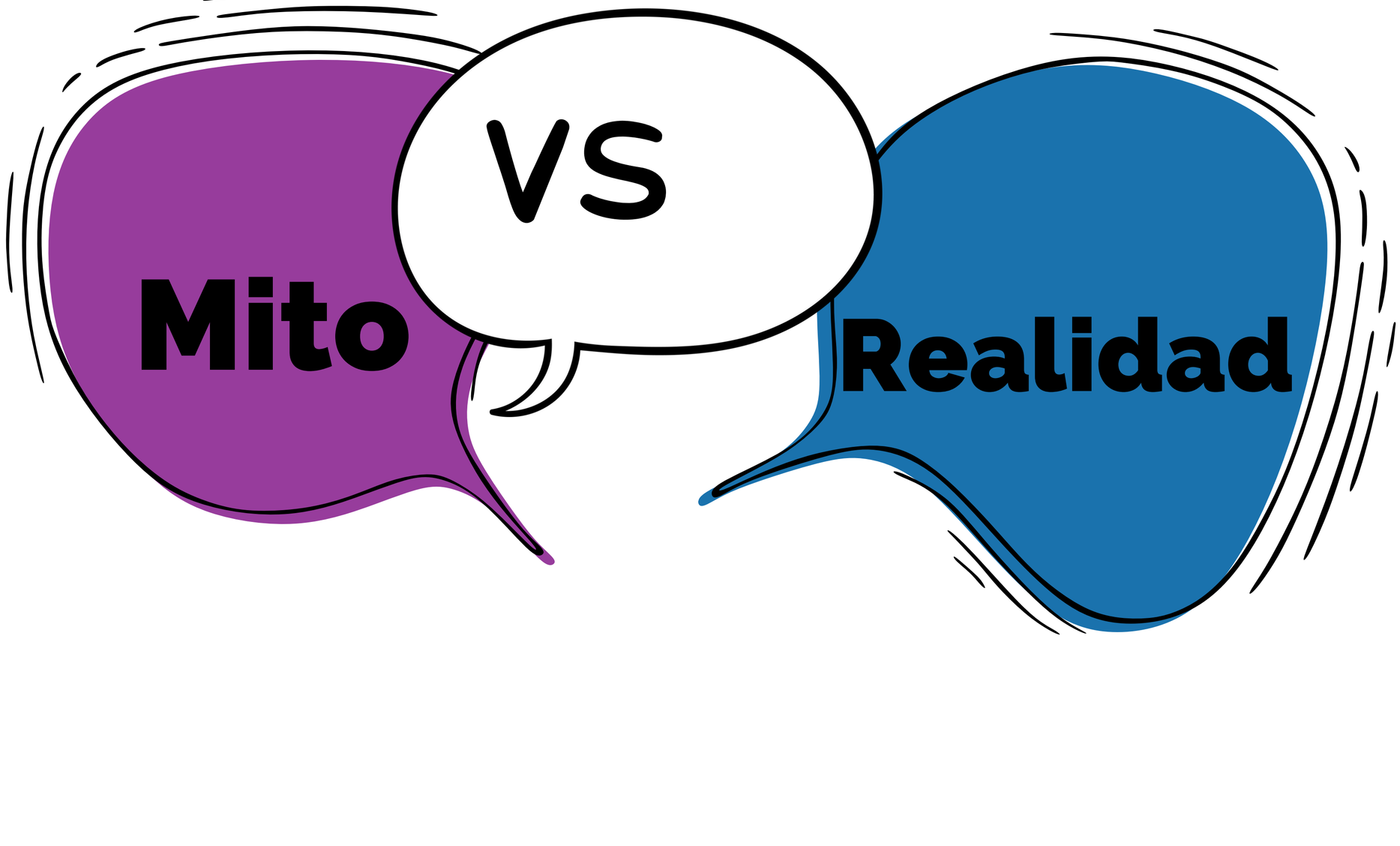
Sabemos que con una identificación temprana y un tratamiento adecuado, las personas que reciben ayuda para su trastorno de salud mental tienen resultados muy similares a los de cualquier otra persona que reciba tratamientos médicos para otros problemas médicos de salud.

En el siguiente cuadro veremos algunos mitos populares contrarestados con su realidad:

Mitos	Realidad
Una persona con un trastorno mental no puede mejorarse	Con una identificación temprana y un tratamiento adecuado, es probable conseguir mejoras significativas y éxito
La pobreza causa un trastorno mental	La pobreza no causa una trastorno mental, pero si puede tener un impacto adverso en los resultados
Las personas con trastornos mentales son violentos	Las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de ser víctimas que perpetradores de violencia.
Los trastornos mentales son una debilidad del carácter o el resultado de un mala crianza	Los trastornos mentales son el resultado de factores complejos, incluyendo genes y el entorno.

Como podemos ver uno de los mitos más comunes es que la pobreza causa enfermedades mentales cuando en realidad lo que crea es una barrera para que las personas reciban tratamiento y atención adecuada.

Otro mito prevalente es que las personas con trastornos mentales son violentas cuando las estadísticas demuestran que las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de ser víctimas que perpetradores de violencia. Un mito muy común es que las enfermedades mentales son el resultado de un defecto o una debilidad de carácter. Cuando sabemos que es el resultado de factores complejos, incluyendo genes y el entorno, estos mitos disuaden a las personas.

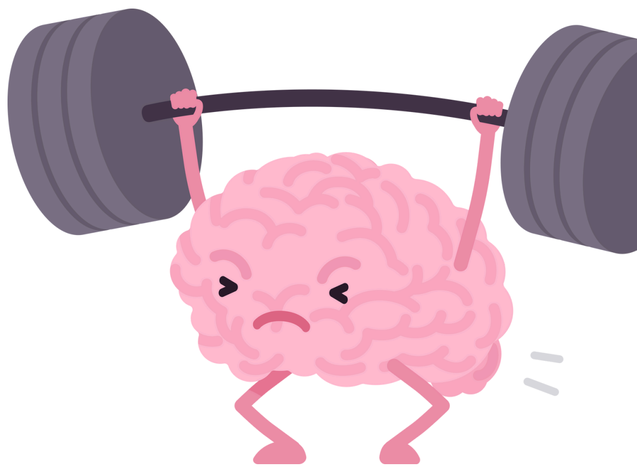


Crecimiento y Desarrollo del Cerebro

El cerebro humano posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar a lo largo del tiempo, un proceso conocido como **neuroplasticidad**. Al absorber nueva información y participar en actividades de aprendizaje, estamos contribuyendo a la plasticidad cerebral. Esta capacidad de adaptación nos permite adquirir nuevas habilidades, modificar comportamientos y desarrollar diferentes patrones de pensamiento.

Durante la adolescencia y los **20 años**, el cerebro experimenta un período de desarrollo significativo. En este período, se producen cambios estructurales y funcionales que influyen en la toma de decisiones, la regulación emocional, el procesamiento cognitivo y otras habilidades mentales clave. Además, investigaciones recientes sugieren que este proceso de desarrollo cerebral continúa hasta los **30 años** e incluso más allá.

NUESTRO CEREBRO SIEMPRE ESTÁ CAMBIANDO Y EVOLUCIONANDO; INCLUSIVE DURANTE ESTA LECTURA.



El crecimiento y desarrollo significativo se extiende mucho más de lo que se pensaba anteriormente. Esto puede tomar más tiempo aún en hombres que en mujeres.

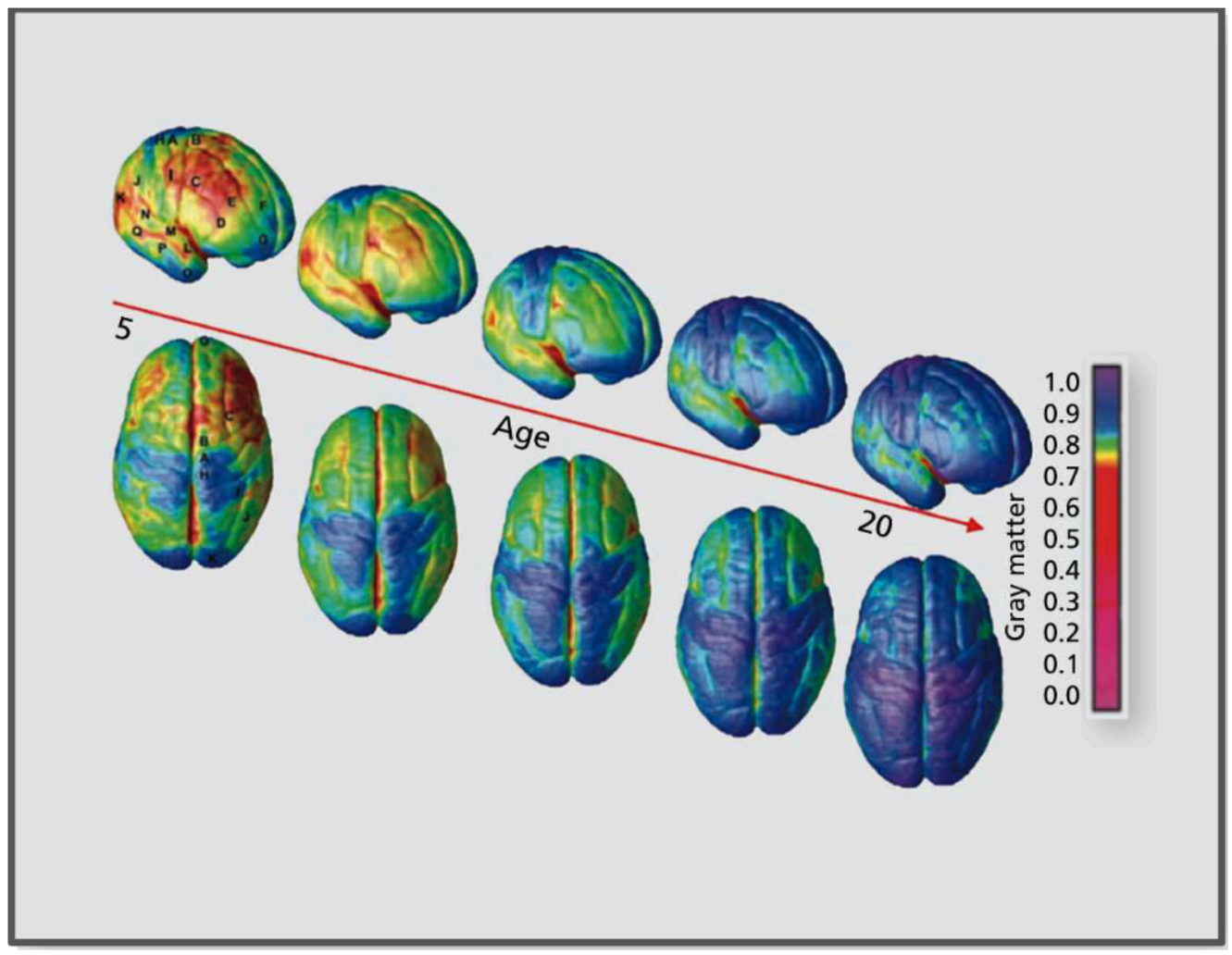
Nuestro cerebro **nunca** termina de desarrollarse, ya que está constantemente reformándose para satisfacer las demandas de todos los días y también es formado en parte por el entorno actual. Existe una interacción compleja y continuamente bidireccional entre el desarrollo del cerebro y del entorno, y persiste a lo largo de la vida.

Durante los años de la adolescencia, los circuitos del cerebro son mucho más funcionales y eficientes, y ocurre un desarrollo del cerebro mucho más rápido.
Las drogas, alcohol y heridas en la cabeza pueden interrumpir el desarrollo. Sin embargo, el cerebro es increíblemente resiliente por lo que no se puede predecir cómo afecta el ambiente o la genética en el cerebro.
Por otro lado sabemos que las buenas relaciones sociales ayudan a mejorar el crecimiento y el desarrollo.

Puede mirar este video :
https://youtu.be/EGdlpaWi3rc
(actualización de cerebro adolescente)

Esta imagen muestra el desarrollo del cerebro a lo largo del tiempo (5 a 20 años de edad). El color púrpura representa las áreas con una alta conexión (o sea, un mayor desarrollo) y el color rojo refleja una baja conexión (o sea, un menor desarrollo).

Rojo, donde hay pocas conexiones, morado oscuro donde hay más .



El cerebro se desarrolla desde la parte trasera hacia delante (en general) y el cerebro no está completamente desarrollado hasta más adelante en la vida. La sección del cerebro que se desarrolla de último es la **corteza prefrontal**, la cual se encarga de las funciones del "orden más alto" de la cognición, tales como el juicio moral, la resolución de problemas complejos y el razonamiento.

La vinculación de las diferentes áreas del cerebro (como por ejemplo el sistema límbico y corteza prefrontal) también mejora durante esos años y esto resulta en una mejor función del cerebro. Los investigadores sugieren que el desfase en el tiempo de madurez entre el sistema límbico (esta madurez a veces ocurre temprano en la adolescencia) y la corteza prefrontal, que aún está en desarrollo, es lo que hace que las personas adolescentes sean más propensos a tener comportamientos donde toman más riesgos, pero también promueve una mayor creatividad y una adaptación más flexible a su entorno.

PUNTO IMPORTANTE: ¡EL CEREBRO ADOLESCENTE ES DIFERENTE AL CEREBRO ADULTO!

TRASTORNOS ASOCIADOS AL PENSAMIENTO, PERCEPCIÓN Y AFILIADOS

Trastornos asociados al pensamiento, percepción y afiliados.

Lo trastornos mentales estan asociados a disrupciones en seis dominios primarios de la función del cerebro: *pensamiento/cognición, detección/percepción, sentimiento/emociones, señalización, somático/físico y comportamiento.*

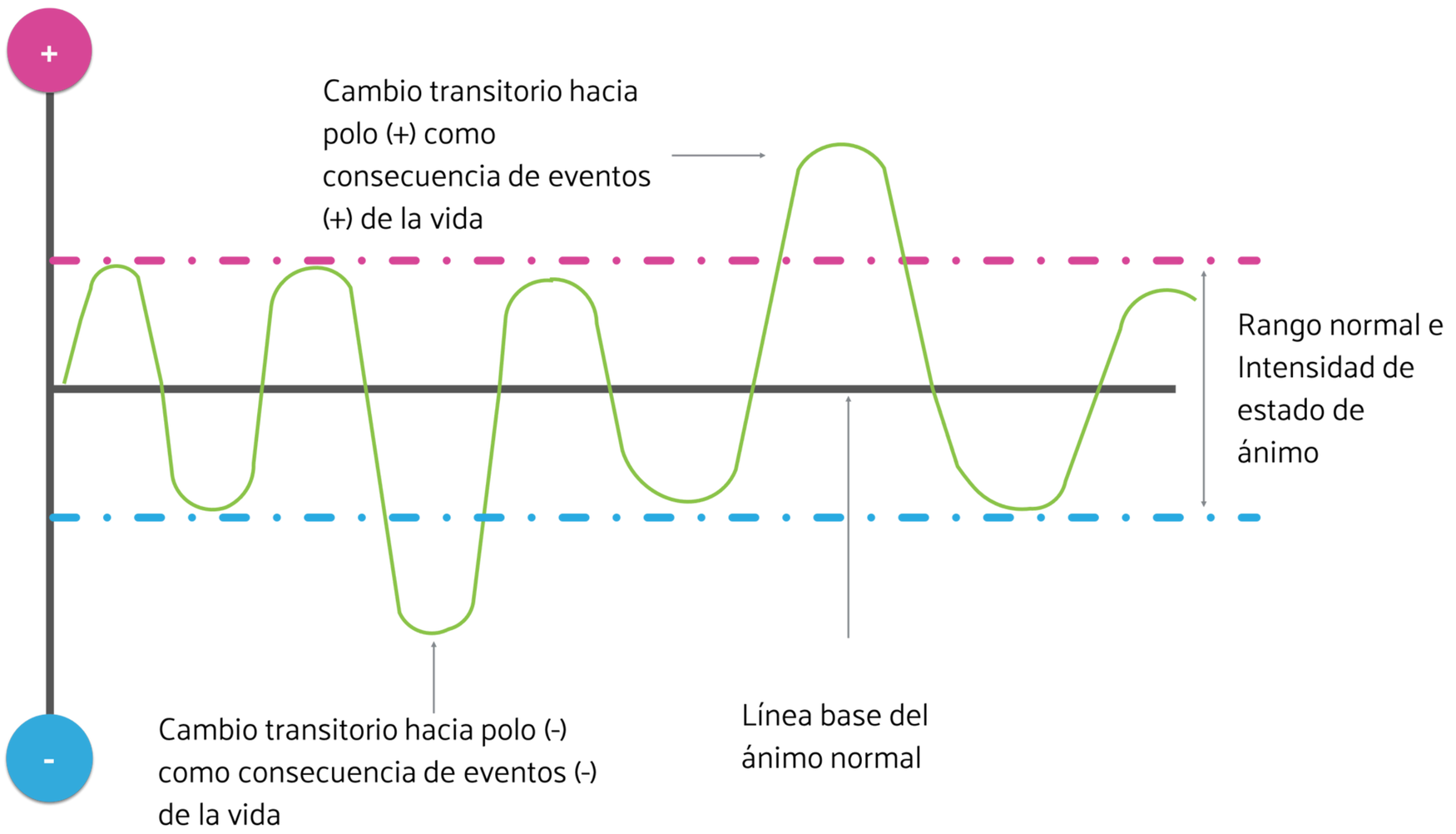
En esta sección, se explorará la **regulación emocional y los trastornos del ánimo, centrándose específicamente en estos últimos.**

Es fundamental recordar que la mayoría de los síntomas relacionados con el estado de ánimo son ***normales*** y que experimentar un estado de ánimo negativo es bastante común en adolescentes, por lo tanto esto no necesariamente indica un problema. Es importante tener en cuenta que la **salud mental abarca una gama completa de estados de ánimo, ya sean positivos, negativos o neutrales.**

Cuando se escucha decir a una persona que esta triste, es crucial no patologizar esa experiencia tan común, puesto que los desafíos cotidianos a menudo traen consigo emociones negativas, como la tristeza o la pena, siendo estados que pueden variar durante el día.

Por ejemplo, el estrés también puede desencadenar emociones como alegría, euforia e irritabilidad. Estas variaciones de ánimo son indicativas de procesos normales y no señalan ningún alteración.

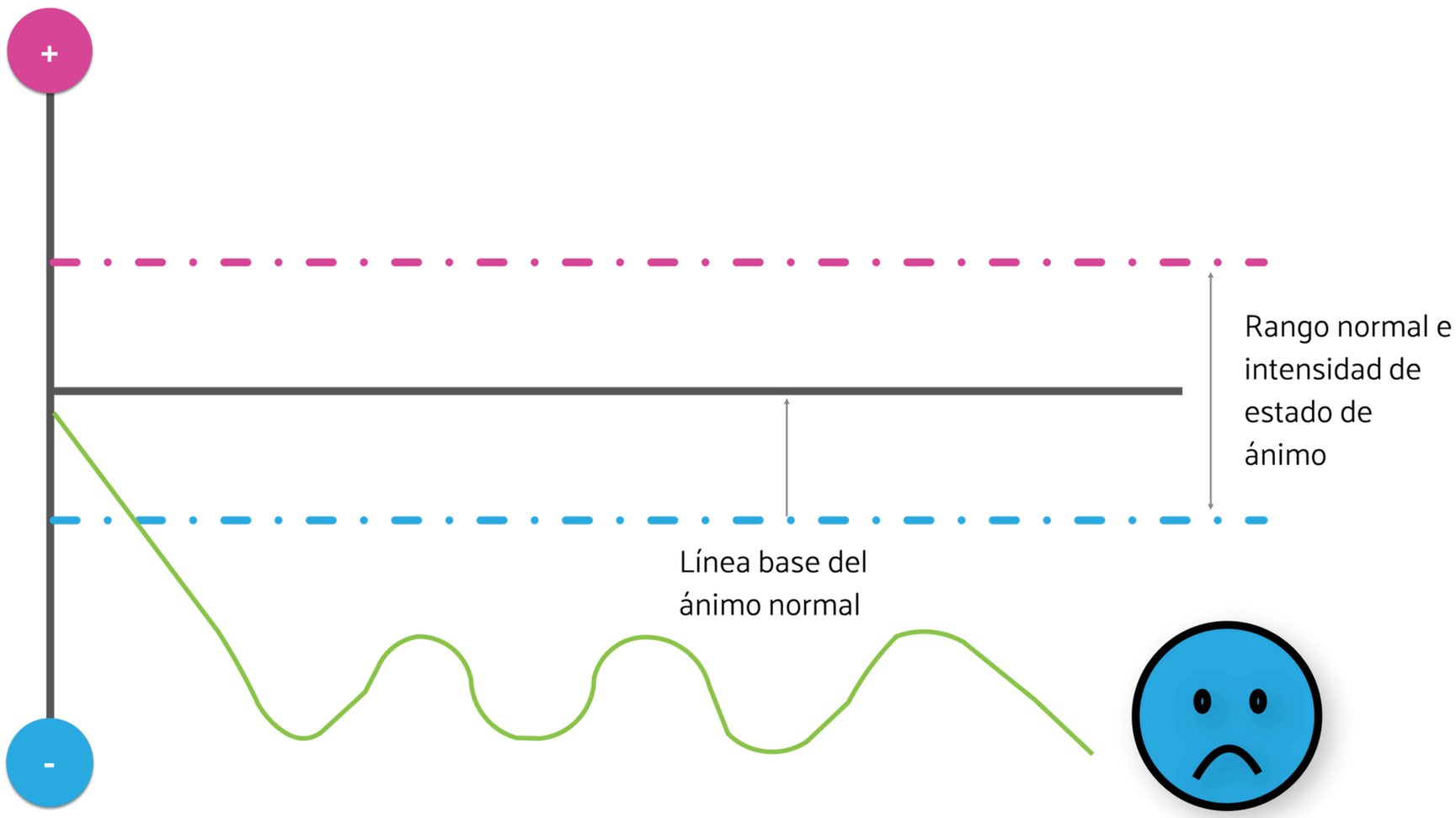
Figura 8. Estado de ánimo Normal.



Existen rangos en los estados de ánimo que percibimos como normales, y dentro de esos rangos, experimentamos fluctuaciones a lo largo del día, el mes o el año. Incluso se ha reconocido la existencia de alteraciones en el estado de ánimo dependiendo de las estacionales del año. **(Ver figura 8)**

La experiencia típica de una persona abarca momentos positivos y negativos diarios, sin embargo, eventos como recibir malas noticias, la derrota de nuestro equipo favorito o un cambio laboral que implica la pérdida de un amigo, puede provocar que el emoción se desplace fuera del rango normal. No obstante, el cerebro trabaja activamente para restaurar el equilibrio y regresar el estado de ánimo a su condición habitual. Lo mismo ocurre cuando se reciben buenas noticias; el cerebro regula la alegría momentánea con el fin de que no exista un desborde que no se pueda manejar.

Figura 9. Un cambio de la línea base hacia el polo negativo - depresión u otras afectaciones



Depresión

¿Que sucede por ejemplo en la depresión? Cuando el cerebro no regula de manera adecuada los momentos de bajón, se manifiesta la depresión. El ánimo desciende por debajo del rango considerado normal y en estas circunstancias, la persona no logra mantener su estado de ánimo habitual, con lo cual, el cerebro no puede restablecerlo a su nivel funcional. **(Ver figura 9)**

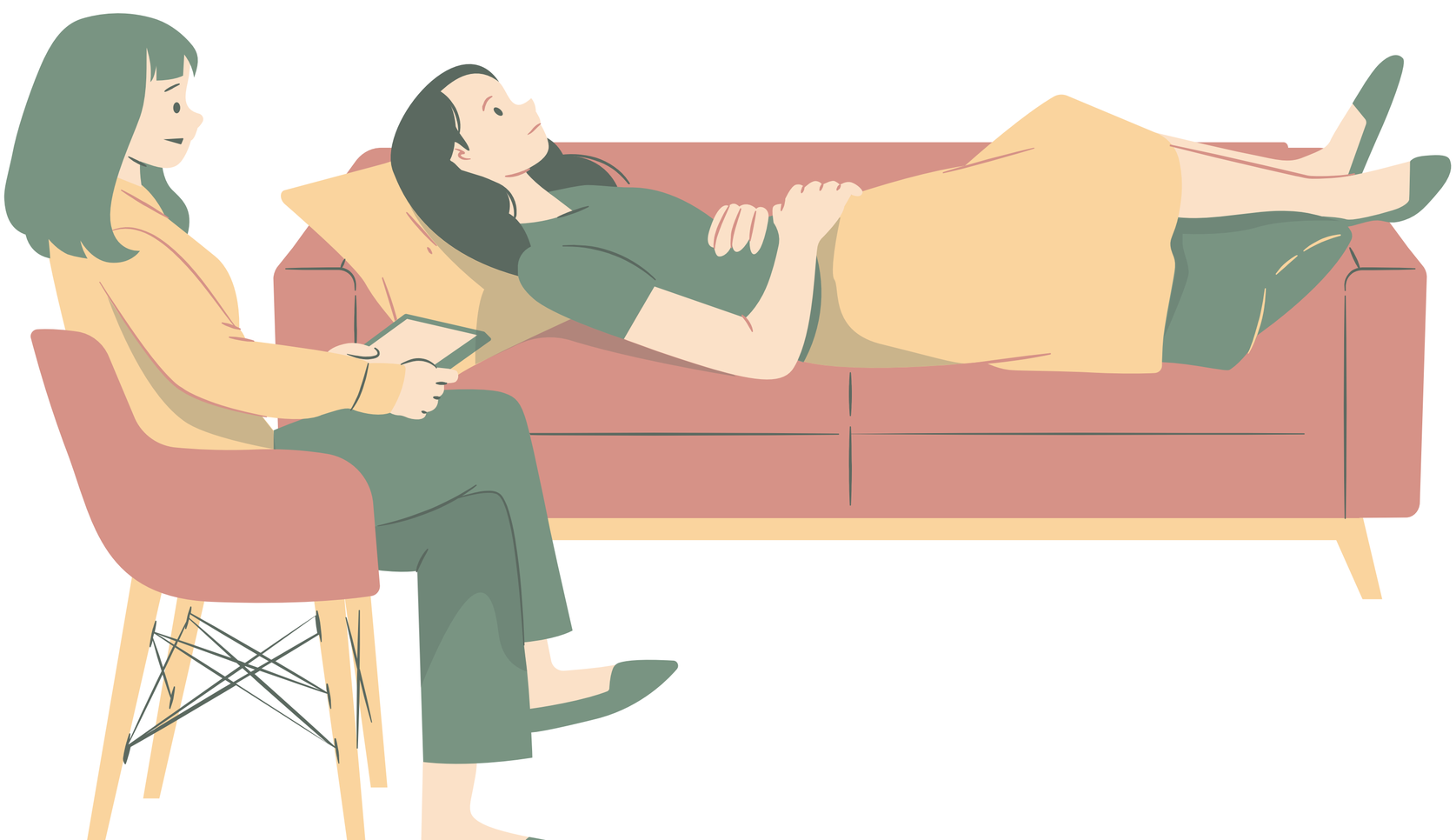
Una persona que experimenta depresión atraviesa días con variaciones, pero en general, su estado de ánimo está fuera de su rango esperado. Con el trastorno depresivo, es común observar que las funciones básicas del cerebro dejan de operar adecuadamente. Puede haber cambios en los hábitos alimenticios, ya sea comiendo en exceso o teniendo una ingesta insuficiente, así como alteraciones en los patrones de sueño, en donde la persona duerme demasiado o poco. Estas funciones que son observadas como básicas, tienden a volverse problemáticas.

En la depresión, es posible que la persona joven experimente dificultades para expresar dolores y molestias, manifestando síntomas somáticos como tics articulares o dolores de estómago. Tambien se observa perdida de interés en actividades que solían disfrutEn la depresión, es posible que la persona joven experimente dificultades para expresar dolores y molestias, manifestando síntomas somáticos como tics articulares o dolores de estómago. También se observa pérdida de interés en actividades que solían disfrutar y una reducción significativa del placer en aquellas cosas que normalmente resultan gratificantes.

EN ALGUNOS MOMENTOS ES COMÚN QUE PERSONAS CON DEPRESIÓN TIENDAN A AISLARSE O ESTAR ALEJADOS DE LOS DEMÁS, INCLUSO, PUEDEN LLEGAR A PRESENTAR PENSAMIENTOS DE AUTOELIMINACIÓN O IDEAS SUICIDAS.

Por ejemplo, una persona joven apasionada por el fútbol podría alejarse del deporte y dejar de practicarlo debido a la falta de disfrute que antes experimentaba. La palabra que describe esta situación es "anhedonia", y se refiere a la incapacidad de experimentar placer con algo que solía resultar placentero. Además, existen personas que nacieron con este padecimiento, y para ellas puede ser necesario descubrir que existen otros estados emocionales posibles, accediendo a apoyos como el tratamiento con medicamentos, que les permitan ampliar su experiencia afectiva y mejorar su calidad de vida.

La depresión afecta la forma en que una persona se siente, piensa y actúa. No se trata simplemente de sentirse triste o tener un mal día, sino de una condición médica que interfiere significativamente con la vida cotidiana. No es una fluctuación temporal del ánimo; más bien, se trata de un estado de tristeza profunda que perdura en el tiempo. Además, se observa una disminución de la funcionalidad en diversas áreas de la vida. Por ejemplo, durante episodios depresivos, la capacidad de pensar con claridad, razonar y realizar tareas matemáticas puede disminuir. Asimismo, la funcionalidad en la comunidad, en la escuela o en el trabajo puede verse afectada negativamente por el estado de ánimo de tristeza. Otros síntomas incluyen cambios en el apetito o el sueño, fatiga y pensamientos de inutilidad o autolesión.



¿Qué hacer en estas situaciones?

En estos casos, es importante tener en cuenta dos abordajes:

- Tratamientos basados en evidencia, seleccionados con el apoyo de personas profesionales en salud capacitadas.
- Cambiar las expectativas de la escuela.

En cuanto al primer punto, es importante entender que la depresión, cuando se aborda mediante tratamientos basados en la evidencia, puede tener resultados positivos. Sin embargo, es fundamental destacar que cualquier decisión sobre el tipo de tratamiento debe ser tomada a partir de una evaluación profesional y bajo la recomendación de los servicios de salud, evitando asumir o sugerir tratamientos sin el respaldo clínico adecuado.

En cuanto al segundo punto, puede ser necesario ajustar las expectativas escolares o la rutina diaria en el entorno comunitario, especialmente en lo que respecta a la alimentación, el ejercicio físico y los hábitos de sueño saludables. Estas modificaciones han demostrado ser útiles para acelerar el tratamiento o minimizar los síntomas de la depresión en personas jóvenes. Sin embargo, es importante reconocer que puede resultar difícil para una persona joven comprometerse con estos cambios, por lo que es esencial acompañar y apoyar el proceso, sin dejar de intentarlo. Además, deben considerarse las adecuaciones pertinentes en el ámbito escolar, como las que ofrece la pedagogía hospitalaria u otros apoyos educativos, según las necesidades específicas de cada caso.

SE HACE NECESARIO CONSTRUIR UN PLAN DE MANERA COLABORATIVA ENTRE TODA LA COMUNIDAD EDUCATIVA, SIN ESTIGMATIZAR. EL OBJETIVO ES CREAR UN ENTORNO DE COMPRENSIÓN, CUIDADO Y RESPUESTA OPORTUNA ANTE LAS NECESIDADES DE LA PERSONA ESTUDIANTE, ASEGURANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ADECUACIONES NECESARIAS PARA SU BIENESTAR Y DESARROLLO INTEGRAL.

¿Qué se debe conocer sobre el tratamiento?

En cuanto al tratamiento es fundamental conocer que:

- La depresión constituye un factor de riesgo considerable para el suicidio.
- La terapia de conversación suele ser la primera línea de tratamiento.
- Utilizar mecadiamentos inhibidores selectivos de la recapacitación de serotonina o medicamentos antidepresivos, podrían ayudan en el proceso del tratamiento.
- En el caso de la depresión, el tratamiento por lo general requiere entre ocho y diez semanas para manifestar mejoras sustanciales, siendo crucial monitorear a la persona durante este período.
- Es fundamental indagar acerca de la ideación suicida.
- La utilización de sustancias es frecuentemente observada en personas que experimentan depresión.

La depresión constituye un factor de riesgo significativo para el suicidio. Es crucial prestar atención a cualquier síntoma o señal que la persona joven pueda experimentar. **La evidencia a demostrado que el uso de sustancias suele asociarse con la depresión, ya que las personas intentan modificar su estado de ánimo mediante sustancias** que, en muchos casos, agravan la depresión. Es fundamental ayudarlos a buscar tratamiento, atención efectiva o la medicación adecuada para abordar situaciones que estén desencadenando estados de ánimo desagradables.

Autolesiones persistentes

Las autolesiones persistentes no constituyen un trastorno en sí mismas; más bien, **son comportamientos que pueden manifestarse junto con otros trastornos.** Estas autolesiones pueden adoptar diversas formas, como quemaduras o cortes, y a menudo están vinculadas a un alto grado de contagio social. Con frecuencia, este comportamiento se comparte como un secreto dentro de un grupo de amigos. Es útil concebir las autolesiones persistentes como un **mecanismo de afrontamiento ineficaz para lidiar con situaciones difíciles.**

Existen diversas razones por las cuales una persona joven puede recurrir a la autolesión. Algunas optan por realizar cortes en áreas visibles como un llamado de atención o un intento de solicitar ayuda, mientras que otras prefieren ocultar sus heridas como una forma de manejar su dolor interno. También puede ser el resultado de presiones externas o influencias del entorno social. La ansiedad puede ser otra señal asociada al malestar psíquico, no solo en el contexto de la depresión, sino también como síntoma de otros trastornos emocionales o situaciones de estrés.

Al abordarlo como un mecanismo de afrontamiento ineficaz, es **crucial que el personal docente o las personas líderes no se centren únicamente en el comportamiento autolesivo.** En su lugar, deben reconocer que este comportamiento podría ser un indicativo de problemas más profundos que la persona joven está enfrentando.

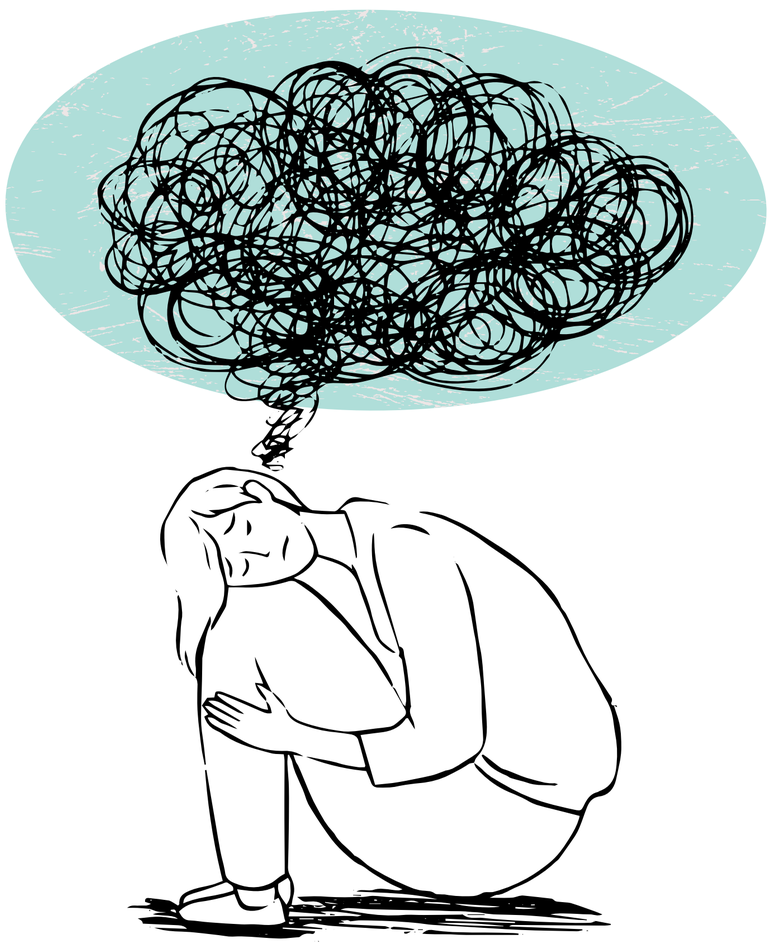
SE HACE NECESARIO HABLAR DEL PROBLEMA, PORQUE SI NO SE ABORDA PUEDE CRECER. NO SE TRATA DE IGNORAR EL COMPORTAMIENTO, SINO DE ATENDER LAS CAUSAS QUE LO PROVOCAN.

Se ha demostrado la efectividad de abordar las causas subyacentes del comportamiento autolesivo. Si los pensamientos depresivos, la ansiedad o los sentimientos de exclusión son los que impulsan este comportamiento, la intervención debe centrarse en esos problemas, en lugar de enfocarse únicamente en la autolesión en sí misma. Por lo tanto, la referencia a especialistas y el establecimiento de un diálogo abierto y acompañamiento constante son fundamentales para proporcionar un apoyo integral.

Suicidio

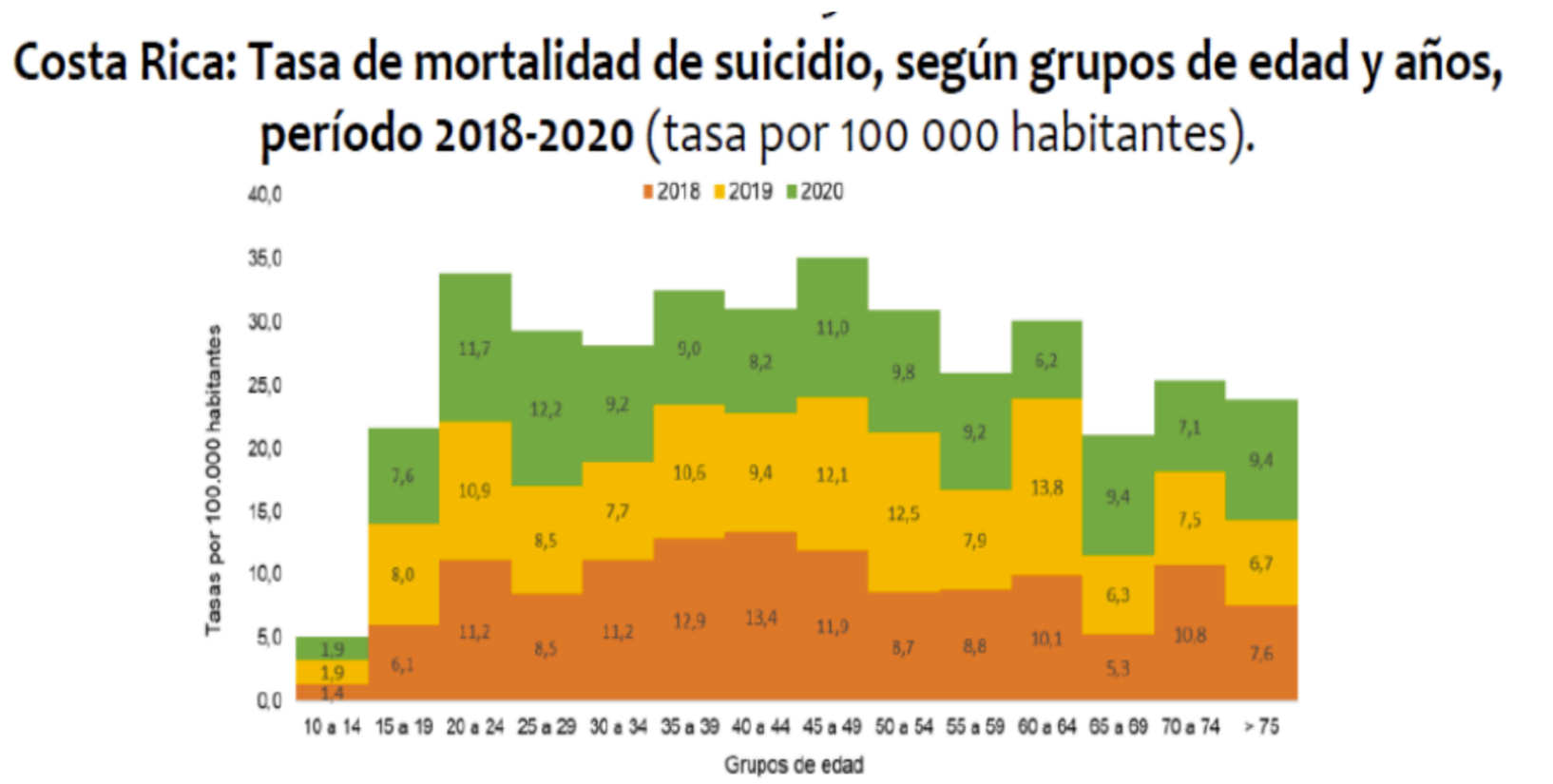
Es muy difícil estudiar el suicidio, si bien es una tragedia, tambien se considera un evento muy raro, especialmente en Costa Rica. El siguiente grafico muestra la tasa de mortalidad por suicidio entre el 2000 y el 2019. Se puede observar un movimiento considerable, pero si se tiene en cuenta que los números presentados son por 100.000 personas y diéramos más espacio en el eje vertical, la tasa en realidad es muy consistente, fluctuando alrededor de siete personas por cada cien mil a lo largo de estos años.

Figura 10. Tasa de mortalidad porsuicidio por 100.000 habitantes para Costa Rica, 2000-2019.



En el **gráfico 11**, se puede observar un aumento del suicidio al entrar en la adolescencia. A pesar de ello, esta no es la edad más común para el suicidio. Sin embargo, se evidencia un incremento significativo entre los 12 y los 14 años, lo cual está fuertemente relacionado con la aparición de enfermedades mentales. Es importante recordar que la correlación y la causalidad son conceptos distintos, pero también es válido señalar que las enfermedades mentales pueden ser un factor que contribuye al riesgo de suicidio.

Figura 11. Tasa de mortalidad de suicidio, segun grupo de edad y años, periordo 2018-2020.



Fuente. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Se estima que entre el 60% y el 90% de quienes mueren por suicidio padecen un trastorno mental, ya sea diagnosticado o no tratado adecuadamente. Sin embargo, también se vincula a situaciones estresantes, como el abuso sexual, el bullying o la discriminación, así como a las presiones sociales del contexto, que pueden agravar el malestar.

En Costa Rica, como en la mayoría del resto del mundo, vemos una diferencia en la tasa de suicidio cuando las dividimos por género. **Los hombres son mucho más propensos al suicidio y usan con frecuencia métodos más letales como un disparo, la asfixia o un salto. Las mujeres usan métodos menos letales como la sobredosis.** Esta diferencia, aunque cambia en diferentes lugares del mundo, es bastante consistente.

Cuando se realizan estudios sobre personas que han fallecido por suicidio, se observa que en el caso de los adultos, aproximadamente el 75% lo lleva a cabo como una acción premeditada, mientras que solo el 25% actúa de manera espontánea. Estas proporciones se invierten en la población joven, donde el suicidio ocurre de forma espontánea y sin un plan establecido. Esto significa que hay menos tiempo para intervenir con la población joven, especialmente si la posibilidad y previsibilidad del suicidio son bajas.

TENGA EN CUANTA QUE...

LOS DATOS AQUÍ MOSTRADOS SE BASAN EN UNA POBLACIÓN DE 100.000 MIL PERSONAS. LA RAZÓN POR LA QUE LA EPIDEMIOLOGIA SE MANEJA DE ESTA MANERA, ES PARA PERMITIR QUE SE PUEDA COMPARAR LAS POBLACIONES.

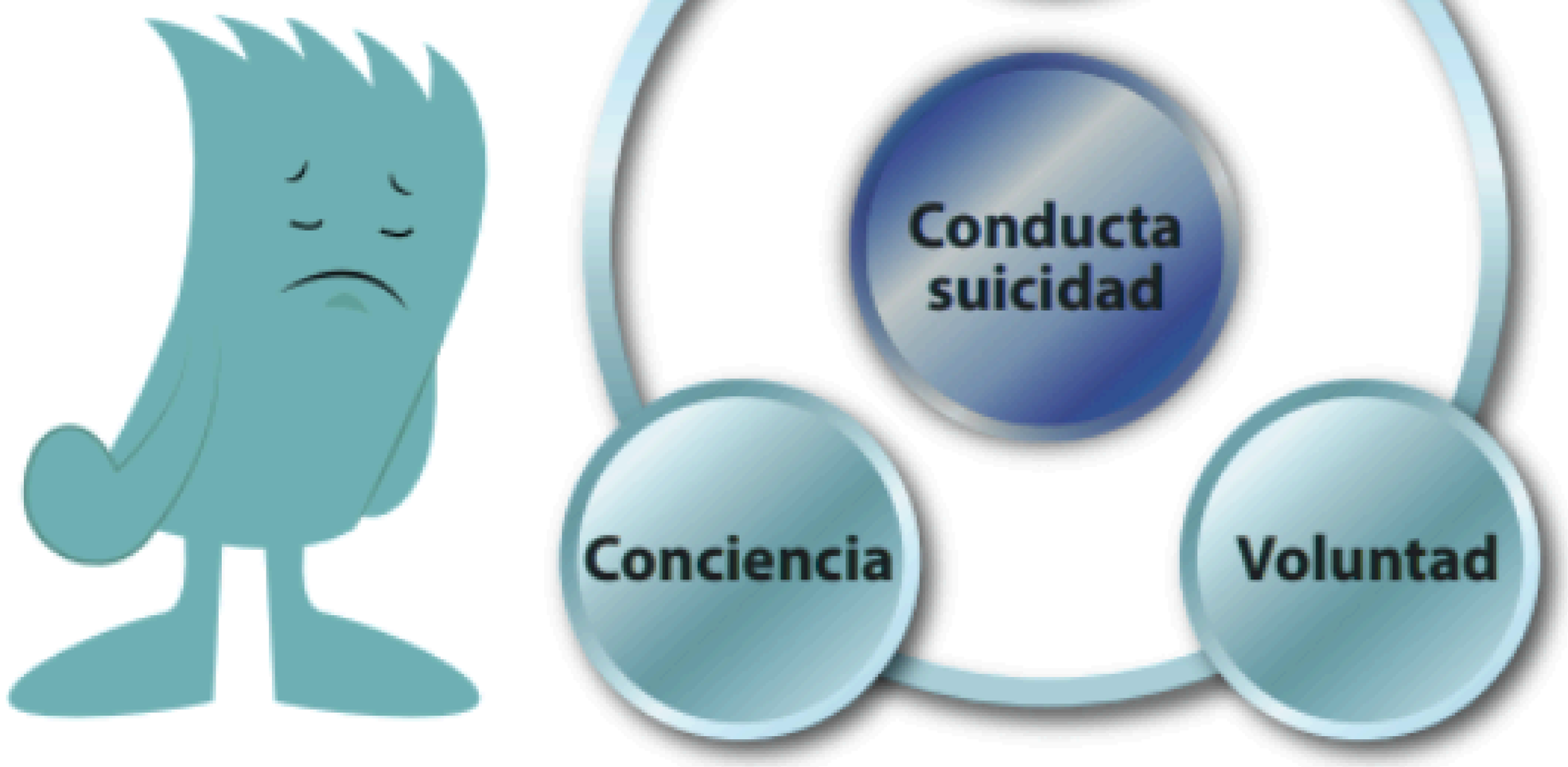
Aporte del Ministerio de Educación Pública contextualizado en el tema de prevención del suicidio

MARCO CONTEXTUAL SOBRE SUICIDIO

El suicidio es toda acción que realiza un individuo con la finalidad de quitarse la vida. Se debe tener claridad que una persona con ideación suicida no siempre tiene como fin la muerte, sino que manifiesta el deseo real de eliminar el dolor psicológico y/o emocional que se ha vuelto insoportable.

El acto suicida no es un evento aislado, sino más bien es el producto de la interacción de varios factores tanto individuales, familiares como sociales, incluso se puede hablar de factores políticos, que influyen de una u otra manera en la ideación suicida.

CONDUCTA SUICIDA



FACTORES PROTECTORES

Los factores de protección son todas aquellas condiciones, situaciones o elementos que pueden proporcionarle a las personas las herramientas necesarias para prevenir una situación de riesgo y favorecer la salud mental.

Individuales	Familiares	Sociales
• Autoestima • Relaciones sociales • Espiritualidad • Habilidades de afrontamiento • Sentido de la vida	• Apoyo • Buena comunicación. • Interés y reconocimiento	• Estímulos adecuados • Reconocimiento • Grupos culturales, deportivos, arte. • Redes de apoyo • Ocio y recreación

FACTORES DE RIESGO

Los factores de protección son todas aquellas condiciones, situaciones o elementos que pueden proporcionarle a las personas las herramientas necesarias para prevenir una situación de riesgo y favorecer la salud mental.

Individuales	Familiares	Sociales
• Previas tentativas de suicidio • Fracaso • Deficiente autocontrol • Acceso a medios letales	• Antecedentes • Cambios en la estructura familiar • Falta de unión o comunicación • Consumo de sustancias • Violencia	• Población LGTB • Estigma a la solicitud de ayuda • Duelo • Niveles de presión • Medios de comunicación • Bullying

SEÑALES DE ALERTA O DE ALARMA

PALABRAS

- No tener ganas de vivir.
- No tener esperanza de que las cosas cambien o mejoren.
- Ser una carga para otros o la razón de los problemas.
- Tener un sufrimiento intolerante.
- Sentirse atrapado o atrapada.
- Pensar en ponerle fin a la propia vida.

CONDUCTAS

- Abandono de actividades.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Aislamiento.
- Agresión.
- Conducta temeraria.
- Alteración de patrones de sueño
- Deshacerse de pertenencias.
- Visitar o despedirse de seres queridos.
- Búsqueda activa de métodos para quitarse la vida

EMOCIONES

- Cambios notables del estado del ánimo.
- Enojo constante.
- Depresión o tristeza.
- Pérdida de interés

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA

Un instrumento que permite determinar ciertas señales de advertencia (cambios repentinos, amenazas verbales y no verbales, sentimientos, acciones o conductas).

Lo que se valora serán conductas o sentimientos que se pueden mantener de manera sistemática por un tiempo prolongado.

C Cambios repentinos	Reservado/a, cansado/a, apático/a, indeciso/a o bullicioso/a, hablador/a, extrovertido/a, poca concentración en el estudio o tareas rutinarias, trastornos del sueño, alimenticios, pérdida de apetito y peso o aumento de peso. Pérdida de interés en amigos/as, preferencias o gustos. Mejora súbita después de un periodo de depresión. Problemas escolares o con la ley.
A Amenazas verbales y no verbales	Declaraciones, planes o señales de advertencia: Verbales: • Directas: "Yo deseo estar muerto (a), he decidido matarme". • Menos directas: "Ustedes estarán tristes sin mí. Si yo muero, te cuidas". No verbales: • Directas: Conseguir lo necesario para hacerse daño • Menos directas: Deshacerse de todas sus pertenencias queridas
S Sentimientos	Desesperación: "no hay nada que hacer". Miedo de perder el control, volverse loco/a, dañarse a sí mismo/a o a otros/a. Desvalido/a, nadie se preocupa por mí Culpa, vergüenza, odio a sí mismo/a Tristeza profunda Ansiedad persistente o enojo
A Acciones o conductas	Abuso de drogas o alcohol Pláticas o escritos de muerte o destrucción Pesadillas Recientes pérdidas por muerte, divorcio, separación, rompimiento de una relación, pérdida de trabajo, dinero, o estima propia Pérdida de espiritualidad, tendencia al uso de objetos oscuros Agitación o inquietud Agresión a otros/as y a sí mismo/a Aislamiento Poca comunicación

LA PERSONA QUE INTERVIENE

Es a partir de esa persona que interviene, de sus condiciones y características que podrán potencializarse algunos aspectos benéficos para la intervención pero, al mismo tiempo, se limitarán otros en la medida en que nadie puede ver o ir más allá de sí mismo/a.

No existe una perspectiva buena y otra mala: cada una tiene sus propias características y posibilidades. Lo que si debe estar claro es que, precisamente por tener tanta validez una como otra, no se debe imponer ninguna de ellas a la persona a la que se acompaña.

DUELO POR SUICIDIO POSVENCIÓN

Intervención posterior a una situación de suicidio.
Sugerencias de intervención desde el Centro Educativo:

- Tener un equipo conformado.
- Este es el Equipo encargado de compartir la información disponible sobre la causa de muerte. (confidencialidad)
- Redactar un comunicado, circular o información a la comunidad educativa.
- Valorar apoyos externos. (otros equipos de la región o ETIR, entre otros).

AYUDA PROFESIONAL

- No siempre se requiere ayuda profesional. Pero si debe tenerse claro que cuando en lugar de ir mejorando se empeora en el transcurso de 4 a 6 semanas si se debe buscar.
- Tiempo aproximado 1 año.

EN EL MOMENTO INICIAL:

- Es muy probable que la noticia del suicidio ya sea conocida por las personas estudiantes, es importante recordar que es una noticia dolorosa y sensible, que no debemos compartir información inadecuada, o morbosa tanto a las personas estudiantes como del personal.(videos, fotos, audios).

- Riesgo de contagio.

- Director, directora o alguna persona capacitada y sensible al tema, debe acercarse al grupo de estudiantes de grado de la persona que se suicidó o sobreviviente.

- Explicar brevemente que es lamentable lo que sucedió y que es normal sentir dolor y confusión por lo ocurrido. Que con el tiempo todos nos sentiremos mejor y que tratemos de recuperar los buenos recuerdos de la persona que se suicidó.

- Permitir la expresión de sentimientos sin alarmarse, ni evitar el llanto. Esta actividad no debe ser muy extensa, pero si observar a aquellas personas estudiantes que no han participado. Quizá invitar a participar. Luego realizar alguna actividad que no genere mucho estrés que sea tranquila o lúdica.

- Transmitir orden, confianza, preocupación por salud mental. Informar con honestidad sobre el nivel de afectación personal. Redes de apoyo.

PROGRAMAR

- Se recomienda programar talleres de arte, dibujo, relato y conversación para la elaboración colectiva por parte del grupo del impacto original.
- Intervención de pequeños grupos de las personas que se identifiquen como más afectadas:
  - Culpa
  - Valora el hecho
  - Que demuestra enojo o agresividad
  - Aislamiento

RESILIENCIA COMO TAREA DE RECUPERACIÓN

La resiliencia es el desarrollo de capacidades que permiten al ser humano en duelo canalizar los sentimientos de pérdida y aflicción, sobreponerse a la pena, aprender de la experiencia, adaptarse de manera satisfactoria a los hechos adversos y trágicos, recuperar la iniciativa y resignificar su experiencia de vida.

PROGRAMAR

- Conversación individual a estudiantes detectados en riesgo.
- Conversación individual con familias de estudiantes en riesgo.
- Asignación de estudiantes con el rol de líderes afectivos para que acompañe a alguna persona en riesgo. (UPRE)
- Referenciar a estudiantes a servicios de salud.
- Charla taller de prevención con familias del CE.

INTERVENCIÓN EN UN INTENTO DE SUICIDIO

- En el aula intervención grupal preventiva.
- Atención individual por parte de servicios de salud.
- Coordinación con las Coresan y Colosan
- Acercamiento a la familia.
- Seguimiento. (curricular, citas médicas, como sigue su estado emocional, observación activa).

OTRAS FORMAS DE AYUDAR

- Pinceladas emocionales
- La arcilla
- Diseñar mandalas
- Hacer un video de fotos y comentarios
- La literatura
- Practicar un deporte

- Reestructuración cognitiva
- Técnicas de relajación
- Tejer o coser
- La meditación y el yoga
- Musicoterapia

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Son las estrategias que utiliza una persona a nivel cognitivo y conductual para manejar demandas externas o internas que percibe como excesivas. Ninguna es mejor que otra.

1	**Resolución de problemas**
2	**Búsqueda de apoyo social**
3	**Huida/evitación**
4	**Distracción**
5	**Reevaluación o reestructuración cognitiva**
6	**Rumiación**
7	**Desesperación o abandono**
8	**Aislamiento social**
9	**Descarga emocional**
10	**Expresión regulada de emociones**
11	**Búsqueda de información**
12	**Negociación**
13	**Oposición y confrontación**
14	**Delegación**
15	**Rezar**

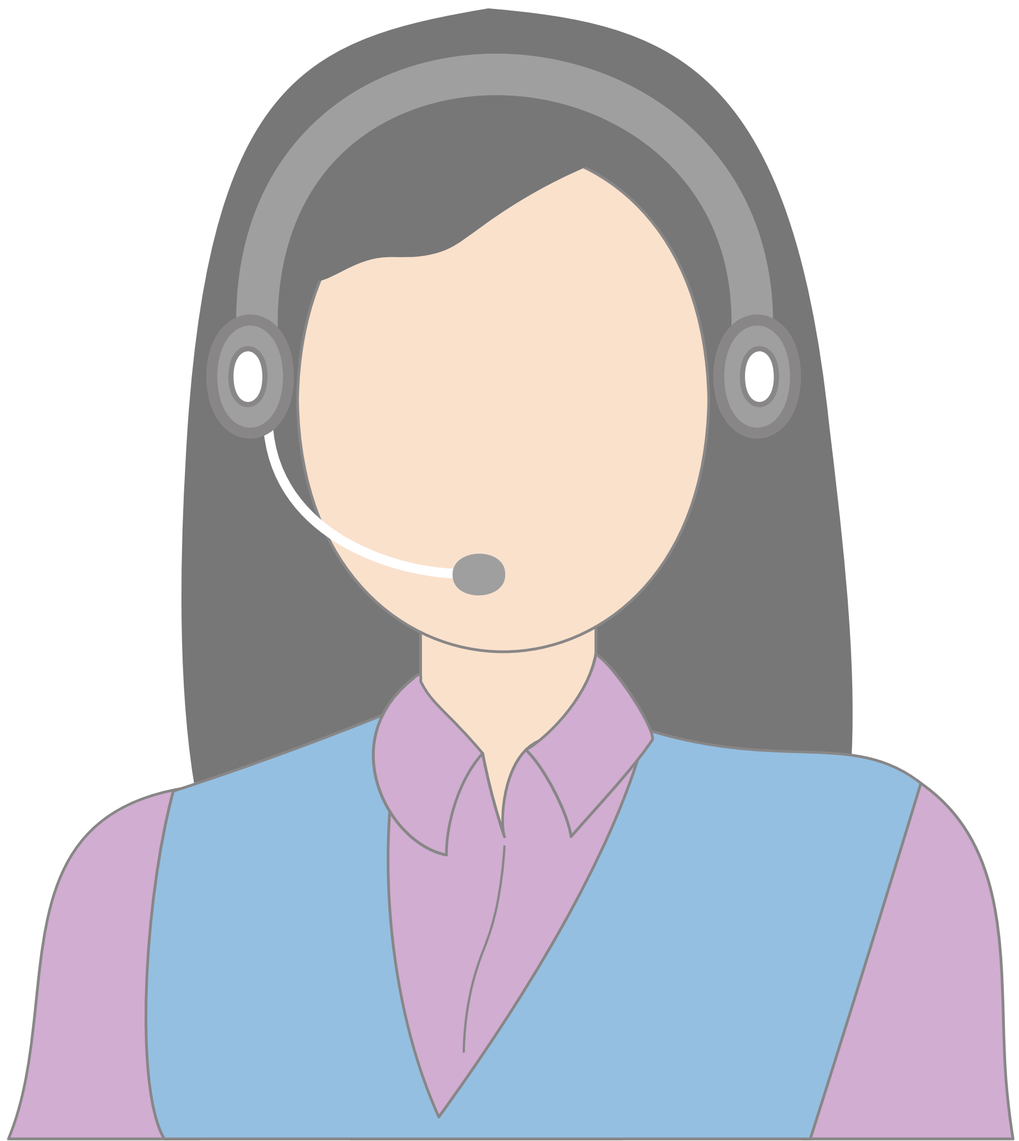
LÍNEA DE ATENCIÓN

Su objetivo es ofrecer un servicio de atención telefónica gratuita a situaciones emocionales que afectan la salud mental y el bienestar integral de las personas estudiantes matriculadas en el sistema educativo costarricense y a sus familias. Es un proyecto liderado por la Dirección de Vida Estudiantil.

¿QUÉ SERVICIOS OFRECE LA LÍNEA AQUÍ ESTOY?

La Línea Aquí Estoy, brinda apoyo, asesoría y seguimiento a situaciones como: crisis de ansiedad, signos de depresión, situaciones de violencia, cambios en el estado de ánimo, dificultades en las relaciones interpersonales, con amistades o de familia, entre otras. También ofrece atención a la población que presenta lesiones autoinfligidas o riesgo por tentativa de suicidio.

Este servicio es atendido por profesionales en psicología que trabajan en diferentes instancias del MEP (Dirección de Vida Estudiantil, Direcciones Regionales de Educación o equipos interdisciplinarios de centro educativos), capacitadas en la atención de Primeros Auxilios Psicológicos, para garantizar un espacio de escucha activa, contención emocional y orientación informada para la persona usuaria, además se ofrecen llamadas de seguimiento y se gestionan referencias a otros servicios institucionales del MEP o a servicios institucionales externos al MEP.

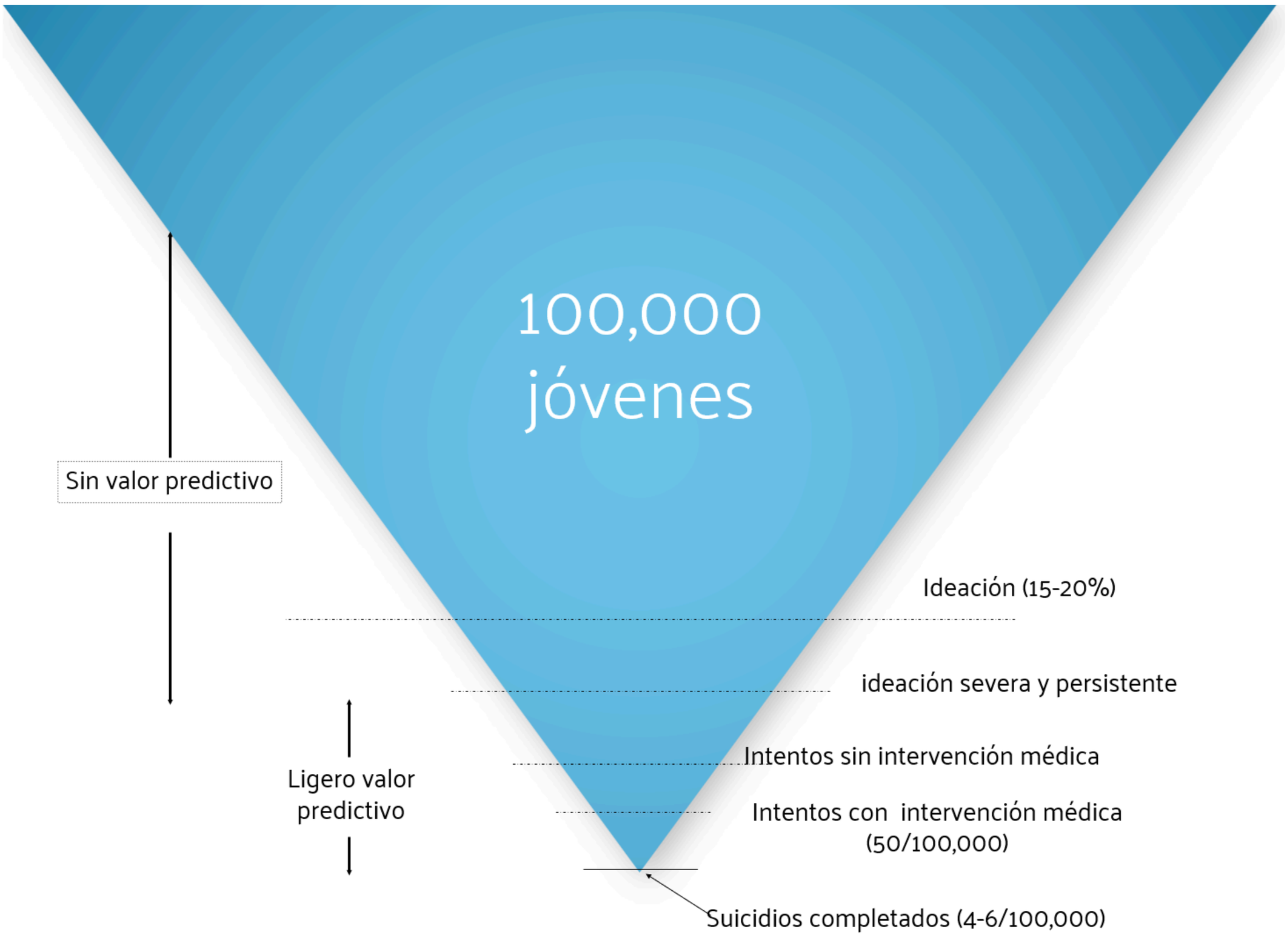


Factores de riesgo de mayor incidencia

Los factores de riesgo no son todos iguales, un factor de riesgo puede aumentar el riesgo 100 veces o apenas un 0.0001 de probabilidad. Pero al fin y al cabo son factores de riesgo y se deben tener en cuenta. A continuación se nombran algunos:

La muerte por suicidio es sumamente difícil de predecir. En la *figura 11* se puede apreciar una representación visual de la complejidad de preverlo, incluso en personas jóvenes que han mostrado conductas suicidas. La investigación muestra que en cualquier momento detemrinado, al menos el 20% de las personas jóvenes se preguntarán: "¿Cómo sería la vida si no estuvieran en ella?" Esta es una forma pasiva de ideación que puede volverse activa si se piensa en querer morir. Sin embargo, la ideación no resulta un buen predictor de quién morirá por suicidio.

Figura 12. El suicidio es dificil de predecir.



Cuando se piensa en el suicidio en personas jóvenes, se hace necesario tener en cuenta que la presencia de un trastorno mental eleva el riesgo. Por eso la importancia del tratamiento y atención efectivas para las enfermedades que se manifiesten.

El suicidio en personas jóvenes no se atribuye al estrés normal de la adolescencia. Si se detecta acciones preocupantes, es crucial llevar a estas personas a una evaluación, sin embargo, muy pocas personas que expresan ideaciones suicidas, llegan a consumar el acto. Lo que no quiere decir que no está en riesgo su vida. Por otra parte, **no existe una herramienta que pueda predecir con certeza quién morirá por suicidio**. En la actualidad se cuenta con inventarios y mediciones que ayudan a identificar trastornos que pueden desempeñar un papel importante en la ideación suicida, como lo es la depresión.

LA TAZA DE SUICIDIO EN COSTA RICA OSCILA ENTRE 1 Y 5 PERSONAS JÓVENES.

Suicidio juvenil – el tratamiento funciona

Al evaluar que acciones tomar para la prevención del suicidio, asegúrese de estar llevando a cabo un abordaje basado en evidencia y que este haya demostrado reducir el riesgo de suicidio. Con mucha frecuencia hay programas que se venden a costos muy altos a instituciones educativas o de salud pública que pueden no ser muy efectivos en reducir las tasas de intento de suicidio y de muerte por suicidio.

El suicidio es un tema emocional. La evidencia actual apunta a que la mejor manera de prevenir el suicidio es a través de la identificación y el tratamiento de las personas jóvenes que están padeciendo estos trastornos. Se podría pensar estas acciones no como una forma de prevenir el suicidio (ya que esto es casi imposible), sino como una **gestión del riesgo de suicidio**, donde se pueda llegar a las personas estudiantes que están en riesgo de atentar contra su vida. Lamentablemente, es poco probable que la mejor atención elimine por completo el suicidio, pero se puede incrementar las probabilidades de que esto no ocurra al identificar a las personas estudiantes que están sufriendo y asegúrense de que reciban el tratamiento necesario.

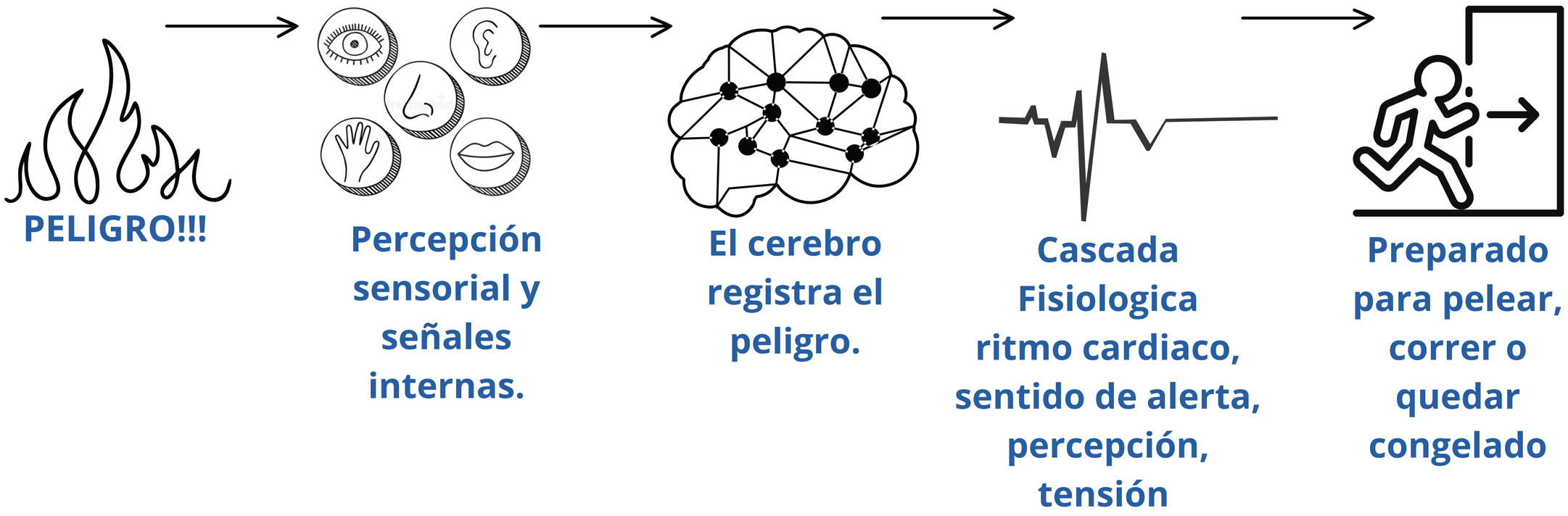
ESTRÉS Y ANSIEDAD

Señalización saludable

La *señalización* se puede conceptualizar como la capacidad del cerebro para advertirnos acerca de situaciones potencialmente peligrosas. Este aviso es captado por los sentidos (oído, tacto, olfato, visión o gusto), los cuales transmiten una señal al cerebro que desencadena una serie de respuestas fisiológicas que preparan al cuerpo para reaccionar ante la señal percibida. Comprender este proceso es crucial para el autoconocimiento, ya que permite identificar síntomas físicos y emocionales que podrían estar señalando riesgos para la salud mental o situaciones que requieren atención y apoyo.

Observen el siguiente escenario: Una persona se encuentra frente a un incendio (peligro), percibiendo el crepitar de las llamas o detectando el olor del humo. Estas señales son recibidas por el cerebro, que reacciona activando diversas respuestas fisiológicas, como el aumento del ritmo cardíaco, la tensión muscular, la liberación de adrenalina y el flujo sanguíneo dirigido hacia los músculos. Es esta reacción fisiológica, la que prepara a la persona para tomar medidas inmediatas: correr, enfrentar la situación o, en algunos casos, quedarse inmóvil con el objetivo de resguardar a la persona y evadir el peligro. **(figura 1).**

Figura 1: Señalización saludable.

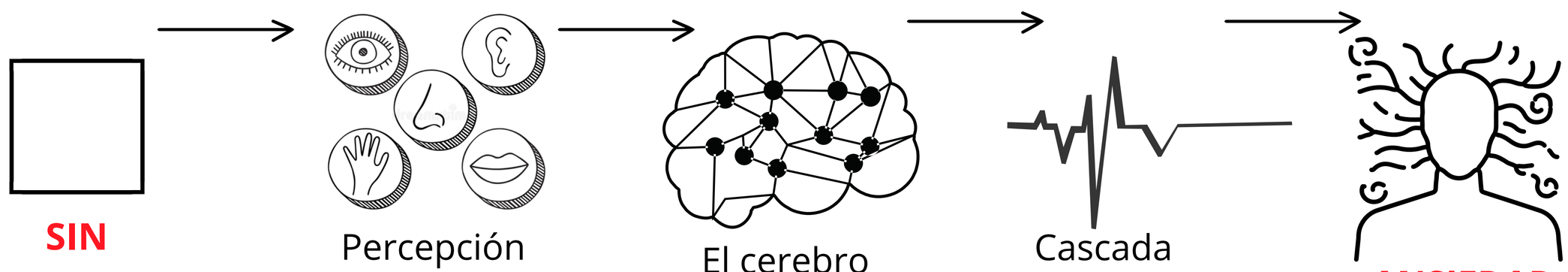


RECUERDE QUE..

LA SEÑALIZACIÓN ES LA FUNCIÓN QUE CUMPLE EL CELEBRO PARA ALERTARNOS DEL PELIGRO.

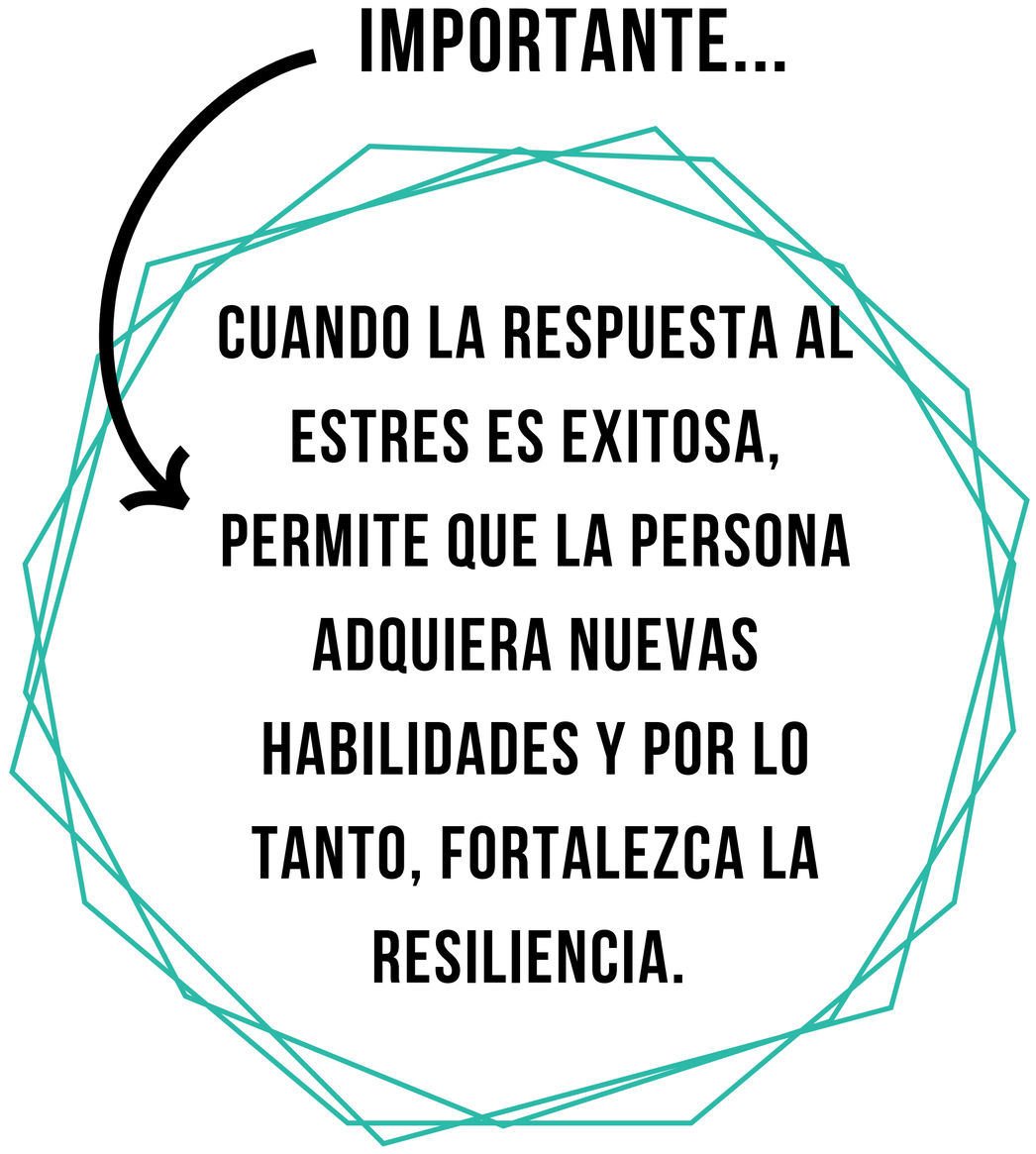
Ahora bien, **¿cómo se distingue la ansiedad del proceso de señalización?** En la ansiedad, *no hay un peligro real presente*. Aunque se sigue la misma secuencia que en la señalización saludable, lo que experimenta la persona en esta ocasión es una *respuesta desproporcionada a estímulos del entorno* que podrían ser tan inofensivos como una vela de cumpleaños. En este caso, se experimenta una reacción fisiológica similar a la que se tendría ante un incendio real, pero la respuesta del cuerpo no corresponde adecuadamente a la naturaleza no amenazante del estímulo. **(figura 2).**

Figura 2: Proceso de ansiedad.



Entonces **¿sucede lo mismo con el estrés?** Dentro del circuito de estrés, existen situaciones desencadenantes (una primera cita, prepararse para un examen, actuar en un concierto, hablar en público, mudarse de casa, entre otras) que provocan *una respuesta característica de estrés*, manifestada a través de sensaciones como la presión, tensión, nerviosismo, sudoración, temblores y dificultad para conciliar el sueño, pero es importante entender que estas sensaciones van a estar de acuerdo con la predisposición individual que tenga cada persona.

Esta reacción típica al estrés actúa como un ***motor de adaptación***, permitiendo que la persona no evada el problema, sino que termine familiarizándose con él. Aunque puede ser temporal, contribuye a la formación de procesos de adaptación, permitiendo que la persona se ajuste a las diversas situaciones del entorno. Como resultado, se generan aprendizajes de nuevas habilidades y una mayor adaptabilidad a los factores estresantes. Cuando esta respuesta es exitosa, puede traducirse en la adquisición de nuevas habilidades, fortaleciendo la resiliencia de la persona.



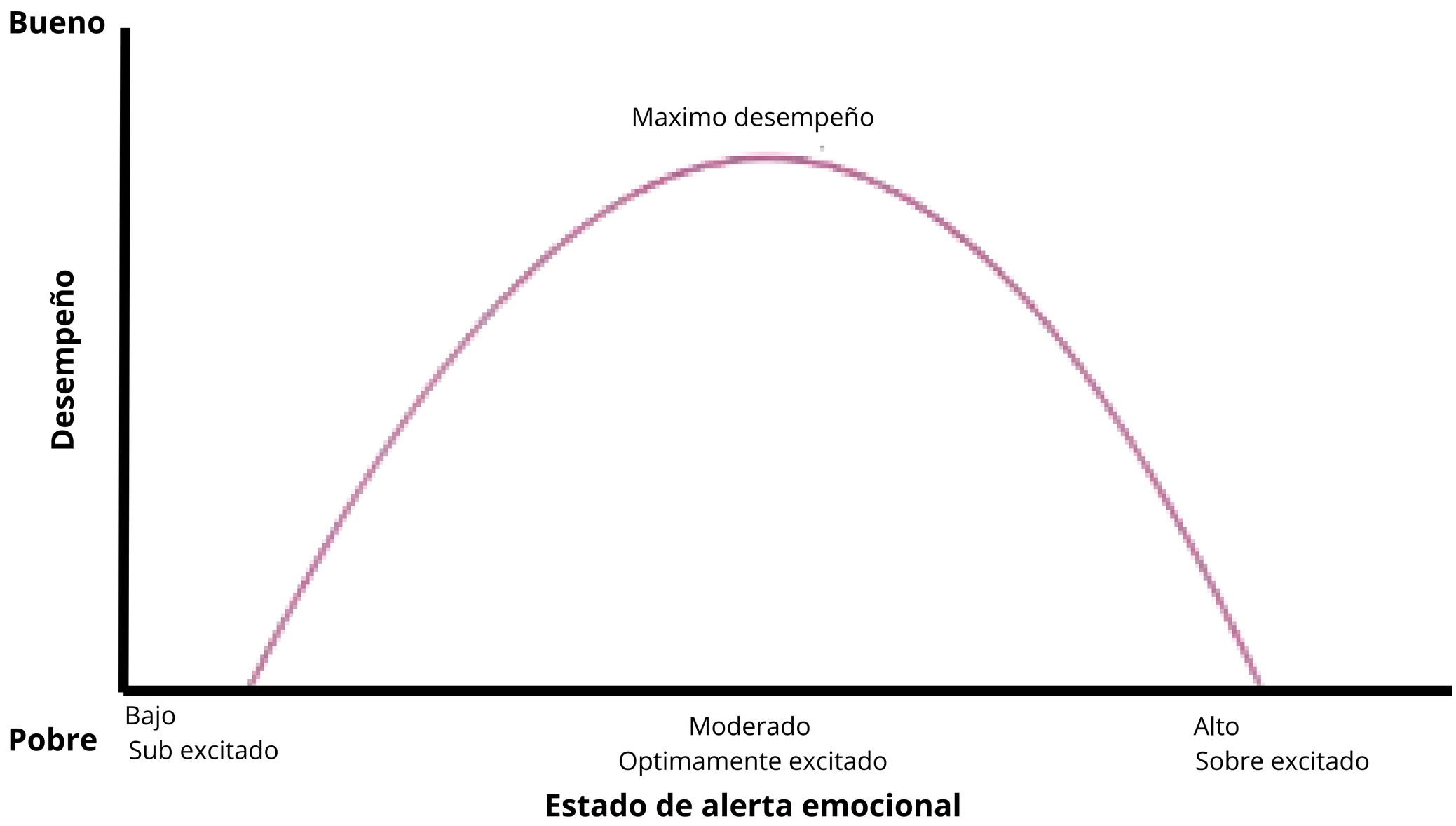
LA ANSIEDAD SE PRODUCE CUANDO LA RESPUESTA EMOCIONAL DE UNA PERSONA ANTE ESTÍMULOS INOFENSIVOS DEL ENTORNO ES DESPROPORCIONADA.

Pero, **¿Cuál es la diferencia entre una respuesta al estrés y una respuesta a la ansiedad?** La situación desencadenante y la reacción son idénticas en ambos casos; sin embargo, la diferencia radica, en los **resultados** cuando se trata de la ansiedad. De esta manera, una persona que experimenta una respuesta de ansiedad enfrenta la situación de manera *disfuncional*, optando por el retiro o la evasión. Dada la magnitud de esta respuesta, la persona no logra aprender y, por ende, su efectividad en la situación se ve comprometida. Por lo tanto, la respuesta dada ante esta situación, se convierte en un obstáculo para el desarrollo de estrategias adaptativas y aprendizajes frente a los desafíos del entorno.

LA DIFERENCIA ENTRE UNA RESPUESTA DE ESTRÉS Y UNA DE ANSIEDAD ES QUE LA PERSONA SE ENFRENTA A ESTA ULTIMA DE UNA MANERA DISFUNCIONAL, OPTANDO POR EL RETIRO O LA EVASIÓN.

Y **¿cómo funciona el cerebro en estos casos?** Para entender mejor se hace necesario observar cómo funciona la teoría de la U invertida entre estados de alerta y desempeño. (figura 3).

Figura 3: Relaciones en forma de U invertida entre estado de alerta y desempeño.



Cuando la persona estudiante se encuentra en el extremo izquierdo de la curva, en un estado de baja alerta **(figura 3)**, es posible que no le importe demasiado el resultado de un examen, lo que podría llevarlo a no prepararse adecuadamente y,

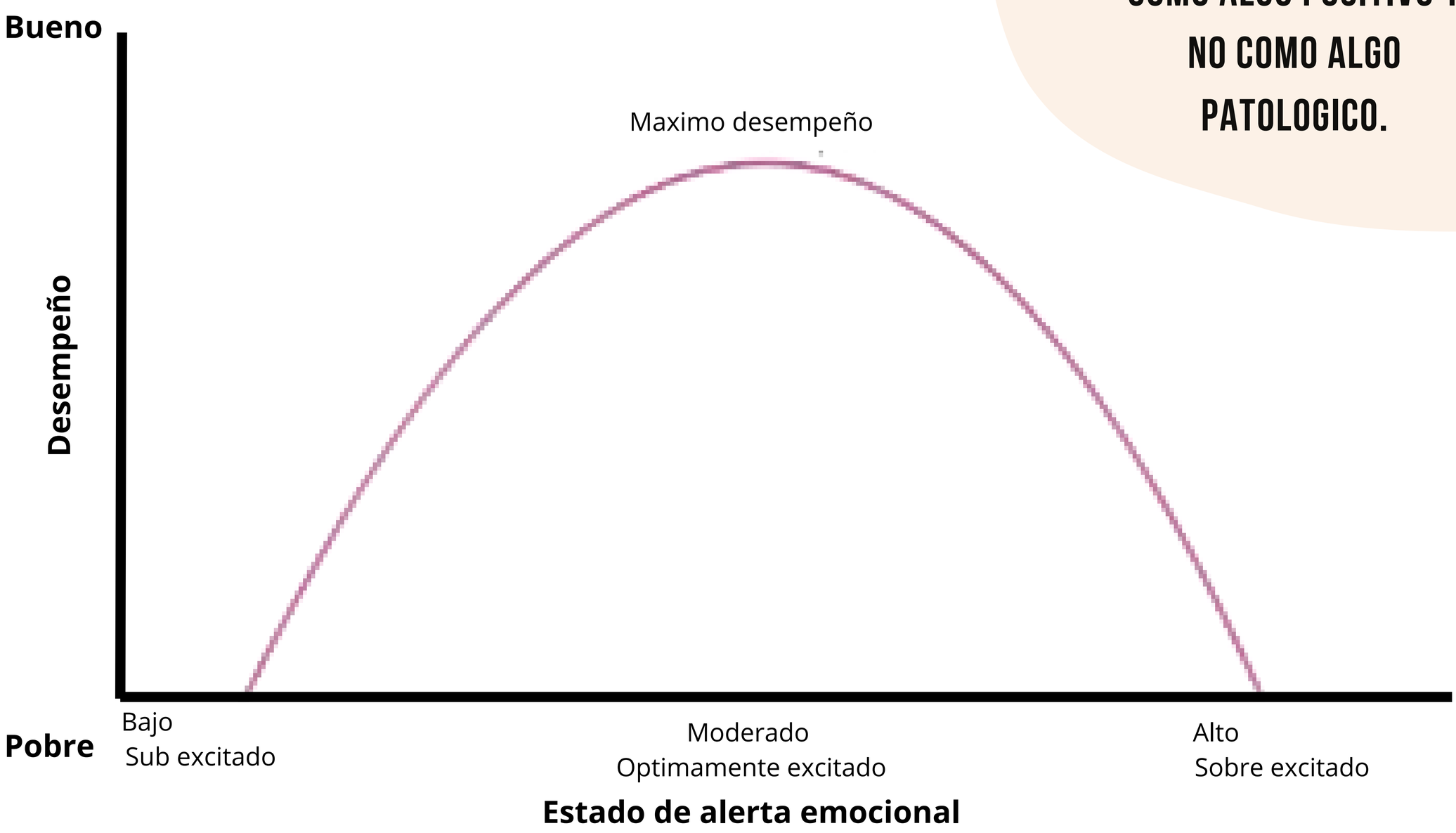
como consecuencia, el desempeño no será el mejor. Por otro lado, si se ubica en el extremo opuesto **(figura 4),** experimentando nervios a tal punto que no puede sostener el lápiz durante el examen, la preocupación intensa por el resultado, puede traducirse en un desempeño deficiente. La clave consiste en encontrar un equilibrio, permitiendo sentir cierto grado de nerviosismo, es decir, mantener un nivel de alerta que le permita enfocarse en la actividad a desarrollar.

Los atletas de élite comprenden este principio; para destacar en *situaciones de alta presión*, necesitan experimentar ciertos nervios, pero la diferencia radica en su **capacidad para controlar la respuesta al estrés y aprovechar el estado de alerta de manera beneficiosa.**

La persona estudiante, en muchas ocasiones, tienden a percibir la primera mitad de la curva como algo patológico, al igual que experimentar nervios antes de ir a la escuela. Pero en el trabajo con niños, niñas y adolescentes, es esencial ser claros y colaborar con ellos en la reinterpretación de la respuesta al estrés como **algo positivo,** especialmente en situaciones que demandan un rendimiento óptimo, puesto que, sentir cierta dosis de nervios y agitación ante un examen, es completamente normal, ya que el cerebro activa sus mecanismos, para ayudar a la persona a afrontar la situación con mayor eficacia.

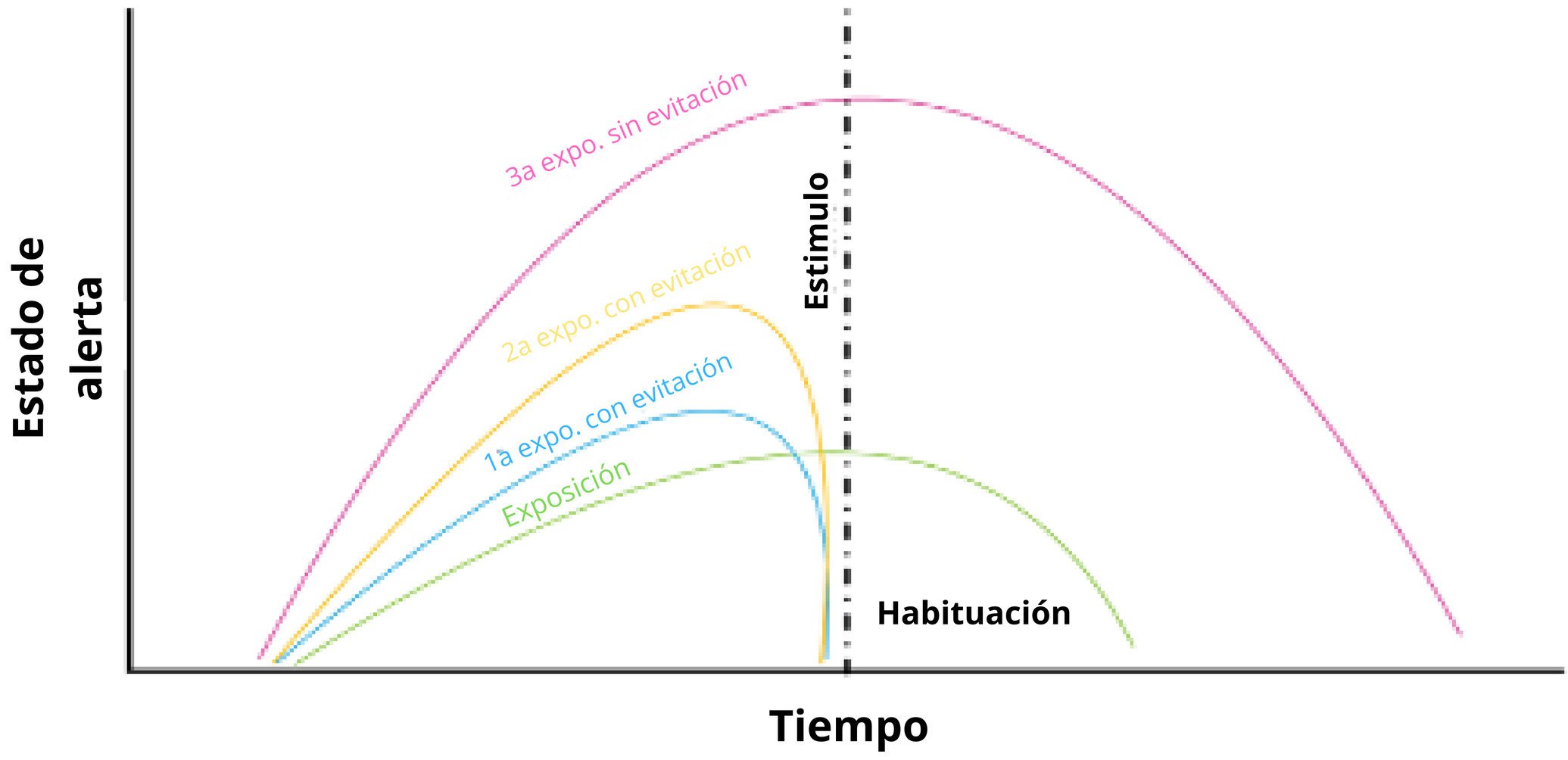
ES IMPORTANTE QUE LAS PERSONAS LOGREN REINTERPRETAR LA RESPUESTA AL ESTRES COMO ALGO POSITIVO Y NO COMO ALGO PATOLOGICO.

Figura 4. Curva de exposición.



En **la figura 5**, se observa el tiempo representado en el eje horizontal y el estado de alerta o respuesta al estrés en el eje vertical. La línea punteada ilustra un *evento estresante* en un momento específico, por ejemplo, la aproximación de un examen de matemáticas. En la **línea verde,** se evidencia como el nerviosismo aumenta a medida que se acerca el evento. Al comenzar a escribir el examen o posiblemente al concluirlo, **la alerta o nerviosismo disminuye.** Este fenómeno, es conocido como *habituación,* y se refiere al periodo en el cual una persona empieza a sentirse mejor después de acostumbrarse a un factor estresante. Esta sería la respuesta típica al estrés en una persona que se encuentra en una situación de este tipo. El desencadenante podría ser diverso, como hablar en público, mudarse de casa o subir una escalera.

Figura 5. Curva de exposición.



Observe ahora la **línea azul.** Sí antes de un examen un estudiante experimenta un nivel de nerviosismo insoportable en donde llega a la conclusión que la mejor forma de afrontar esta situación es no presentando el examen, la respuesta de estres se disipa y desaparece. Evadir o evitar la situación generadora de estrés se revela como un método altamente efectivo para reducir el nivel de alerta en ese instante.

LA HABITUACIÓN SE REFIERE AL PERIODO EN EL CUAL UNA PERSONA EMPIEZA A SENTIRSE MEJOR DESPUÉS DE ACOSTUMBRARSE A UN FACTOR ESTRESANTE.

El problema con esta estrategia, es que, la persona estudiante al evadir el estímulo, genera una respuesta inmediata de alivio al estrés, pero con esa acción, también se aumenta el nivel de alerta, y cada vez que se encuentre en una situación similar, la respuesta va a ser la misma, escalando el estado de alerta, tal como lo muestra **la figura 5** en la **línea amarilla** y en la línea **rosada.**
línea amarilla.

Por lo tanto, al acercarse el examen, la persona siente una mayor necesidad de evitar este. Sin embargo, llega un punto en el que ya no es posible eludir la prueba, puesto que las personas educadoras ya se percataron de su tendencia a retirarse y le han reprogramado el examen, eliminando cualquier alternativa de evasión. Mas allá de solucionar la situación que le provoca estrés lo que esto genera es que el periodo de habituación sea más prolongado debido a los niveles elevados de alerta que se alcanzaron al evadir el evento estresante.

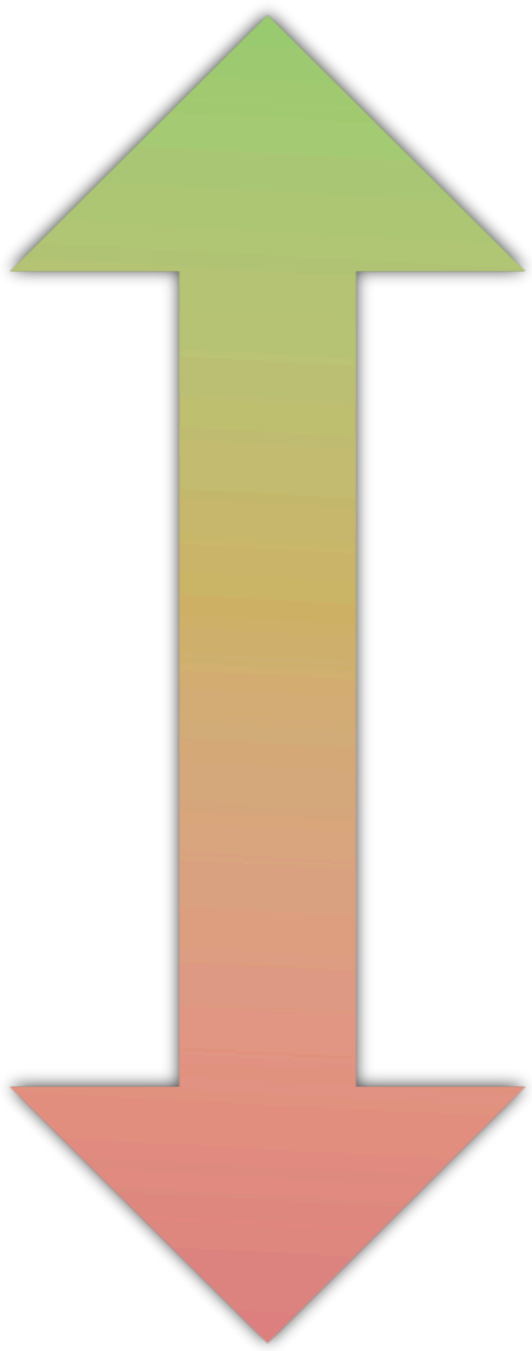
Entre más la persona estudiante se retire de la situación que le hace sentir nervios, más intensa es la ansiedad o la respuesta al estrés. No obstante, al incrementar la práctica de la exposición a ese estímulo, la curva tiende a disminuir. Por ejemplo, si alguien experimenta ansiedad ante los exámenes y realiza pruebas de práctica en un entorno similar, con el tiempo la línea rosada asociada a su respuesta al estrés se reducirá. Este proceso se conoce como desensibilización sistémica.

TENGA EN CUENTA QUE...

EVADIR O EVITAR LA SITUACIÓN GENERADORA DE ESTRÉS ES UN MÉTODO ALTAMENTE EFECTIVO PARA REDUCIR EL NIVEL DE ALERTA, SIN EMBARGO, ESTO GENERA QUE EL PERIODO DE HABITUACIÓN SEA MAS PROLONGADO Y SE CORRE EL RIESGO DE QUE ESTA ACCIÓN, SE GENERALICE EN OTRAS ACTIVIDADES.

Tipos de estrés

De acuerdo con el Centro sobre Niñez en Desarrollo de la universidad de Harvard han identificado tres categorías principales para clasificar el estrés:



Estrés positivo: Este es relativamente breve e impulsa a la motivación. Utilizan el factor estresante como una oportunidad y promueve la adaptación. Un ejemplo de esto puede ser cuando la persona estudiante se enfrentan diariamente a las tareas o situaciones sociales y nos las evaden.

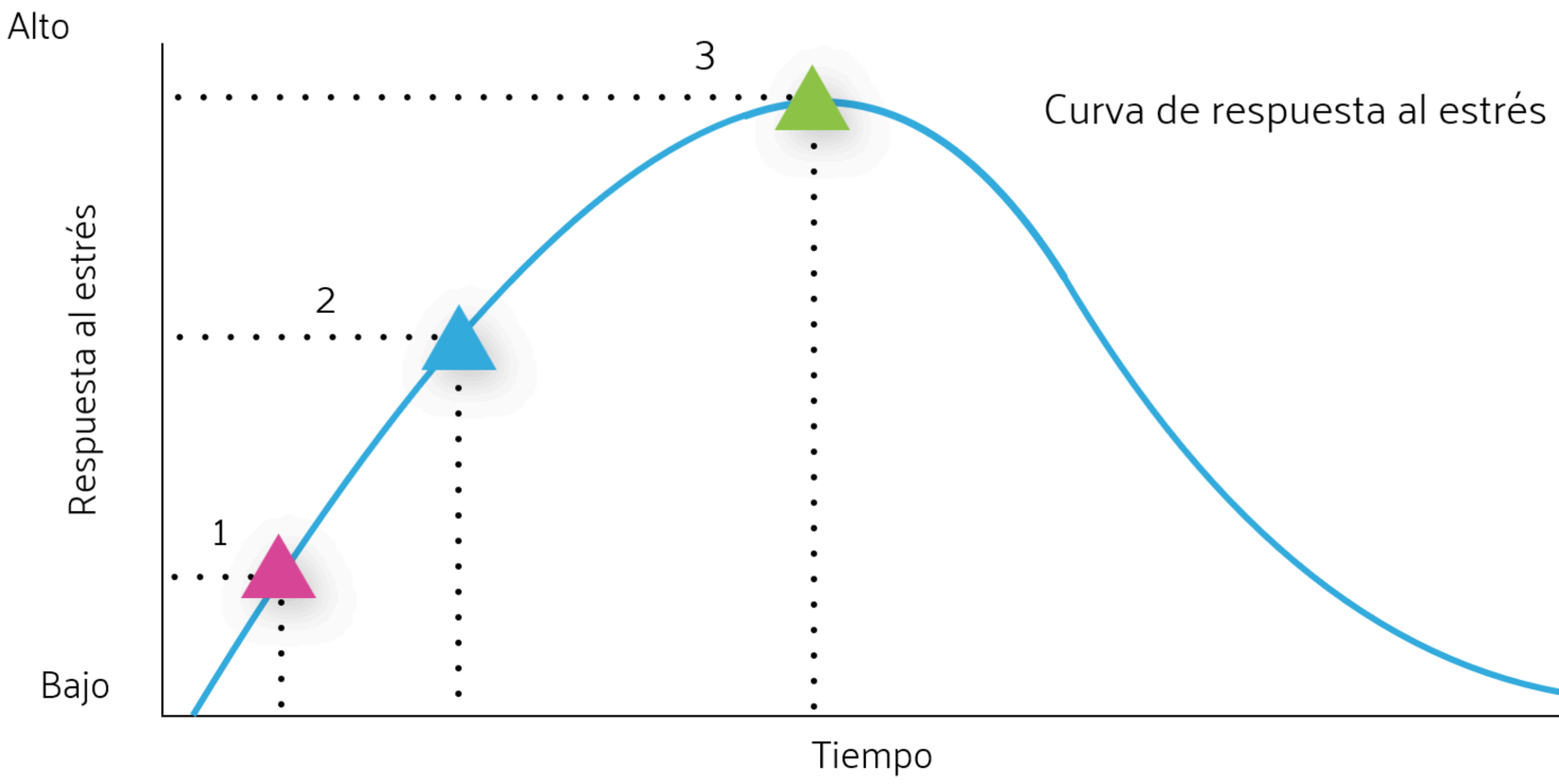
Estrés tolerable: tiene un impacto serio en el desarrollo de las actividades diarias, pero es temporal y atenuado por las relaciones de apoyo. No es tan bueno, pero se puede sobrellevar.

Estrés toxico: situaciones extremas de abuso físico o sexual, negligencia crónica o situaciones de gran magnitud. Estos afectan negativamente el desarrollo del cerebro. Es importante evitar el estrés crónico a toda costa, dada las implicaciones tan grandes que pueden tener en el desarrollo de la persona estudiante.

De acuerdo con lo anterior, observe **la figura 6** en donde se presenta otra curva de respuesta al estrés. La línea punteada que esta en el centro de la figura simboliza un evento para el cual la persona estudiante se prepara, en este caso podría ser un examen de matemáticas. A medida que se acerca el evento, la ansiedad experimenta un incremento progresivo. En el gráfico, se identifican tres puntos en los cuales es posible intervenir. Sin embargo, la mayoría de las veces, las intervenciones se realizan en el tercer punto **(triángulo verde)**, cuando el nivel de respuesta al estrés es elevado.

A MEDIDA QUE SE ACERCA ALGUN EVENTO, LA ANSIEDAD EXPERIMENTA UN INCREMENTO PROGRESIVO.

Figura 6. Tres cosas por hacer: la curva.



En los casos en que la respuesta al estrés sea alta, se puede utilizar diferentes estrategias que permiten gestionar el nivel de estrés, como lo es la técnica de respiración cuadrada, la cual a través de respiraciones profundas puede mejorar la sensación de malestar. Tambien existen otras más especializadas como la visualización guiada o entrenamiento de respiración consciente, pero cualquiera de esta técnicas pueden aplicarse de forma sencilla y en la situación en que la persona joven estudiante la necesite.

Veamos un ejemplo aplicado a la **curva de estrés (fugura 6)** un grupo de estudiantes se está preparando para un examen de matemáticas. En el **punto 1** de la curva, donde el estrés apenas comienza, es fundamental identificar qué lo está activando: una persona estudiante puede sentirse ansioso(a) por temor a decepcionar a su familia, mientras que otro(a) puede estar inquieto(a) por tener que rendir el examen frente a muchas personas. Este paso se conoce como **atribución cognitiva,** y consiste en reconocer conscientemente cuál es el origen del malestar.

En el **punto 2**, la atención se dirige a la acción: ¿qué puedo hacer para afrontar la situación? Aquí se plantean estrategias adaptativas como preparar un plan de estudio, practicar con un compañero o hablar con una persona adulta de confianza. Si se interviene en estos dos momentos —*comprendiendo la causa del estrés y tomando medidas concretas*— es probable que se evite llegar al **punto 3**, donde el estrés ya alcanza niveles altos y puede afectar el rendimiento o el bienestar emocional.

Este abordaje temprano no solo favorece el manejo del estrés, sino que promueve el desarrollo de habilidades de afrontamiento útiles para muchas otras situaciones desafiantes en la vida escolar y personal.

Si se observa a un estudiante manifestando nervios debido a la realización de un examen en un grupo numeroso, una intervención efectiva podría consistir en practicar el desempeño en situaciones similares. En este sentido, una sugerencia podría ser:

- liniciar con tareas más simples.
- Realice un examen de prueba frente a un amigo.
- Escale el nivel de exposición, es decir, realice el examen en presencia de dos, tres o más amigos.
- De esta manera, se va llegando progresivamente al estímulo que preocupa a la persona estudiante, permitiéndole enfrentarlo de forma gradual y controlada. A este proceso se le conoce como **desensibilización sistemática**, una técnica que, aunque no reemplaza otros abordajes terapéuticos, sí representa un apoyo valioso y ha sido utilizada con efectividad en distintos entornos de salud, especialmente en el manejo de fobias, ansiedad y estrés relacionado con situaciones específicas.

RECUERDE QUE...

ES IMPORTANTE NO DEPENDER DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN MUSCULAR O DE VISUALIZACIÓN GUIADA.

RECONOZCA EL PROBLEMA Y TRABAJE SOBRE EL.

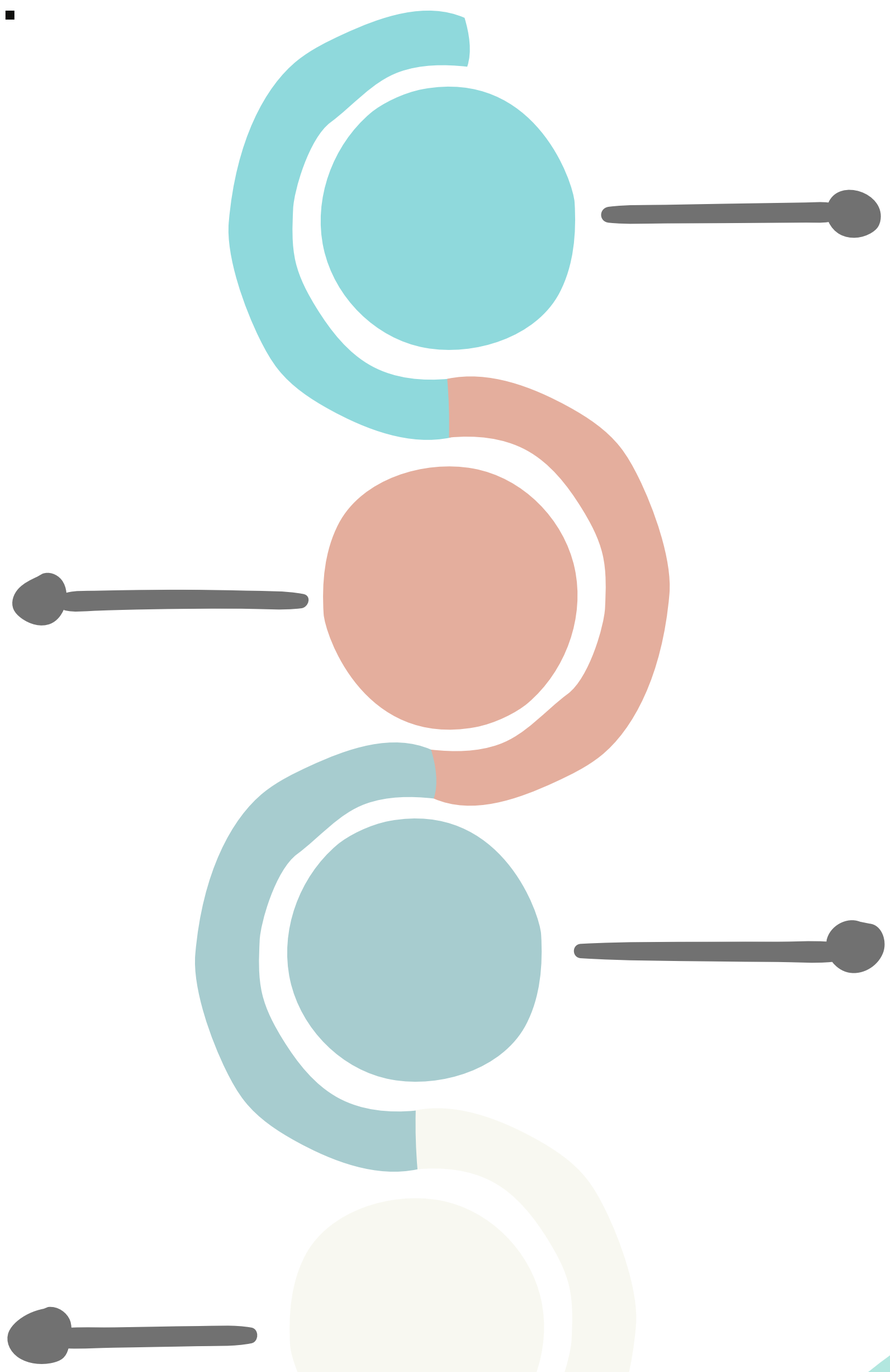
NO IMPORTA QUE TAN PROFUNDO SE RESPIRE, SI NO SE ESTUDIA PARA EL EXAMEN DE MATEMÁTICAS, LO MAS SEGURO ES QUE LO REPRUEBE

Tips para gestionar la respuesta al estrés y la señalización

En el proceso de abordar las emociones, es importante recordar que lo primero que se debe hacer, es ***identificar las sensaciones que experimentamos y sus posibles causas***. En el caso de una persona joven, se brinda apoyo si es necesario para comprender y expresar sus emociones. Posteriormente, se avanza ***hacia la comprensión del tipo de soluciones que podrían contribuir a resolver el problema.*** Este paso implica analizar de manera reflexiva las opciones disponibles y reconocer la forma en como se pueden aplicar eficazmente.

Finalmente, se incorporan ***técnicas de gestión del estrés para cultivar un enfoque saludable frente a las emociones.*** Estas estrategias no solo ayudan a mitigar el impacto del estrés, sino que también fomentan una respuesta más adaptativa y equilibrada ante las situaciones emocionales.

RECUERDE QUE...



Está bien sentir preocupación al acercarse un evento, ya que es la respuesta natural del cerebro, intentando prepararse para ayudar a mejorar el desempeño de la persona.

Es preferible designarle el nombre de ***preocupación por el examen o estrés por el examen que ansiedad***, ya que el estrés es normal y la ansiedad es una palabra diagnostica que describe un trastorno.

Siempre habrá factores de estrés en nuestras vidas. Es importante aprender de esas experiencias y usarlas para descubrir como adaptarnos.

La mayoría de personas experimentan cierto nivel de respuesta de estrés por hacer exámenes. Es adaptativo. Pero algunas lo presentan frecuentemente, estas personas tal vez requieran evaluación o asistencia adicional.

NO OLVIDE...

ES COMPLETAMENTE COMÚN EXPERIMENTAR PREOCUPACIÓN AL ACERCARSE UN EVENTO.

Recomendaciones finales.

Evite la tendencia a patologizar lo que es considerado normal.

Fomente la toma de riesgos y la perseverancia, promoviendo la valoración del esfuerzo y el aprendizaje sobre la simple apariencia de ser "inteligente".

Implemente intervenciones de respuesta al estrés, como la práctica regular de ejercicio, una alimentación saludable, técnicas de respiración cuadrada, entre otras.

Estimule el estudio efectivo y hábitos saludables, destacando la importancia de una preparación adecuada para optimizar el rendimiento académico.

En la preparación para los exámenes, considere la ubicación y detalles logísticos.

Incentive percepciones realistas respecto a las calificaciones esperadas y la importancia de los resultados.

Recuerde que, si el resultado no es el esperado, este puede tener un carácter adaptativo, ya que brinda oportunidades para aprender, crecer y fortalecer habilidades personales. Es fundamental trabajar con la población estudiantil la idea del **error como parte natural del proceso de aprendizaje**, abordándolo de forma preventiva, para que no sea vivido como una amenaza, sino como **una instancia de reflexión y mejora**. Cuando se presenta la situación, brinde retroalimentación constructiva que motive a las personas estudiantes a seguir esforzándose, a identificar lo que pueden hacer diferente y a desarrollar resiliencia frente a los desafíos académicos y emocionales.

Trastornos mentales de la señalización: Trastorno de ansiedad

Los trastornos de ansiedad constituyen una categoría significativa de condiciones psicológicas que afectan a un amplio espectro de la población. La ansiedad, aunque es una respuesta natural ante situaciones de amenaza, puede tornarse patológica cuando se presenta de manera excesiva e incontrolable, interfiriendo con las actividades diarias y el bienestar emocional. En este apartado, se explorara las principales características de los trastornos de ansiedad y los posibles tratamientos desde una perspectiva integral de salud mental.

Trastorno de ansiedad generalizado:

Suele aparecer cuando no se logra identificar con claridad que es lo que le preocupa a la persona, a la vez que se observa incapacidad para identificar el porqué de esta preocupación. Se pueden observar cómo maestros expertos de la preocupación ya que encuentran cualquier aspecto de su entorno como motivo para inquietarse, interfiriendo con la capacidad de disfrutar de la vida o de realizar actividades que antes les proporcionaban satisfacción. En algunos casos, esta preocupación se acompaña de síntomas físicos, como dolores de cabeza o malestares estomacales, aunque no se identifique una causa médica evidente para estas manifestaciones.

Trastorno por ansiedad social:

La edad típica de aparición de este trastorno es alrededor de los 14 años y entrando a la adolescencia. Una característica común es que las personas estudiantes se retiren o eviten situaciones sociales. El miedo al escrutinio es extremo y desproporcionado, en comparación con una persona joven que experimentaría normalmente una situación similar. Con frecuencia son personas que desesperadamente quieren tener amigas o amigos, pero el miedo es tan intenso que nos les permite conectar. Va más allá de no querer hacer una presentación en clase o participar en algún teatro o baile de la escuela. En el caso de las personas estudiantes con este tipo de complicaciones, pueden dejar de ir a la escuela o aislarse.

Trastorno de pánico:

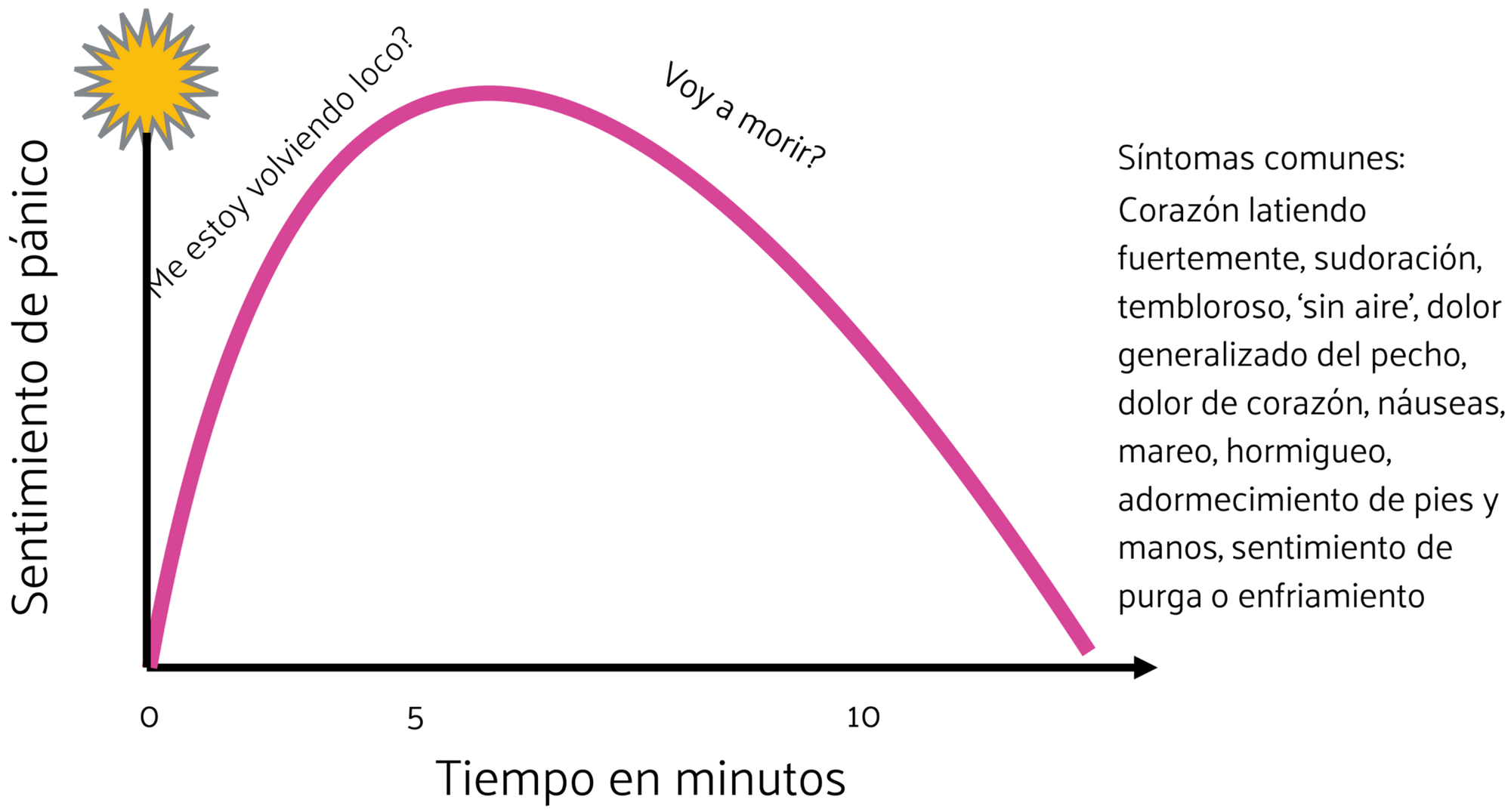
Este trastorno es diferente al ataque de pánico que comúnmente se puede llegar a experimentar a lo largo de la vida. Pero ¿Cómo funciona?:

Ataque de pánico: se puede entender como una ola de ansiedad que abruma a la persona: corazón acelerado, náuseas, dificultad para respirar, mareos como si se fuéran a desmayar. Los ataques de pánico no son cómodos de experimentar, pero suelen resolverse en 20 o 30 minutos tras los que regresa la sensación de normalidad. Y esto no necesariamente significa que se tenga un trastornos de pánico. **(ver figura 7).**

Trastorno de pánico: Ataques de pánico frecuentes y aleatorios, acompañados por un sentimiento de miedo de futuros ataques. Una persona que experimenta esto con frecuencia, evitara ir a lugares en donde ha tenido ataques de pánico sintiendo el riesgo de un nuevo ataque. Posiblemente, una persona joven que haya tenido un ataque de pánico en la escuela (y piense que la escuela es la razón de su ataque), podría evitar ir a este sitio en el futuro. Esta situación, suele comenzar en la adolescencia tardía o la adultez temprana y puede ser muy debilitante. Muchas veces se puede experimentar como si se estuviera teniendo un infarto y esto suele ser muy desconcertante. Las personas jóvenes con trastorno de pánico, pueden beneficiarse mucho de que alguien le ponga un nombre a lo que le sucede.

Entender la diferencia entre lo que ***es un ataque de pánico y un trastorno de pánico***, permite comprender las dificultades que cada persona esta experimentando y por lo tanto, abordar la situación lo mas pronto posible.

Figura 7. Ataque de panico.



Tratamiento para el trastorno por ansiedad

Los Tratamientos psicológicos, tales como la Terapia Cognitivo Conductual son efectivos y se considera como un tratamiento de primera línea.

Los medicamentos pueden ser necesarios en casos severos, pero su indicación y seguimiento deben estar a cargo de profesionales de la salud. No es competencia del personal educativo recomendar su uso; su rol es acompañar y facilitar la referencia a los servicios especializados cuando sea necesario.

Es importante asegurarse que las adaptaciones para los trastornos de ansiedad no interfieran con las intervenciones diseñadas para tratar el trastorno por ansiedad (Asegúrese que los arreglos para mejorar la respuesta a ciertos estímulos no se conviertan en una evitación).

Recuerde.

Si los trastornos de ansiedad no son abordados adecuadamente, las consecuencias pueden ser significativas. En el caso de las personas jóvenes, existe la posibilidad de que recurran al consumo de sustancias como la nicotina o el alcohol, siendo esto un mecanismo para gestionar sus sentimientos de ansiedad. Esta estrategia de afrontamiento puede traer impedimentos disfuncionales tanto en su rendimiento académico como en su capacidad de socialización. Además, la relación entre la ansiedad y la depresión es estrecha. Un joven que experimenta síntomas de ansiedad puede optar por retirarse o aislarse, lo cual puede desencadenar sentimientos de tristeza y, en última instancia, contribuir al desarrollo de un cuadro depresivo. Por lo tanto, abordar los trastornos de ansiedad no solo es esencial para mitigar el impacto directo de la ansiedad, sino también para prevenir posibles complicaciones y trastornos coexistentes.

UN JOVEN QUE EXPERIMENTA SÍNTOMAS DE ANSIEDAD PUEDE OPTAR POR RETIRARSE O AISLARSE, LO CUAL PUEDE DESENCADENAR SENTIMIENTOS DE TRISTEZA Y, EN ÚLTIMA INSTANCIA, CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE UN CUADRO DEPRESIVO.

Trastorno de Estrés Postraumático: Diferenciación y Análisis desde el encuadre del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica

En este apartado se analizará el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con el fin de diferenciarlo de síntomas como la confusión, el estrés y la ansiedad, ya que estos, por sí solos, no pueden clasificarse como TEPT. En la vida cotidiana pueden ocurrir eventos que generen un impacto significativo y consecuencias en las personas, tales como la muerte de parientes, catástrofes, ser víctimas de un delito, acoso o prácticas abusivas. Estos eventos pueden provocar diversos síntomas o reacciones, como taquicardia, pensamientos negativos recurrentes, miedos injustificados, sensación de susto, tristeza o llanto injustificado, sentimiento de persecución o incluso el impulso de huir.

IMPACTO DE LOS EVENTOS TRAUMÁTICOS

Los eventos traumáticos pueden maximizar las reacciones, lo que puede generar una repetición de los síntomas y convertirse en un hábito en el organismo. Este aprendizaje reactivo puede y debe ser gradualmente modificado hasta encontrar las mejores estrategias de afrontamiento para cada caso. El acompañamiento del sistema médico y educativo es crucial para guiar en el autoreconocimiento de los patrones reactivos y para la gestión de nuevas formas de reacción ante las situaciones vividas. Es importante anotar que en determinados contextos, los determinantes sociales y económicos, pueden afectar las estrategias de afrontamiento.

El TEPT se caracteriza por síntomas que afectan el funcionamiento diario durante más de seis meses. Estos síntomas incluyen **hiperexcitación, evasión, pensamientos negativos, estados de ánimo depresivos y reviviscencia de momentos traumáticos.**

Ante esto la persona desarrolla distintos mecanismos de afrontamiento.

Sin embargo, las reacciones generadas en el evento que provocó el trauma pueden repetirse como producto del impacto y en algunos casos, generar hábitos de respuesta al entorno, lo esperado es que éstas reacciones no lleguen a ser un aprendizaje reactivo involuntario, que afecte la funcionalidad de la persona, por eso desde el Centro Educativo se debe promover una escucha y atención activa que facilite el reconocimiento y la identificación para intencionar pensamientos en el aquí y el ahora que sitúen reacciones proporcionales al entorno y modifiquen la respuesta sobredimensionada que se aprendió en el pasado .

Para hablar de estrés postraumático, se debe ubicar en la cúspide de la pirámide de los estados mentales, a sabiendas de que éste es un padecimiento cuyos síntomas permanecen por un período mayor a seis meses y puede ser diagnosticado por el sistema médico.

	REACCIONES INMEDIATAS	REACCIONES TARDÍAS
EMOCIONAL	• Entumecimiento y distanciamiento • Ansiedad o miedo intenso • Ira • Tristeza • Impotencia • Negación • Estado de shock	• Irritabilidad y/o hostilidad • Depresión • Cambios de humor, inestabilidad • Ansiedad (ej., fobia, ansiedad generalizada, ataque de pánico) • Desapego emocional • Vergüenza • Sentimientos de fragilidad y/o vulnerabilidad
FÍSICO	• Náuseas y/o malestar gastrointestinal • Sudoración o escalofríos • Desmayos • Temblores musculares o temblores incontrolables • Aumento del ritmo cardíaco, la respiración y la presión arterial • Fatiga o agotamiento • Mayor respuesta de sobresalto	• Alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas) • Somatización (p. ej., mayor concentración y preocupación por dolores y molestias corporales) • Cambios en el apetito y la digestión • Menor resistencia a resfriados e infecciones • Fatiga persistente • Niveles elevados de cortisol • Efectos a largo plazo en la salud, incluidas enfermedades cardíacas, hepáticas, autoinmunes y pulmonares obstructivas crónicas
COGNITIVO	• Dificultad para concentrarse • Rumia o pensamientos acelerados (p. ej., repetir el evento traumático una y otra vez) • Distorsión del tiempo y el espacio (p. ej., el evento traumático puede percibirse como si estuviera sucediendo en cámara lenta, o unos pocos segundos pueden percibirse como minutos) • Problemas de memoria (p. ej., no poder recordar aspectos importantes del trauma)	• Recuerdos intrusivos o flashbacks • Reactivación de eventos traumáticos previos • Autoculpa • Preocupación por el evento • Dificultad para tomar decisiones • Creencia de que los sentimientos o recuerdos son peligrosos • Generalización de desencadenantes (por ejemplo, una persona que experimenta una invasión de casa durante el día puede evitar estar sola durante el día) • Pensamiento suicida
CONDUCTUAL	• Reacción de sobresalto • Dificultad para expresarse • Conducta argumentativa • Mayor consumo de alcohol, drogas y tabaco • Retraimiento y apatía • Conductas evitativas	• Evitación de recordatorios de eventos • Alteraciones de las relaciones sociales • Disminución del nivel de actividad • Participación en conductas de alto riesgo • Mayor consumo de alcohol y drogas • Problemas en el rendimiento laboral o académico

*Elaborado por el Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública

Para hablar de estrés postraumático, se debe ubicar en la cúspide de la pirámide de los estados mentales, a sabiendas de que éste es un padecimiento cuyos síntomas permanecen por un período mayor a seis meses y puede ser diagnosticado por el sistema médico.

RECOMENDACIONES ANTE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS

Ante la presencia de síntomas, el personal de centro educativo puede promover la observancia y registro de los síntomas y señales del cuerpo a fin de verificar la frecuencia en la que se presentan e identificar el estímulo interno o externo que lo provoca. Esto permite obtener información y autoconocer el mecanismo que detona los síntomas: la información generada puede ser un insumo de conversación con el personal médico para la toma de decisiones en acciones preventivas y correctivas.

Uno de los síntomas que tienden a afectar la funcionalidad cotidiana es la ansiedad, la cual puede ser parcial o generalizada. En casos extremos puede provocar fenómenos de disociación; esto corresponde a un estado en el que la persona se desconecta de sí misma e incluso del momento presente. Esto puede generar distintos grados de gravedad e incluso en algunos casos puede requerir atención médica inmediata. La ansiedad debe ser reconocida como síntoma de riesgo y diferenciar los grados en que ésta se presenta.

Individual:	**Clase o centro educativo, o comunidad:**
Escuchar sus reacciones	Referir a instancias especializadas
Buscar ayuda especializada	No juzgar Incluirle en las actividades
Buscar información útil o personas con conocimiento basadas en evidencia	Dar el tiempo que requiere la persona para reestablecerse
Enfocarse en sus intereses y estructuras apego y ayuda	Escuchar Acompañarle

*Elaborado por el Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación Pública

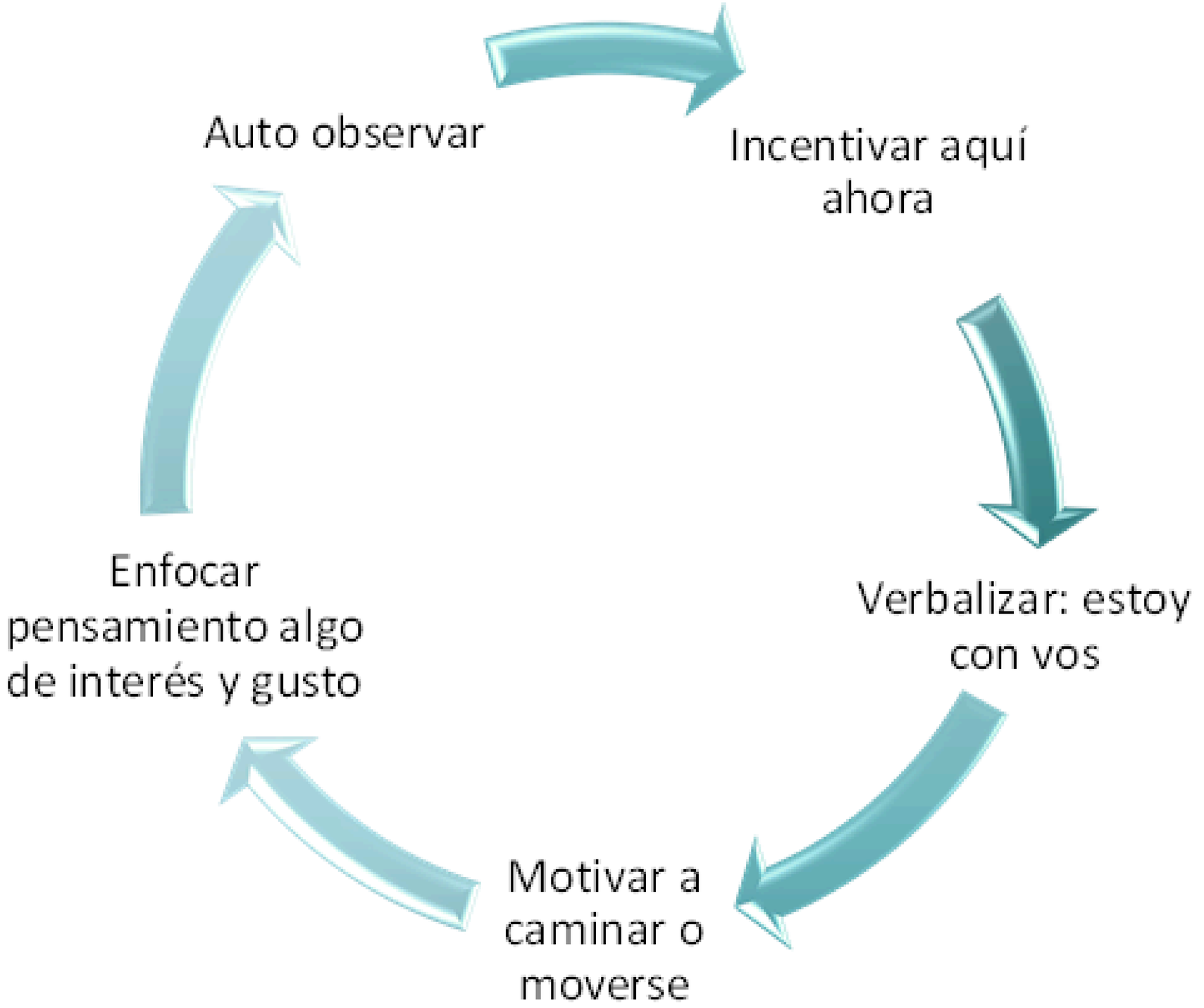
GUÍA PARA EL REGISTRO DE SÍNTOMAS

Para analizar patrones y buscar herramientas de afrontamiento, se sugiere una guía de preguntas:

- ¿Cuándo sucede?
- Circunstancias en las que sucede
- Personas presentes en ese momento
- Palabras o situaciones que provocan el efecto
- Patrones a evitar o mecanismos alternativos a establecer

ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL CENTRO EDUCATIVO

Tal y como se mencionó anteriormente el personal de centro educativo debe promover ambientes de autocuidado y autoconocimiento para esto las herramientas de registro son de gran utilidad. El uso y motivación para el registro de emociones o síntomas en términos de recurrencia para evaluar patrones es vital. A continuación se presenta un gráfico que dibuja los pasos recomendados, para orientar el acompañamiento desde el personal del Centro Educativo.



Reconocer y diferenciar los síntomas de ansiedad y confusión cotidiana del TEPT es fundamental. Cuando los síntomas prevalecen por más de seis meses, se debe referir al sistema médico para garantizar el apoyo adecuado. El objetivo es construir estrategias que faciliten la adaptación del estudiante al entorno y sus desafíos, diferenciando claramente los estados mentales asociados al estrés y al TEPT.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

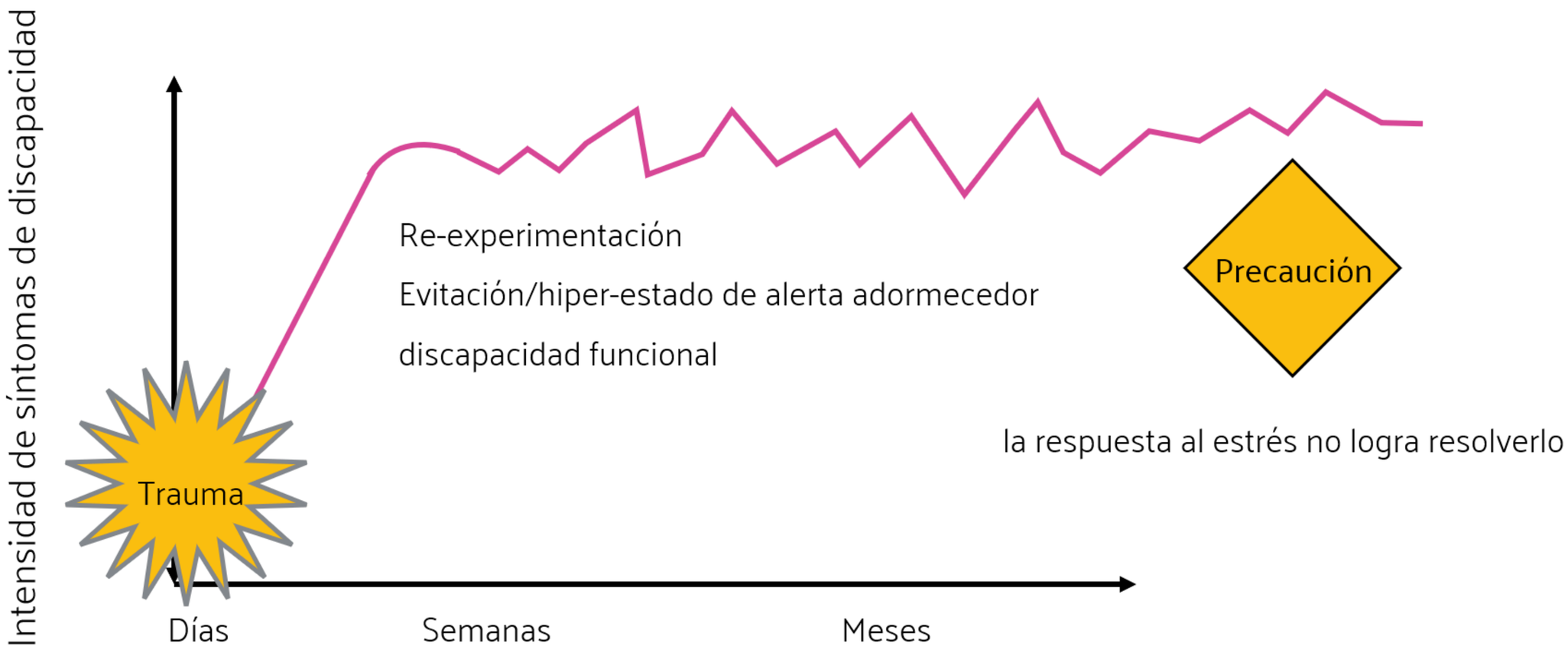
En este trastorno, la conexión con las señalizaciones es evidente, ya que se manifiesta a través de reacciones intensas ante estímulos asociados con eventos traumáticos del pasados. Sin embargo, su influencia se extiende más allá de lo meramente cognitivo, afectando también a funciones somáticas. Esta reactivación somática puede traducirse en respuestas físicas, como la activación del sistema nervioso autónomo, manifestándose a través de síntomas como la aceleración del ritmo cardíaco o la sudoración.

Cuando una persona se expone a una situación perturbadora, puede llegar a tener visiones lucidas de imágenes del pasado, pesadillas, dificultades para conciliar el sueño o incluso irritabilidad. Sin embargo, esta respuesta al estrés suele resolverse sin intervención, luego de unas semanas o meses, en donde la persona experimenta una reducción significativa de los síntomas. En algunos momentos, cuando una persona estudiante esta experimentando una respuesta aguda al estrés, se recomienda buscar apoyo en la comunidad con el fin de mantener la calma y seguir adelante.

LAS PERSONAS QUE SUFREN DE TEPT PUEDEN EXPERIMENTAR UNA SERIE DE SÍNTOMAS QUE AFECTAN SU BIENESTAR EMOCIONAL Y SU CAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN LA VIDA DIARIA.

Eventualmente, el cerebro suele almacenar los eventos en la memoria de largo plazo, emparejando los hechos con la emoción que los acompañó. A medida que pasa el tiempo y el evento se vuelve más lejano, la carga emocional tiende a disminuir y ambos elementos —recuerdo y emoción— se separan gradualmente. Sin embargo, en el caso del **trastorno de estrés postraumático (TEPT),** este proceso se altera: el cerebro no logra separar adecuadamente la emoción del recuerdo, lo que provoca que la experiencia se reviva con la misma intensidad emocional incluso mucho tiempo después.

Figura 6. Trastorno de Estrés Postraumático.



Una persona que experimenta estrés postraumático puede sentirse transportada al momento exacto del evento, incluso años después de que este haya ocurrido. Este trastorno, requiere intervenciones específicas para facilitar la recuperación. Entre estas intervenciones, destacan las terapias de contexto progresivo o de desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, brindando a la persona la oportunidad de reprocesar los eventos traumáticos en un ambiente terapéutico seguro, lo que facilita el acceso a la memoria sin desencadenar respuestas de estrés intensas.

¿Cómo responder ante la presencia de eventos traumáticos en el centro educativo?

Imagina que se presenta una situación trágica, como la muerte accidental de un estudiante en el centro educativo. Ante este escenario, lo primero que se debe hacer es:

- Proveer información apropiada teniendo en cuenta la edad de la población.
- Determinar cuántas personas estudiantes deben recibir la información y de qué manera brindarla.
- Establecer un protocolo para abordar esta situaciones.
- Normalice las respuestas del estrés, ya que todas las personas estudiantes tendrán una desregulación, especialmente aquellos que eran cercanos a la persona.

- Ponga atención a aquellas personas estudiantes que se observan más impactadas y vulnerables.

- No olvide a las personas que laboran en el centro educativo. Confirme que todas las personas están seguras y atienda las necesidades inmediatas a través del soporte grupal, comunitario y escolar.

- No existe una respuesta correcta para un evento traumático en la escuela puesto que los climas y las culturas escolares son particulares de cada centro educativo. Algunas guias recomiendan mantener la rutina del centro educativo, ya que si se detiene todo para dirigir la atención a la tragedia, eso puede desregular a estudiantes que están en riesgo de experimentar un trastorno de estrés postraumático. En su lugar aplique el lema de mantener la calma y seguir adelante.

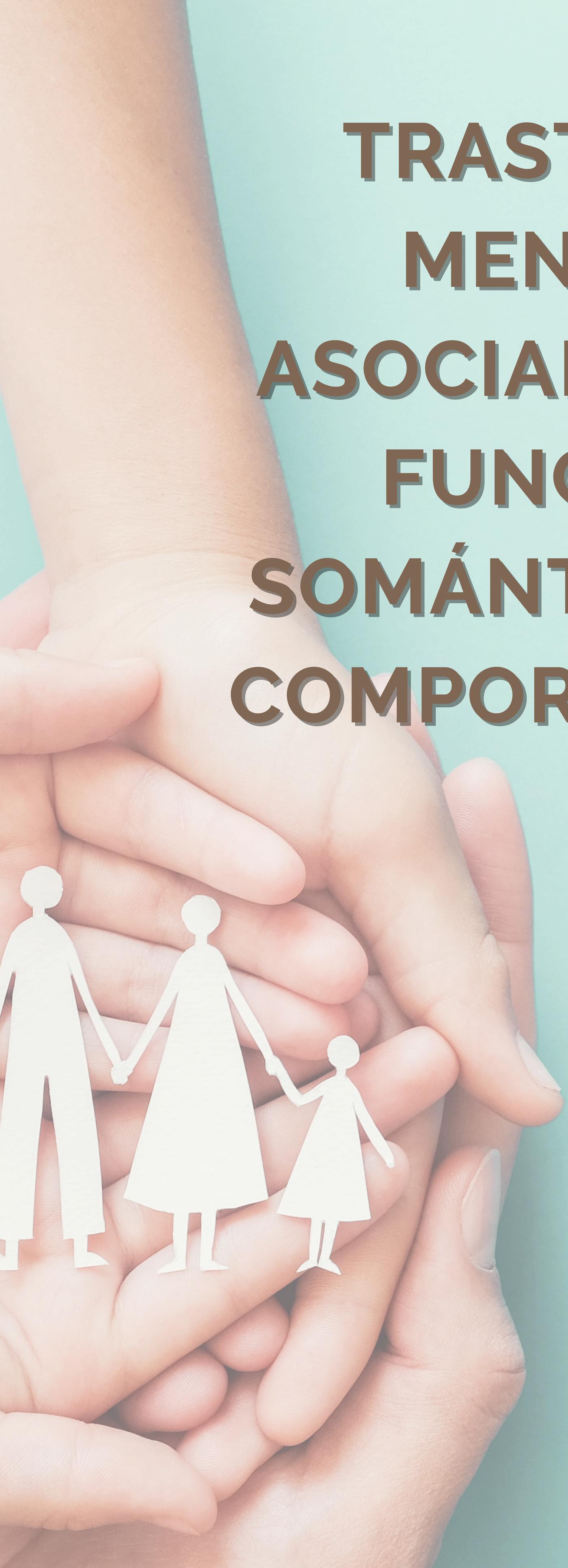
- Realice un chequeo liviano con las personas estudiantes por los cuales sienta preocupación y quienes estuvieron más cerca al evento traumático. Esto no quiere decir que todas y todos necesitan orientación, pero es bueno que sepan que ahí alguien a quien puede recurrir en el momento en que lo estimen conveniente y si se da el caso, poder dirigir a la persona hacia una orientación profesional.

Es de esperarse que durante las próximas 6 a 8 semanas se dé una respuesta aguda al estrés. Mas adelante, es importante sondear a la población para tener certeza que ninguna persona joven continue presentado síntomas. Si lo están, puede que necesiten apoyo para el TEPT.

Tenga en cuenta que...

- No existen respuestas fáciles para atender eventos traumáticos, por lo tanto, la presión de “hacer algo” puede que esté presente en el medio y se haga necesario adoptar una respuesta más medida o calculada.

TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A LAS FUNCIONES SOMÁNTICAS Y DE COMPORTAMIENTO



Trastornos mentales asociados a las funciones somáticas y del comportamiento

Estos trastornos representan un campo complejo y multidimensional en el ámbito de la salud mental, donde las manifestaciones psicológicas y físicas se entrelazan de manera intrínseca. Comprender cómo los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales afectan directamente el bienestar físico es esencial para abordar integralmente las complejidades de estos trastornos. En esta ocasión, examinaremos la interacción entre las funciones somáticas y de comportamiento en el contexto de los trastornos mentales como pueden ser la bulimia, la anorexia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Bulimia.

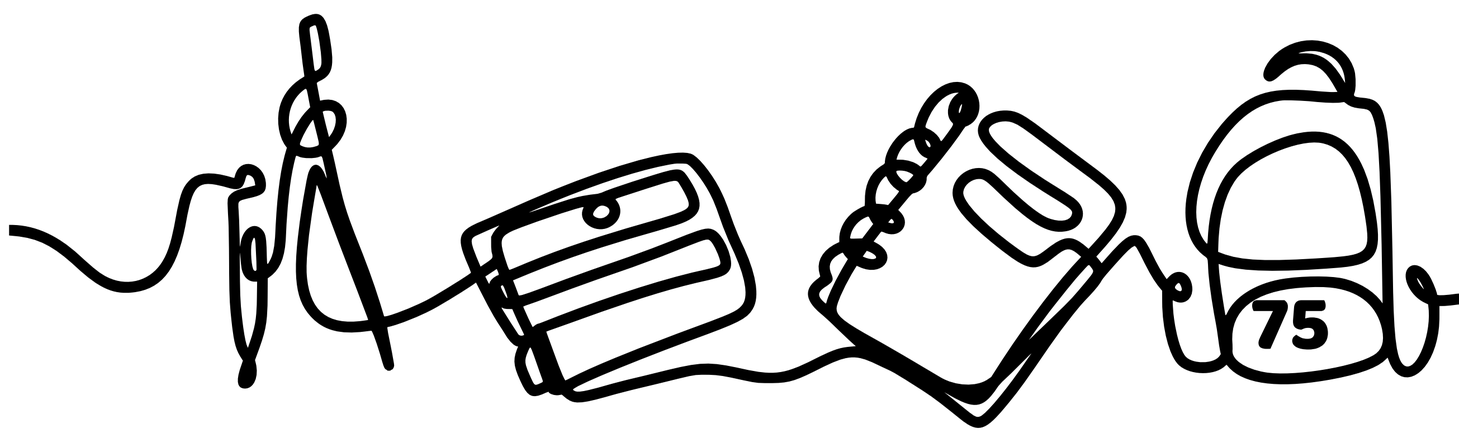
La bulimia, es un trastorno alimenticio complejo, se caracteriza por patrones de alimentación cíclicos, en los cuales la persona se entrega a episodios de ingesta excesiva de alimentos para luego inducir el vómito como método de purga. Este trastorno, que suele tener su inicio en la adolescencia, a menudo se mantiene en secreto y se comparte dentro de grupos sociales reducidos. La bulimia también presenta una fuerte asociación con comportamientos autolesivos, generando una comorbilidad que puede agravar aún más la salud mental de quienes la experimentan. Si se identifica a una persona estudiante con trastornos alimenticios, es importante analizar si también hay conductas autolesivas.

Anorexia.

RECUERDE QUE..

LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION SON 10 VECES MAS COMUNES EN MUJERES QUE EN HOMBRES

La anorexia se distingue por restricciones severas en la ingesta calórica. Las personas jóvenes afectadas por este trastorno pueden recurrir a diversas estrategias, como el uso de pastillas de dietas, laxantes, o comportamientos purgantes, en un esfuerzo por alcanzar el peso deseado. Además, es común que se entreguen a una práctica excesiva de ejercicio con el objetivo de perder peso, llevando su índice de masa corporal a niveles peligrosamente bajos.

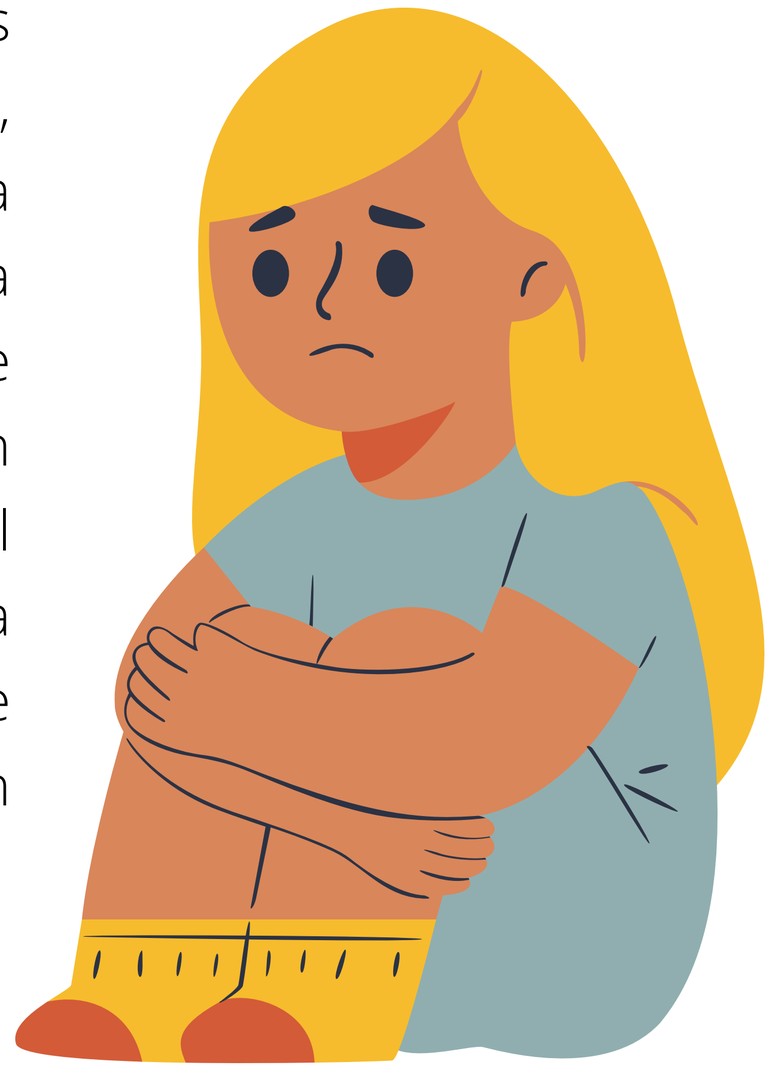


Hoy por hoy, existen muchas dietas disponibles para las personas jóvenes que se exponen a esa información; puede que una persona estudiante solo este siguiendo una dieta de tendencia y no tenga su alimentación trastornada y por fortuna, los trastornos alimenticios no son muy comunes ya que impacta a un 0.4% de la población mundial, pero son mucho más prevalente en las mujeres.

Un hecho importante en el abordaje de estos trastornos es que suelen ser resistentes al tratamiento, ya que cuesta crear intervenciones que tengan impactos significativos. En algunos casos la persona joven puede recibir tratamiento ambulatorio si el trastorno es moderado, pero en aquellas situaciones en que se observa severo, puede llegar a requerir hospitalización. Algunos tratamientos pueden llegar a ser largos y continuos y con frecuencia llegan a requerir la estadía de 12 semanas en algunos programas de recuperación y tratamiento.

LA ANOREXIA ES UNA DE LAS ENFERMEDADES MÁS LETALES SI NO SE TIENE EN CUENTA EL SUICIDIO EN LA ECUACIÓN.

Actualmente no existe medicación para tratar a las personas estudiantes con este trastorno, sin embargo, la terapia conversacional, en la forma de la terapia dialéctico conductual o la terapia familiar, es una forma de abordar este trastorno. Las personas jóvenes se pueden resistir al tratamiento, esto tiene que ver con el necesidad de tener un cierto peso, pero más, con el deseo de ejercer control. La persona joven tiende a controlar su ingesta de comida como una forma de sentir que tiene la capacidad de cambiar las cosas en su vida.



Al identificar a jóvenes que muestran signos de trastornos alimenticios, es esencia:

Evitar entrar en discusiones o luchas de poder relacionadas con la comida, ya que esto puede perjudicar la relación y alejar a la persona afectada.

Informe sobre la disponibilidad de recursos y apoyo en la escuela, enfatizando que no están solos en esta situación y que hay caminos hacia la recuperación.

Exprese su preocupación y abogue por qué reciba la evaluación médica y la atención necesaria.

Trastorno obsesivo compulsivo

Es un trastorno que puede ser muy debilitante y muchas veces las personas experimentan dos componentes. Por un lado, está el *pensamiento obsesivo recurrente* que puede llegar a ser muy angustiante. Estos pensamientos pueden orbitar alrededor de imágenes religiosas, de contaminación u otros componentes. Por otra parte la *compulsividad,* entendida como conductas recurrentes y repetitivas que consumen mucho tiempo y causan un aflicción, estrés significativo o impedimento funcional.

Una situación ilustrativa podría ser una persona que esta preocupada o imagina que alguien puede entrar en su casa y lastimar a su familia. La forma en cómo llegar a manejar esta imagen, podría ser revisando constantemente todas las puertas y ventanas antes de dormir, para asegurarse que están cerradas.

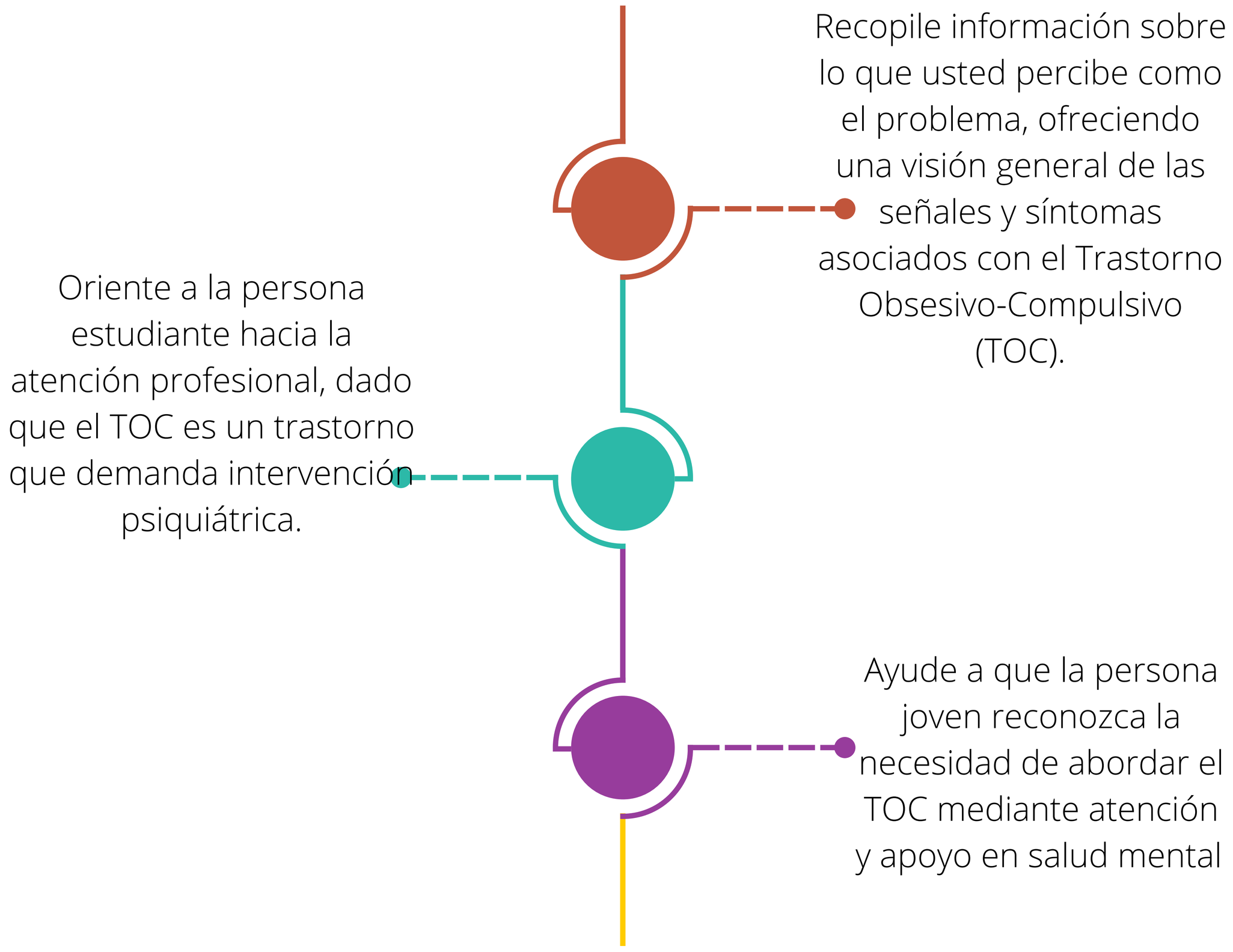
Estos comportamientos compulsivos suelen aparecer para aliviar la ansiedad generada por los pensamientos obsesivos, haciendo que la persona oscile entre *obsesión* (ideas o imágenes persistentes que provocan malestar) y *compulsión*)conducta repetitiva que se realiza para calmar esa angustia o evitar un daño temido), lo cual es extremadamente angustiante. Generalmente, las personas jóvenes no comprenden lo que les está sucediendo y solo experimentan una sensación debilitante de miedo que no saben cómo expresar.

LA PERSONA SE DA CUENTA QUE SUS OBSESIONES Y COMPULSIONES SON EXCESIVOS E IRREALISTAS, PERO NO LOS PUEDE CONTROLAR

EL TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO NO EQUIVALE A QUE A UNA PERSONA LE GUSTE TENER UN ESCRITORIO LIMPIO.

Los Jóvenes de mayor edad que enfrentan el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) pueden comprender que las acciones que realizan no tienen un impacto directo en sus pensamientos intrusivos, pero aun así, les resulta difícil detenerse. En entornos académicos, esto puede manifestarse mediante comportamientos como entrar y salir repetidamente de una habitación, ordenar libros en un estante, contar pasos al caminar, o seguir otros patrones ritualizados al sentarse y ponerse de pie. Estas compulsiones, que pueden ser identificadas en el contexto escolar, **reflejan la lucha constante de estos jóvenes por controlar sus pensamientos obsesivos, a pesar de reconocer la falta de lógica en sus acciones compulsivas.** Recuerde que el TOC tiene que estar causando impedimentos en la vida y ocupar una enorme cantidad de tiempo en la persona, haciéndolos cada vez más angustiantes.

¿Cómo abordar la situación?



Trastorno de integración sensorial desde el aporte del Ministerio de Educación Pública

El trastorno de integración sensorial según la comunidad científica se da cuando existen condiciones que **dificultan el procesamiento sensorial** de la persona en cuestión. Esto es visto como una disfunción en cuyo caso el cerebro no procesa u organiza el flujo de impulsos sensoriales recibido, el cual aporta al individuo información de la persona y del mundo que le rodea. Esto le dificulta a la persona dirigir sus acciones y como resultado el comportamiento no responde en coherencia a su intencionalidad. A continuación se presentan las consecuencias presentes en una persona cuyo sistema nervioso presenta dificultades para procesar la información sensorial:

- ·Respuestas que pueden verse fuera de tiempo y lugar como consecuencia de que hay dificultades neurológicas para organizar los estímulos sensoriales, tanto internos como externos.

- ·Las respuestas anteriores pueden representar áreas del ciclo de desarrollo de la persona con resultados en la conducta diferentes a los esperados en su grupo de edad, por lo general, se pueden ver con niveles de maduración inferiores a los correspondientes a la edad, afectando áreas de conocimiento paralelas.

- ·Implica un nivel de atención y esfuerzo de la persona para desenvolverse en la vida cotidiana que otras personas de su misma edad, ya que la persona tiene que invertir mucho tiempo y atención en el procesamiento de las sensaciones recibidas. Estas personas tienen que invertir más tiempo que otras personas de su misma edad, para afrontar los desafíos de la vida cotidiana y los resultados no siempre son los esperados. Esto implica sin duda, dificultades de procesamiento sensorial que interfieren en la calidad de vida y en su funcionamiento cotidiano.

Características comunes de los niños y las niñas con disfunción sensorial

Se observa en éstos niños y niñas tono muscular y coordinación baja, por lo que parecen más frágiles y débiles que los demás. Su comportamiento se tiende a caracterizar de movimientos torpes en sus movimientos, lo cual provoca que tiendan a caerse. También se caracterizan por una hiperactividad observable en su deseo de estarse moviendo, o incluso de parte gran parte de su tiempo corriendo, ésta característica hace que tiendan a asociarlos con personas con trastorno de déficit de atención. A continuación se presentan algunos atributos o calificativos que se tienden a atribuir a éstas personas:

Organización de conducta, pensamiento y comportamiento:

- Desorganizados, despistados, inquietos, revoltosos, etc.
- Baja autoestima.
- Muy sensible: llantos.
- Se frustran cuando pierden.
- Es “etiquetado”
- Muy inflexibles en su conducta: rabietas, no comparten.

Aprendizaje:

- Más evidente cuando pasan a Primaria.
- Es el motivo de consulta más frecuente.
- Dificultades en cálculo, lectura y escritura.
- Poco motivado por las tareas debido a sus dificultades.

Sociabilidad:

- No disfruta con otros niños. Rechazan actividades grupales.
- Inmadurez en el juego
- Rechazan actividades deportivas, competitivas.
- Se sienten diferentes.
- Retrasos en el habla y el lenguaje: problemas de articulación.
- Reacciones de agresividad, frustración, huida o rechazo ante situaciones nuevas.

Recomendaciones a trabajar con ésta población en el ámbito educativo

- La vigilancia de las conductas que se presentan desde edades muy tempranas es fundamental
- No etiquetar ni diagnosticar
- Busque información al respecto del tema ya que es poco conocido o asociado a otras condiciones de forma errónea
- Referir a los servicios de salud necesarios
- Brindar apoyo e información a las familias
- No todo es TEA, no todo es TDAH
- No todas las personas con TEA tienen trastorno del procesamiento sensorial, por lo que es importante no ejercer criterios anticipados
- Las personas con esta condición requieren de un trabajo interinstitucional e interdisciplinario, donde se hace fundamental el apoyo de una persona especialista en terapia ocupacional que guie el proceso.
- Importante recordar que hay conductas propias de la edad según cada etapa del desarrollo.

La integración sensorial: Es la organización de las sensaciones en el Sistema Nervioso central y su utilización en la vida diaria (Ayres, 1972). La integración sensorial guía los comportamientos adaptativos que conforman el desempeño de las distintas ocupaciones. La manera en que procesamos la información sensorial de los distintos canales afecta a nuestro comportamiento y a nuestros aprendizajes (Diaz y Yagüe, 2017)

Esquema del proceso de la integración sensorial

Los sistemas sensoriales

Los sistemas sensoriales son siete: vista, gusto, olfato, oído, tacto, propiocepción, y sentido vestibular. Podemos dividir las sensaciones que nos proporcionan estos sentidos en:

1. **Sensaciones externas conscientes:** vista, oído, olfato, gusto, tacto.
2. **Sensaciones internas inconscientes:** tacto profundo, propiocepción, información vestibular

Sistema táctil

El sistema táctil está íntimamente relacionado con aspectos emocionales nos da información de las sensaciones recibidas por la piel. Contribuciones del sistema:

- Reflejos primitivos: succión, búsqueda, garra, etc.
- Desarrollo emocional: compromiso, vínculo, aceptar que me toquen, etc.
- Habilidad y desarrollo del esquema corporal.
- Habilidades orales, oro-motoras, motrices y manuales.
- Protección de estímulos potencialmente dañinos (dolor, temperatura = retirada)

Sistema propiocetivo

Se localiza en nuestros músculos, tendones y articulaciones. Nos informa sobre la posición de los segmentos corporales. Contribuciones del sistema al desarrollo y la ejecución:

- Reflejos que darán lugar a la alineación de cabeza, tronco y otras partes corporales.
- Modulación de movimientos: control de la amplitud de movimiento necesaria, de la fuerza que debemos ejercer, fluidez del movimiento, precisión, etc.

Sistema vestibular

Se encuentra localizado dentro del oído interno y nos da información sobre el movimiento, la gravedad, y el equilibrio. Sus contribuciones al plano emocional y motor son:

- Seguridad emocional - relación con la gravedad.
- Desarrollamos reflejos y respuestas que hacen posible nuestro manejo de la gravedad (extensión contra gravedad, reacciones de equilibrio, control postural contra gravedad, etc.)
- Gracias a él manejamos el cuerpo en el espacio: orientación espacial, campo visual estable, coordinación motora bilateral, anticipación para movernos en el espacio.
- Sus células sensoriales generan impulsos que llegan hasta el cerebelo, lo que nos permite mantener el equilibrio a pesar de que realicemos desplazamientos, giros o aceleraciones.

Sistema visual

- Tiene una menor contribución a la relación entre el niño y la persona que le cuida que el tacto, el olfato y el gusto.
- La distancia de percepción visual en los recién nacidos es de 20 cm. Aparece el contacto visual.
- Proporciona información a la persona sobre estímulos distantes.
- Muy importante en la orientación espacial.
- Es crucial es funciones de comunicación y funciones sociales complejas (lenguaje corporal por ejemplo)

Sistema auditivo

- Proporciona información a la persona sobre estímulos distantes.
- Contribuye a la orientación espacial.
- Es crucial en el desarrollo del lenguaje.
- La integración de las sensaciones centradas en el cuerpo es esencial para que la vista y el oído se desarrollen y puedan utilizarse con eficacia y precisión.
- Los procesos cognitivos de la percepción visual y auditiva requieren que exploremos y manipulemos cosas en el entorno.
- Una inadecuada organización de los estímulos vestibulares, propioceptivos y táctiles puede reducir la eficacia visual.

Olfato y gusto

- Crean un vínculo entre el niño y la niña y la persona que lo cuida.
- Nos protegen de sustancias nocivas.
- Provocan una fuerte atracción hacia ciertas sustancias potencialmente alimenticias. Fuente: (Diaz y Yagüe, 2017)

Problemas de procesamiento sensorial

Cuando hay disfunción, el cerebro no procesa u organiza el flujo de impulsos sensoriales que aportan al individuo información adecuada y precisa de sí mismo y el mundo que le rodea. Y cuando esto sucede, tampoco dirige eficazmente el comportamiento.

Un sistema nervioso que procesa mal la información desencadena:

- Incapacidad neurológica de organizar los estímulos sensoriales, con lo cual no puede dar respuestas adaptadas.

- Conlleva inmadurez en una o más áreas del desarrollo poniendo al niño en riesgo de trastornos del desarrollo y conducta.

- No solo afecta al niño sino al grupo social.

- Dificultad para utilizar la información sensorial en la vida diaria. Cuando NO integramos bien las sensaciones se ven afectadas muchas áreas de nuestra vida cotidiana. Por ello nos esforzaremos más que el resto para afrontar los desafíos de la vida y no siempre con éxito.

- Las dificultades de procesamiento sensorial interfieren en la calidad de vida.

Características comunes de los niños y las niñas con disfunción sensorial

Problemas de tono muscular y coordinación

- Tono bajo, parecen más frágiles, débiles.
- Torpes en sus movimientos, se caen.

Hiperactividad

- ·Primer signo de disfunción sensorial evidente para los padres.
- ·No se está quieto, se pasa gran parte del tiempo corriendo.
- ·Poca funcionalidad en sus acciones.
- ·Frecuentemente diagnosticado erróneamente como TDHA.
- ·Problemas de atención
- ·Es uno de los signos más evidentes en la escuela.

Problemas de comportamiento, organización de conducta y pensamiento

- ·Desorganizados, despistados, inquietos, revoltosos, etc.
- ·Baja autoestima.
- ·Muy sensible: llantos.
- ·Se frustran cuando pierden.
- ·Es “etiquetado”
- ·Muy inflexibles en su conducta: rabietas, no comparten.

Dificultades en aprendizaje

- ·Más evidente cuando pasan a Primaria.
- · Es el motivo de consulta más frecuente.
- ·Dificultades en cálculo, lectura y escritura.
- ·Poco motivado por las tareas debido a sus dificultades.

Problemas a nivel social

- ·No disfruta con otros niños. Rechazan actividades grupales.
- ·Inmadurez en el juego
- ·Rechazan actividades deportivas, competitivas.
- ·Se sienten diferentes.
- ·Retrasos en el habla y el lenguaje: problemas de articulación.
- Reacciones de agresividad, frustración, huida o rechazo ante situaciones nuevas.

Fuente: (Diaz y Yagüe, 2017)

Acciones por realizar

- La vigilancia de las conductas que se presentan desde edades muy tempranas es fundamental
- No etiquetar ni diagnosticar
- Busque información al respecto del tema ya que es poco conocido o asociado a otras condiciones de forma errónea
- Referir a los servicios de salud necesarios
- Brindar apoyo e información a las familias
- No todo es TEA, no todo es TDAH
- No todas las personas con TEA tienen trastorno del procesamiento sensorial, por lo que es importante no ejercer criterios anticipados
- Las personas con esta condición requieren de un trabajo interinstitucional e interdisciplinario, donde se hace fundamental el apoyo de una persona especialista en terapia ocupacional que guie el proceso.
- Importante recordar que hay conductas propias de la edad según cada etapa del desarrollo.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Es un trastorno común del desarrollo neurobiológico que afecta a la juventud y se relaciona con una demora en la maduración de la corteza prefrontal. Suele manifestarse antes de los 12 años de edad y, en muchos casos, las personas jóvenes que experimentan Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) enfrentan desafíos relacionados con la atención, la hiperactividad y la impulsividad.

En este sentido, existen tres tipos del TDAH:

Desatento: la persona tendrá dificultades para concentrarse en las cosas en su entorno.

Hiperactivo: la persona responde a todos los estímulos de su entorno y revoloteara entre ellos con componentes hiperactivos en su comportamiento.

Mixto: cuando se presentan ambos síntomas, la desatención y la hiperactividad.

Con frecuencias las personas jóvenes estudiantes con TDAH son presentadas como desafiantes, pero esta afirmación no es cierta, ya que están en ambientes que son frustrantes para sus cerebros y por lo generar esta emoción, es entendida como oposición. En este sentido, es importante entender que esto no es un síntoma que indica el desarrollo del trastorno.

Para entender el TDAH, es importante saber que existen dos maneras diferentes en las que se utiliza la atención. La primera tiene que ver con **sostener la atención**, es decir, poder focalizarla. Un ejemplo de ello podría ser que mientras afuera hay ruido o suena de fondo el celular, usted está leyendo este párrafo, es decir, está sosteniendo la atención y poniendo cuidado a lo escrito. La segunda forma tiene que ver con la habilidad que tienen las personas para **recibir todo tipo de información y orientarse** hacia muchas cosas que están pasando.

Estos dos tipos de atención, suelen venir uno a costa del otro. Si se nos facilita sostener la atención, puede que nos cueste orientarla y si tenemos facilidad para orientar la atención, es posible que nos cueste sostenerla.

UNA ACTITUD DESAFIANTE NO ES UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINITIVAS DEL TDAH.

Las personas con TDAH tienden a ubicarse en un extremo en cuanto a la orientación de su atención. No es que no puedan concentrarse, sino que suelen prestar atención a **múltiples estímulos del entorno de forma simultánea**. Esto puede dificultar que se enfoquen en una sola tarea o que logren bloquear distracciones que no son relevantes en el momento. En este sentido, no se trata de un "déficit" en la atención, sino de una atención más amplia y menos filtrada.

Con el tiempo, algunas personas desarrollan estrategias para adaptarse a su entorno y aprovechar sus habilidades cognitivas, comprendiendo cómo funciona su cerebro. Sin embargo, este proceso no es igual para todas, y muchas requieren acompañamiento, comprensión y ajustes razonables en los espacios educativos.

Es fundamental que las personas educadoras eviten asumir que toda conducta inquieta, impulsiva o dispersa corresponde automáticamente a un caso de TDAH. El entorno familiar, escolar y social tiene un papel importante en el comportamiento de las personas estudiantes. Además, es esencial reconocer que muchas conductas observadas, especialmente en menores de seis años, forman parte del desarrollo típico y no deben ser interpretadas de manera apresurada como síntomas de un trastorno.

Por ello, es necesario actuar con cautela y sensibilidad, evitando diagnósticos prematuros o etiquetas innecesarias. También debe considerarse la posibilidad de que existan otras condiciones, como dificultades en el procesamiento o integración sensorial, que pueden manifestarse con comportamientos similares al TDAH y requieren enfoques específicos.

El papel de las personas educadoras es clave: una mirada informada, empática y basada en el respeto por la diversidad del desarrollo puede marcar una gran diferencia en la trayectoria educativa y emocional de cada estudiante.

Entonces. ¿Cómo abordar este tipo de trastorno en el ámbito educativo?

En muchos casos, es posible abordar el TDAH a través de **la atención primaria y la colaboración escolar mediante evaluaciones y seguimiento del tratamiento.**

Es importante que las personas jóvenes estudiantes y sus familias reciban información apropiada y que se plantee los posibles caminos de tratamientos basados en evidencia. La evaluación psicoeducativa del TDAH puede ayudar a alcanzar el diagnostico adecuado y con esto, incentivar un abordaje basado en las fortalezas.

Por otra parte, se recomienda e**valuar la presencia de una dificultad de aprendizaje** en un estudiante que ha sido diagnosticado con este trastorno, con el fin de realizar las adecuaciones curriculares necesarias.

Por último, recordar que la falta de tratamiento para el TDAH puede acarrear consecuencias significativas, como un mayor riesgo de uso de sustancias, impactos en el rendimiento académico y laboral, afectaciones en las relaciones interpersonales, así como repercusiones en las elecciones vocacionales y futuras oportunidades laborales.

Trastorno del espectro autista desde la perspectiva MEP Costa Rica

Definición

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico e inicio en la infancia, que afecta el desarrollo de la comunicación social, como de la conducta, con la presencia de comportamientos e intereses repetitivos y restringidos. Presenta una evolución crónica, con diferentes grados de afectación, adaptación funcional y funcionamiento en el área del lenguaje y desarrollo intelectual, según el caso y momento evolutivo.

Las capacidades y las necesidades de las personas con autismo varían y pueden evolucionar con el tiempo. Aunque algunas personas con autismo pueden vivir de manera independiente, hay otras con discapacidades asociadas que necesitan constante apoyo durante toda su vida. (OMS, 2023)

Epidemiología

Se calcula que, en todo el mundo, uno de cada 100 niños o niñas tiene TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios.

Criterios diagnósticos

Con la publicación del DSM5 (APA, 2014) en el 2013(1), la clasificación y criterios en el campo del autismo quedaron modificados notablemente comparados con las clasificaciones previas (DSM-IV-TR). En el DSM5, los diferentes trastornos del espectro autista incluidos en el DSM IV-TR (trastorno autista, síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, entre otros) desaparecen para quedar todos englobados en una única nomenclatura de trastornos del espectro del autismo (TEA). (Hervás Zúñiga, Balmaña y Salgado, s.f)

Criterios de los trastornos del espectro autista del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) 5

A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:

- ·Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social

- ·Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la interacción social; la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual

- ·Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores); la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas

B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:

- ··Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas)

- ·Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios)

- ·Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes)

- ·Híper o hiporreactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos)

C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades.

D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día

Tabla II. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (TEA)*

Categoría dimensional del TEA en el DSM5	*Comunicación social*	*Comportamientos restringidos y repetitivos*
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin apoyo *in situ*, aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

**Fuente: American Psychiatric Association, 2014.*

Detección y referencia

Cuando hablamos de detección de TEA, se pueden establecer distintos niveles. En un primer nivel, estaría la vigilancia del desarrollo mientras que, en un segundo nivel, estaría la detección específica de TEA, pasando a un tercer nivel, donde situamos ya la valoración diagnóstica específica por parte de un servicio especializado.

La detección precoz sigue siendo un aspecto fundamental en el abordaje del TEA, ya que la iniciación de un tratamiento precoz está íntimamente ligada a su pronóstico.

La atención del programa del niño (a) sano (a) debe incluir una combinación de información obtenida por las personas profesionales de Atención Primaria, que incluya: las preocupaciones de las familias sobre el desarrollo de sus hijos e hijas, así como la utilización de escalas y pruebas sobre el desarrollo general de los niños y las niñas.

La detección temprana y la consecuente implementación de un programa de intervención precoz continúa siendo la opción por excelencia, al relacionarse con una mejor evolución clínica del niño o la niña.

Apoyos y Tratamiento

Uno de los mayores apoyos que se pueden brindar es la no estigmatización de las personas con TEA.

Otros apoyos que se pueden brindar son:

- Inicio lo más temprano posible, incluso antes de los 3 años.
- En todas las edades, la intervención debe ser compartida y coordinada entre los padres y las madres, la escuela y el terapeuta responsable del niño o la niña. Tanto la familia y profesionales deben conocer las dificultades específicas del TEA y aplicar las estrategias adecuadas a cada persona en concreto.
- Debe realizarse, siempre que sea posible, dentro de los entornos naturales del niño o la niña.

Apoyos y Tratamiento

- La intervención debe ser intensiva. Debe incluir las horas que el niño o la niña está en la escuela y las que pasa con su familia. Las pautas y estrategias que se deben utilizar han de estar previamente consensuadas entre familia, escuela y terapeuta, deben ser diseñadas específicamente para cada persona en concreto.
- En el proceso diagnóstico y en el diseño de la intervención, hay que contar con un equipo multidisciplinar y tener la oportunidad de contar con la colaboración de otras especialidades médicas, si se considera oportuno
- **Terapias de comportamiento y comunicación.** Muchos programas abordan la variedad de dificultades sociales, de lenguaje y de comportamiento asociadas al trastorno del espectro autista. Algunos programas se centran en reducir las conductas problemáticas y en enseñar nuevas destrezas. Otros, se enfocan en enseñarles a los niños y las niñas cómo actuar en situaciones sociales o cómo comunicarse mejor con los demás
- **Terapias educativas.** Los niños y las niñas con trastorno del espectro autista, a menudo, responden bien a los programas educativos muy estructurados. Los programas exitosos, en general, constan de un grupo de especialistas y una variedad de actividades para mejorar las destrezas sociales, la comunicación y el comportamiento.
- **Medicamentos.** Ningún medicamento puede mejorar los signos centrales del trastorno del espectro autista, pero algunos medicamentos específicos pueden ayudar a controlar los síntomas.
- **Otras terapias.** En función de las necesidades del niño o la niña, las siguientes actividades pueden ser beneficiosas: terapia de lenguaje para mejorar las habilidades de comunicación, terapia ocupacional para aprender actividades de la vida diaria y fisioterapia para mejorar el movimiento y el equilibrio. Un psicólogo o psicóloga puede recomendar maneras de abordar los comportamientos problemáticos.

JUVENTUD Y USO DE SUSTANCIAS

Trastorno por uso de sustancias

El trastorno por uso de sustancias es una **condición médica que involucra el consumo problemático o perjudicial de sustancias psicoactivas, como drogas o alcohol.** Esta condición puede tener un impacto significativo en la salud física, mental y social de quienes la experimentan. El consumo repetido de estas sustancias puede llevar al desarrollo de una *adicción*, caracterizada por la pérdida de control sobre el consumo y su persistencia a pesar de las consecuencias negativas.

Existen tres criterios a tener en cuenta al momento de describir lo que es una adicción:

Estos tres criterios tienen que estar presentes antes de que se pueda describir la conducta como una adicción.

IMPORTANTE:

APROXIMADAMENTE EL 10,3% DE LAS PERSONAS JÓVENES USAN UNA DROGA O SUSTANCIAS POR ALGÚN TIEMPO.

El consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva del Ministerio de Educación Pública de Costa Rica

Si la persona estudiante se encuentra bajo los efectos de una SPA de cualquier tipo, dentro del Centro Educativo, seguir los siguientes pasos establecidos en el "Protocolo de actuación en situaciones de hallazgo, tenencia, consumo y tráfico de drogas", del MEP:

Si el estudiante está bajo los efectos de sustancias psicoactivas llame al 911.

1. Comuníquese con la madre, padre o persona responsable. Si hay interés contrapuesto comuníquelo al PANI.
2. En caso de que la familia o algunas de las instituciones responsables del traslado del estudiante al Centro de Salud acorde a su área de adscripción, no lo pueda realizar se debe coordinar el traslado del estudiante, completando el Acta de traslado, dejando constancia escrita de la gestión y comunicándole a la familia (**ver Anexo 1**).
3. Realice la Referencia Interinstitucional (**ver Anexo 2**) por consumo de spa en personas menores de edad mayores de 12 años, al Centro de Salud o al IAFA acorde a su área de adscripción.
4. En caso de personas menores de 12 años va a ser referido al establecimiento de salud correspondiente con el instrumento de referencia de RISA (**ver Anexo 3**) y paralelamente el MEP hará copia de la misma a dicha instancia. En caso de que presente alguna secuela posterior a la atención y que no pueda ser atendida por el centro educativo, se reenviará la referencia actualizada a los correos de RISA Local o RISA Regional para su atención, según corresponda. Ver el listado de contacto de sedes. (Ver Anexo N 3)

Ante sospecha razonable de que la persona estudiante consume sustancias psicoactivas el MEP elabora la Referencia Interinstitucional a la CCSS o IAFA (**ver Anexo 2**), acorde a su área de adscripción, para que se realice el proceso de valoración.

Esta referencia será entregada a la red de apoyo de la persona estudiante para que lo traslade al establecimiento de salud más cercano.

Si hay interés contrapuesto comuníquelo al PANI.

Se refieren a RISA únicamente a personas menores de 12 años con secuelas en su aprendizaje, comportamiento o desarrollo, por consumo de sustancias psicoactivas, que requieren abordaje intersectorial para resolverlas.

La referencia a RISA puede ser emitida por el MEP en el momento de la detección de secuelas o por la CCSS y el PANI cuando se requiere apoyo intersectorial en la intervención. La referencia se envía al Equipo Coordinador de la RISA Local según mecanismo de derivación definido en el circuito escolar. (**Ver Anexo 3**)

Para cualquier consulta de gestión, apoyo o capacitación en el proceso se puede contactar al Equipo Regional Intersectorial SAIID-RISA.

La persona profesional de la CCSS o IAFA, a partir de la atención realizada a la familia o persona encargada, brindará las recomendaciones técnicas pertinentes según el caso de cada persona estudiante y de acuerdo a las necesidades particulares del mismo durante todo el proceso.

Mediante la boleta de "Contrarreferencia interinstitucional por consumo de sustancias psicoactivas a PME mayores de 12 años." (**ver Anexo 4**). Es importante indicar que la contrarreferencia no debe exponer datos sensibles de la PME, sino únicamente elementos de la intervención y los principales resultados o acuerdos realizados en función de la misma. Esto permitirá la activación conjunta de recursos y acompañamiento integral de la persona menor de edad.

En caso de RISAS para personas menores de 12 años con secuelas por consumo de spa, se utilizará el documento que esta instancia tiene para ese fin (**ver Anexo 3**).

Posterior a la recomendación brindada por autoridades de salud, el MEP establecerá plan remedial apropiadas para el desarrollo integral de cada persona estudiante:

Reglamento de Evaluación de Aprendizaje, según sus competencias. Decreto ejecutivo # 40862 https://www.mep.go.cr/sites/default/files/reglamento-evaluacion-aprendizajes.pdf).

¿Cómo se ve el uso de sustancias en las escuelas?

Es fundamental contextualizar la conversación sobre sustancias, considerando que su uso puede variar significativamente según la ubicación geográfica y el contexto en que interaccione la persona. En el entorno escolar, existen signos que pueden alertar al personal docente sobre esta problemática. Por ejemplo, l**a llegada tardía, la ausencia constante en el centro educativo o la asociación con personas conocidas por el uso de sustancias son posibles indicadores.** Además, la presencia de objetos relacionados con el consumo de drogas, un bajo rendimiento académico y la frecuente retirada o salida del aula también podrían señalar la situación.

Los *Enfoques que intentan apartar a los jóvenes de las drogas promoviendo la abstinencia o usando el miedo, generalmente no arrojan resultados positivos.* La evidencia señala que, en lugar de esto, los modelos de reducción de daños, que proporcionan información clara sobre las drogas y sus impactos, son los más recomendados en la literatura actual. A continuación, se explorara el modelo CARLOS, el cual se utiliza para evaluar el nivel de riesgo en adolescentes a través de 6 preguntas.

CARLOS

C ¿Alguna vez ha estado en un CARRO conducido por alguien (incluyéndose a usted mismo que estaba ”drogado" o que haya consumido alcohol o drogas?

A ¿Su familia o AMIGOS le dijeron que tenía que reducir su consumo de alcohol o drogas?

R ¿Alguna vez ha utilizado alcohol o drogas para RELAJARSE, sentirse mejor o para encajar bien?

L ¿Se ha metido en LÍOS o problemas cuando estaba consumiendo alcohol o drogas?

O ¿Se le OLVIDAN cosas que hizo cuando consumió alcohol o drogas?

S ¿Consume alcohol/drogas cuando no hay nadie, o sea SOLO O SOLA?

Al obtener un **indicador positivo en uno de estos ítems,** se hace necesario que se de una conversación con la persona, en donde se identifique la forma en cómo se puede acompañar esa situación particular que vivió. Por otra parte, si se tiene **dos o más indicadores positivos, al tratarse de personas jóvenes, es posible que se necesite hacer una intervención sobre uso de sustancias,** ya que se está viendo un compromiso importante en las áreas de interacción. En ese caso, es importante preguntarse ¿Cuáles de las dimensiones de la vida, están siendo alteradas? Por lo general la persona que esta tenido dificultades con el uso de sustancias ve impactada las relaciones familiares y sociales, la escuela o el trabajo, la salud (mental y física, espiritual, propósitos), recreación, sistema legal y finanzas.

A TENER EN CUENTA...

EN LA ADOLESCENCIA, AUNQUE AÚN NO SUELE DESARROLLARSE UNA ADICCIÓN FÍSICA, ES COMÚN OBSERVAR PATRONES DE USO PROBLEMÁTICO O ABUSIVO DE SUSTANCIAS, ES DECIR, CONSUMOS QUE INTERFIEREN EN LA VIDA COTIDIANA O QUE SE DAN EN CONTEXTOS DE RIESGO Y PUEDEN TENER CONSECUENCIAS NEGATIVAS A CORTO Y MEDIANO PLAZO.

Tenga en cuenta que un cambio en estas categorías no significa un problema de uso de sustancias, pero mostrar un patrón repetitivo, a la larga pueda convertirse en una situación más compleja. Se hace necesario hacer un seguimiento a ese patrón y observar si son las sustancias la causa de la alteracion de la categoria.

Tratamiento.

- Existen tratamientos hospitalarios o ambulatorios que podría significar estar lejos de la casa o de la escuela.
- Algunos centros de tratamiento podrían incluir un componente escolar.
- Terapia cognitiva conductual o de grupo son utilizados para abordar el trastorno por uso de sustancias.
- Las intervenciones psicosociales suelen acompañarse de medicamentos si existe un trastorno mental concurrente.

Algunas recomendaciones

Es esencial asegurarse de ir más allá del comportamiento observable de las personas. Se vuelve necesario cuestionar el "por qué", adoptando una actitud curiosa para comprender las razones detrás de ciertos comportamientos. Cuando las personas jóvenes muestran actitudes desafiantes, esto suele ser una manifestación de algo que están experimentando internamente o en sus relaciones. Es crucial adoptar una perspectiva que busque entender y abordar las dificultades subyacentes.

Es fundamental mirar a las personas jóvenes con la esperanza de que van a estar bien. A menudo, la falta de motivación no es el problema principal; más bien, puede ser un indicador de que algo está obstaculizando su bienestar. Ser proactivo en la identificación de los posibles momentos difíciles para el educando y abordar los problemas tan pronto como sea posible es una estrategia importante para ofrecer apoyo efectivo.

CUANDO SE IDENTIFICA UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS, SE DEBE COMENZAR EL TRATAMIENTO LO MÁS PRONTO POSIBLE, YA QUE SI SE DEJA PASAR EL TIEMPO, PUEDE SER COMPLEJO ABORDAR LA SEVERIDAD DEL PROBLEMA.

IMPORTANTE

Elementos generales y perfiles de consumo

PERFIL A

PME que presenta un consumo ocasional, perjudicial de alto riesgo (se considera de alto riesgo: independientemente la sustancia psicoactiva, la cantidad consumida y los factores de riesgo de vulnerabilidad que se encuentre presentes) y requiere de intervención temprana o que se encuentra en una situación vulnerable (negligencia parental, relación con grupo de pares, asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otros determinantes de la salud), dicho perfil se atiende desde intervenciones breves. (CONASPE, 2019).

Se entiende por PME con consumo ocasional, según algunos criterios referidos por Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, (2021), los que:

- Utilizan la droga en grupo.
- No siguen una rutina determinada.
- Son capaces de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de consumir droga.
- Ya conocen la acción de esta en su organismo y por ese motivo la usan.
- Aprovechan las ocasiones para consumir, no las buscan directamente.
- Se relacionan con grupos o personas que pueden proveerlos.

Para efectos de este documento se entenderá como consumo perjudicial, lo anotado por la Organización Mundial para la Salud: Un episodio o patrón de consumo que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o ha resultado en un comportamiento que daña la salud de otras personas. Se considera que ha habido un daño a la salud del individuo que consume cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- ·Ha habido un comportamiento relacionado con la intoxicación;
- ·Efectos tóxicos directos o secundarios sobre los órganos y sistemas del cuerpo; o
- ·Una vía de administración dañina;
- ·El daño a la salud de otros incluye cualquier forma de daño físico, incluido el trauma, o trastorno mental que sea directamente atribuible al comportamiento debido a la intoxicación por parte de la persona [consumidora]. (OMS, 2021)

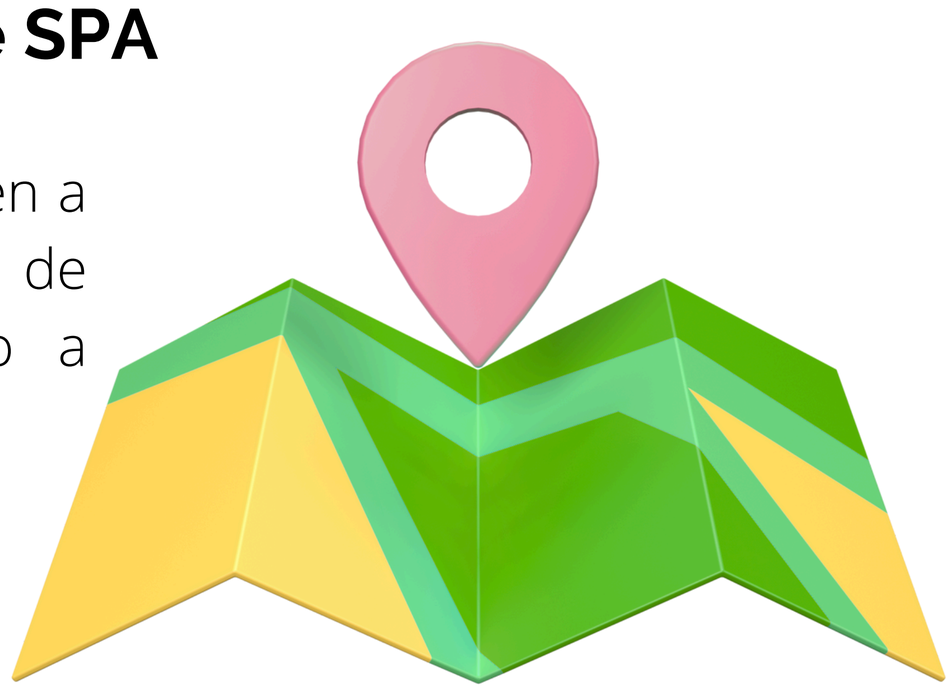
PERFIL G

Este perfil hace referencia a las PME, menores de 12 años, que han sido identificadas con un consumo de sustancias psicoactivas.” Que serán referidas a la CCSS y PANI.
Más esquemáticamente los individuos del perfil G, objeto de interés en este documento, son los que cumplen con esta descripción:

- Están insertos en el sistema educativo.
- Son menores de 12 años.
- Consumen alguna sustancia psicoactiva.

Es importante resaltar que atender de forma oportuna a la PME que presente alguna situación de consumo o mayor riesgo, disminuye la probabilidad de que desarrolle posteriormente un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, así como de los daños y consecuencias adversas asociados a dicha práctica.
Lo anterior se realizará mediante el acompañamiento de la PME posterior a una valoración inicial, evitando cualquier estigma relacionado al uso de sustancias psicoactivas, que permite identificar la articulación de instituciones competentes necesaria para garantizar y complementar la atención integral del mismo, bajo un mecanismo de referencia preestablecido y coordinado. Entre esas instituciones están: MEP, IAFA, PANI, CCSS según área de adscripción, MS, entre otros.
Posteriormente a la atención inmediata si la persona menor de doce años, presenta alguna secuela (problemas de aprendizaje, comportamiento o de desarrollo) derivada del consumo será referido a RISA para garantizar la atención integral; esta referencia se realiza cuando desde el MEP no se cuentan los recursos para abordarla (atención de biopsicosocial, apoyos educativos, entre otros que requiera la persona menor de edad).

Rutas para la derivación de población estudiantil en situación de consumo de SPA



A continuación, se describen instancias que atienden a las personas menores de edad en situación de consumo de sustancias psicoactivas con riesgo a progresar en el mismo:

IR A CASA JUAGUAR:

Se atiende tanto en modalidad residencial como ambulatoria a la población entre las edades de 12 años y 18 años no cumplidos y a nivel ambulatorio en caso particulares menores de 12 años. A partir de la valoración médica, se hace referencia a establecimientos de salud de la CCSS, según área de adscripción definida y capacidad de respuesta institucional instalada.

PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES IAFA

Se atiende tanto en modalidad residencial como ambulatoria a la población entre las edades de 12 años y 18 años no cumplidos y a nivel ambulatorio en caso particulares menores de 12 años. A partir de la valoración médica, se hace referencia a establecimientos de salud de la CCSS, según área de adscripción definida y capacidad de respuesta institucional instalada.

CAID DEL PROCESO DE ORGANISMOS REGIONALES

Se atiende en modalidad ambulatoria a personas estudiantes y su familia. El IAFA cuenta con 8 CAID en todo el país.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

Como mayor prestador de servicios de salud en el país, cuenta con una red de establecimientos a lo largo del territorio nacional. Se brinda atención a las PME tanto con consumo de sustancias psicoactivas como con comorbilidad de trastornos mentales o del comportamiento, así como en casos de manifestaciones de violencia asociadas. Específicamente en el caso de atención de PME con consumo de sustancias psicoactivas, esta atención especializada se brinda en los 13 equipos especializados denominados “Equipos Interdisciplinarios en Salud para la Atención en Adicciones (Patología Dual) (EISAA)” distribuidos en el país o en los Servicios de Emergencias cuando corresponda

OFICINAS LOCALES DEL PANI

Se atiende a todas las PME y sus familias que requieran los servicios de información, orientación y protección, entre otros. Así mismo, se atienden según su jurisdicción geográfica, para tal efecto se adjunta el directorio Institucional.

Guía de referencia para la derivación de PME

Guía de referencia dirigida a los centros educativos para la derivación de las PME, los cuales serán activados según los perfiles identificados (A, G)

¿Cuándo derivar al IAFA por consumo de sustancias psicoactivas?

· Cuando se identifican factores de riesgos asociados al consumo de SPA.
· Se deriva para valoración a los dispositivos del IAFA (ya sea CAID o Casa JAGUAR) según ubicación geográfica del centro educativo.
· En caso de Casa JAGUAR, la referencia es en población entre las edades 12 a los 18 años no cumplidos.
Una vez inserta en la institución el especialista, es quien realiza la valoración y a partir de la necesidad de la persona menor de edad, se determinan las recomendaciones técnicas.

¿Cuándo derivar a PANI?

· Cuando se detecta una PME en riesgo eminente asociado al consumo de SPA.
· Se envía documento de referencia con la información requerida a la oficina local del PANI responsable según la dirección de la persona que tenga la tutela del menor de edad.
· Se emiten las recomendaciones técnicas detectadas y las gestiones (acciones o coordinaciones) realizadas por el MEP.

De acuerdo con lo anterior y si se requiere el PANI dicta la medida de protección de tratamiento a la PME o la Red de apoyo familiar. Cada Oficina Local realizará la valoración del Riesgo de la situación referida y elaborará el plan de atención según su corresponda.

¿Cuándo derivar a la CCSS?
A Urgencias4:

- PME con intoxicación por uso de sustancias psicoactivas (se debe remitir al Servicio de Emergencias más cercano al establecimiento educativo).
- Cuando la PME tenga diagnóstico de patología médica de fondo, o patología médica descompensada y consumo de SPA.
- PME que manifiesta violencia asociada a consumo de SPA en el momento de la crisis.

B. Primer nivel de atención (EBAIS o Áreas de Salud)

- Cuando la PME tenga diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento asociado a consumo de SPA.
- Cuando exista diagnóstico de patología dual en la PME para su debido seguimiento y control.
- Cuando la PME presente síntomas sugestivos de algún trastorno mental o del

Nota: Se solicita realizar una contrarreferencia por parte de las instituciones que atiendan a las personas referidas, sin exponer datos sensibles.

TRATAMIENTO, REFERENCIA Y TRABAJO CON FAMILIAS

Tratamientos para trastornos mentales: ¿cómo hacer referencias desde un contexto educativo y cómo trabajar con las familias?

En esta sección, se abordarán diversas modalidades de tratamiento para enfrentar los trastornos mentales, al mismo tiempo que se explorará cómo hacer referencia desde un contexto educativo, a la vez, que se brindara algunos tics para el trabajo con los sistemas familiares.

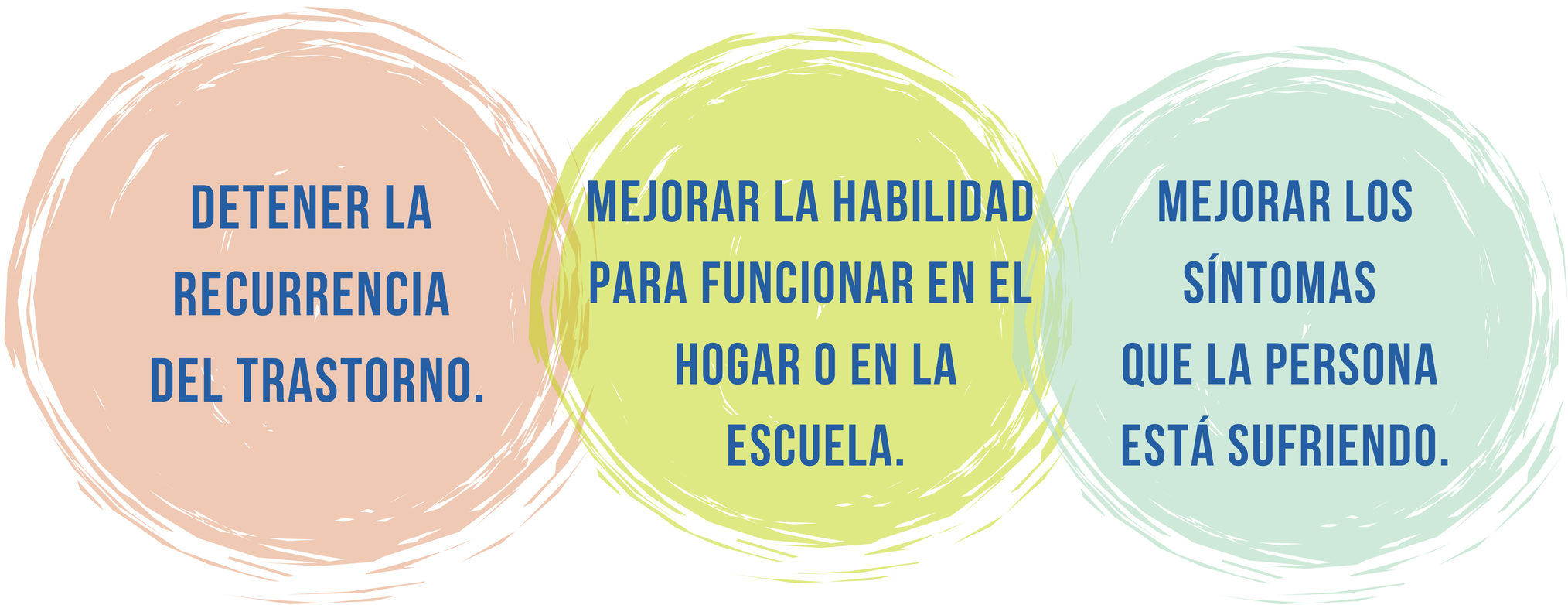
Antes de comenzar a describir los modelos de abordaje para los trastornos mentales desde un contexto educativo, se hace necesario contextualizar los diferentes tratamientos existentes. En este sentido, al observar las cosas desde un lente de salud mental, se tiende a agrupar los tratamientos en tres categorías:

- **Tratamientos estándar:** son aquellos respaldados científicamente y que son más efectivos que la ausencia de intervención o métodos alternativos. Se fundamentan en evidencia, como, por ejemplo, el uso de la terapia cognitivo-conductual en conjunto con antidepresivos para tratar la depresión en personas jóvenes.

- **Tratamientos complementarios:** respaldan las intervenciones estándar e involucran aspectos como dieta, ejercicio o mejora de hábitos de sueño. Aunque no son suficientes para abordar el trastorno por sí solos, actividades y ejercicios saludables pueden favorecer la recuperación cuando se combina con un tratamiento primario o estándar.

- **Tratamientos alternativos:** son intervenciones que con frecuencia toman el lugar de un tratamiento estándar, pero sin la evidencia científica. Algunos tratamientos alternativos pueden incluir acupuntura o medicinas herbales. El reto con estos tratamientos es que la persona no retrase la aplicación de un tratamiento estándar.

Es necesario comprender que sea que el tratamiento de las personas estudiantes incluya medicación, terapia u orientación, todas apuntan a tres cosas:



Ahora bien, la evidencia científica ha identificado cinco intervenciones que se pueden aplicar para apoyar el desarrollo y mantenimiento de una salud mental positiva:

Ejercitarse: cuanto más nos movemos, mayores beneficios para nuestra salud mental. Desde actividad moderada hasta ejercicio, todo puede ser beneficioso para el cerebro.

Dormir suficiente: es clave para mantener el celebro funcionando bien. El cerebro elimina toxinas al dormir. Para adolescentes, dormir suficiente quiere decir entre nueve y diez horas por noche.

Mantener redes de apoyo: Redes que incluyan personas adultas en quienes las personas jóvenes confían, así como relaciones con sus pares, favorece que busquen ayuda cuando la necesitan su sentido de pertenencia e inclusión dentro de la comunidad educativa.

Nutrición saludable: la nutrición saludable es esencial para nutrir un cerebro saludable y este se beneficia, de una dieta balanceada.

En el ámbito educativo, posiblemente ya se implementan algunas de estas intervenciones, por lo que buenos programas de salud mental procuraran maximizar los beneficios asociados con estos cinco aspectos. Si se tuviera que añadir algo más, sería la reducción o postergación del consumo de sustancias como la cafeína,el alcohol y la nicotina ya que se ha comprobado que esa reducción tiene grandes beneficios en la salud mental.

Expectativas realistas de tratamientos.

Antes de pasar abordar los procesos de referencia en el contexto educativo, es importante abodar las expectativas que se tiene de los procesos de tratamiento. Para esto, tenga en cuenta que:

- Las respuestas a un tratamiento pueden variar entre las personas.
- Todos los tratamientos, incluidos los psicológicos, pueden tener efectos secundarios.
- En muchos casos, los tratamientos tienen un efecto prolongado, y la persona puede experimentar empeoramiento antes de mejorar.
- Cada tratamiento tiene un tiempo diferente para manifestar sus efectos.
- La respuesta al tratamiento es impredecible, lo que puede implicar un proceso de "ensayo y error".
- Los tratamientos para trastornos mentales tienen tasas de éxito similares a las enfermedades físicas.

Referencias desde un contexto educativo

Existen algunos modelos que pueden orientar las conversaciones con las personas estudiantes o familiares al momento de tener una preocupación relacionada con una situación, evento o conducta particular. El modelo que se describe a continuación se llama **CEVPS** y permite a través de 5 pasos, abordar la preocupación que se tiene.

C

Contacte – prepararnos para contactarnos con la persona, esto puede incluir, encontrar un lugar ideal para tener la conversación en donde las partes se sientan cómodas y seguras. Asimismo, tener a mano alguna información que se requiera entregar o recursos que se necesiten usar en la sesión (folletos, afiches, etc),

E

Escuchar – fomente que exprese el problema y establezca afecto, pero principalmente escuche: nunca juzgue, pero no sea injustificadamente optimista. Escuche sus perspectivas y no responda inmediatamente.

V

Valorar – Donde está la persona en la pirámide de estados mentales ¿esto es un problema de salud mental o potencialmente un trastorno? ¿Qué tan probable es que requiera ayudar profesional? ¿Cómo se vería esa ayuda? Intente sin diagnosticar empezar a pensar cual es la próxima acción.

P

Planificar – sugiera los próximos pasos para resolver el problema, ¿vamos a contactar un servicio externo a la escuela? ¿es mejor que sea el familiar quien acuda a los servicios de salud? ¿la persona joven necesita accionar? En este paso se debe aplicar la referencia al sistema de salud para buscar apoyos.

S

Seguimiento - ¿Cómo le damos seguimiento al plan establecido en los pasos anteriores? ¿Cuánto tiempo dejamos pasar antes de comenzar de nuevo con el o la estudiante?

Desde este enfoque, es crucial proporcionar un apoyo integral a la persona estudiante. Es fundamental **trabajar como un equipo**, reconociendo que la responsabilidad de brindar apoyo no debe recaer exclusivamente en una sola persona dentro del entorno educativo. Se recomienda que el equipo se comunique y aborde la siguiente pregunta: *¿esta situación está sucediendo solo en estudios sociales o en matemáticas también?*

Por otra parte, la evidencia sugiere que cuanto antes se incluya a las familias en el tratamiento de los diversos trastornos que afectan a las personas estudiantes, mejores serán los resultados. Al dialogar con la persona joven o su entorno familiar, es crucial evitar precipitarse al comprender la situación, ya que esto podría cerrar las posibilidades de entender lo que está sucediendo. Por lo tanto, adoptar una actitud de curiosidad favorecerá una mayor apertura por parte de la persona estudiante o su familia.

En algunos casos, la dinámica familiar puede estar directamente relacionada con el origen o el agravamiento del problema de salud mental. Si se identifica que la familia forma parte del factor desencadenante, se deben tomar medidas de protección y canalizar la situación a las instancias correspondientes. En casos de negligencia en el abordaje de tratamientos médicos o falta de cuidado, debe informarse al Patronato Nacional de la Infancia (PANI) para garantizar los derechos y el bienestar de la persona estudiante.

Desde el rol educativo, lo que debe primar siempre es el bienestar y la protección de la persona estudiante. Es importante mantener una actitud cercana y respetuosa, pero sin establecer una relación de amistad. Las personas educadoras no deben prometer guardar secretos, ya que su responsabilidad es actuar si identifican situaciones que puedan poner en riesgo la salud física o emocional del estudiantado. La confidencialidad en el ámbito educativo implica manejar la información con cuidado, pero también comunicar lo necesario al equipo institucional o a las autoridades competentes cuando sea requerido.

NO SE PRECIPITE A ENTENDER EL PROBLEMA O INTENTAR RESOLVERLO. DEBEMOS ESCUCHAR MÁS DE LO QUE HABLAMOS.

Trabajo con familias

En el trabajo con familias es importante tener en cuentas varios puntos:

- **No espere que surja un problema para iniciar una relación directa con la familia,** es más fácil dar una información difícil cuando se tiene una vinculación positiva con este sistema.

- **Aborde la situación con el sistema familiar en compañía de algún otro miembro del equipo docente**. Es importante no hacerlo solo, dadas las complejidades que pueden surgir en el momento de comunicar la situación.

- **Nunca asuma lo peor.** Los familiares pueden estar muy abiertos a recibir comentarios, lo cual puede resultar en que sientan validación respecto a lo que se está conversando.

- **Use un abordaje respetuoso basado en las fortalezas:** la información positiva puede abrir el camino para la conversación cuando se aproxima temas más retadores.

- **Recuerde tener una escucha activa e invertir más tiempo en la relación, que en el problema.**

- **Ser flexible y tener una mentalidad abierta**. Las familias van a traer sus propias perspectivas para las que tenemos que estar preparados.

- **Espere cierto nivel de defensa o de confusión**. Posiblemente la familia necesite tiempo para absorber la realimentación que se le está dando sobre la situación de la persona estudiante.

- **Las familias pueden estar batallando contra el estigma** o pueden llegar al encuentro con información errónea que han aprendido.

Prepárese con buena información, hechos basados en evidencia y reportemos lo que percibimos. Describamos lo que vemos sin aferrarnos a nuestra perspectiva. Recuerde que las familias también tienen un marco de referencia que es importante entender.

Recomendaciones finales para las capacitaciones a las familias.

- [ ] Realice presentaciones cortas y personalizadas (1 hora de contenido con suficiente tiempo para preguntas)

- [ ] Se recomienda en las capacitaciones estar acompañado por una persona profesional en salud mental como parte de la capacitación, ya que los familiares tendrán preguntas específicas.

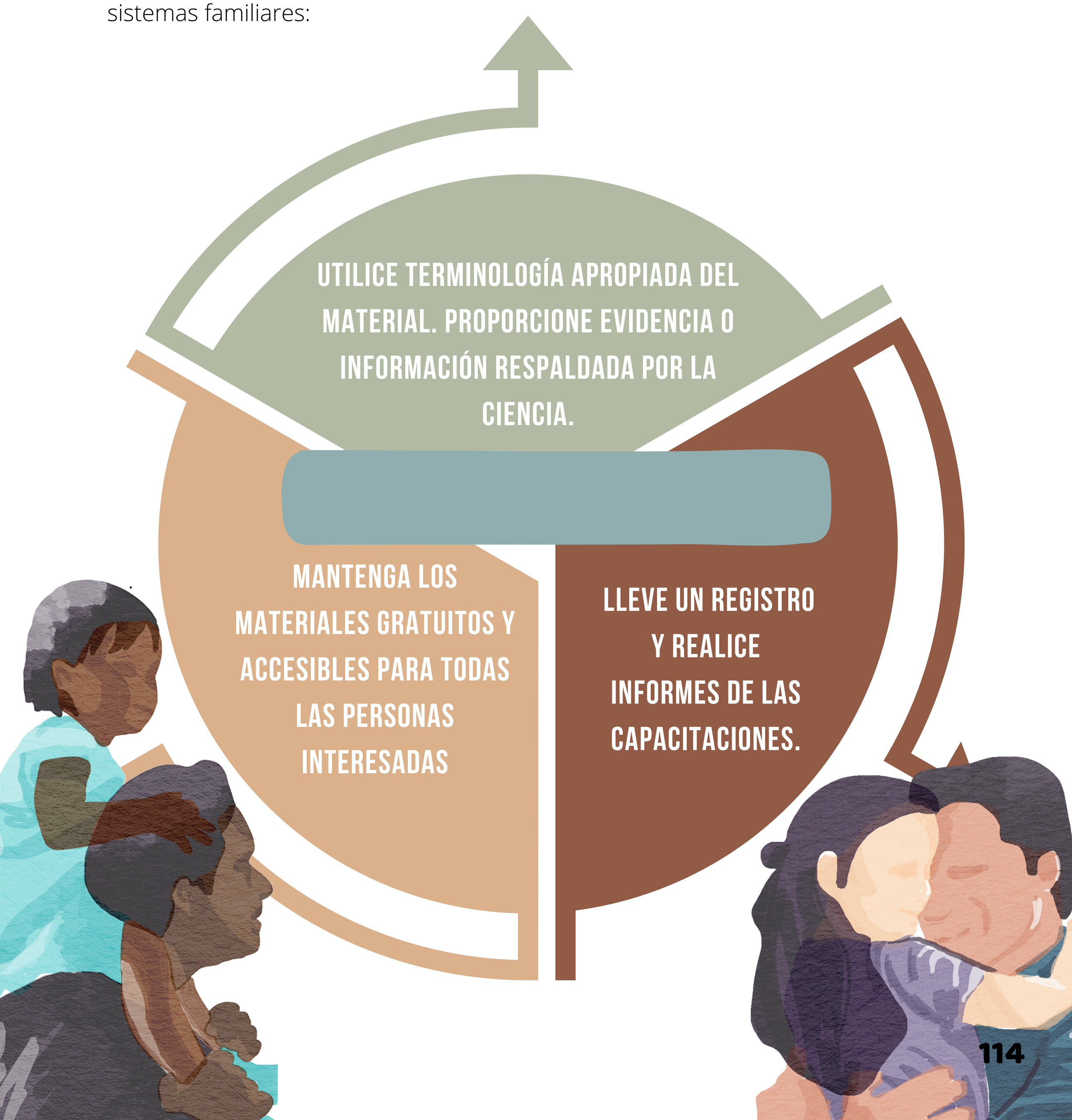
- [ ] Importante identificar si la capacitación es sobre una temática especifica o abordaje clásico de alfabetización sobre salud mental.

- [ ] Considere pre-encuesta a las personas participantes para conocer sus preguntas de antemano.

- Considere si se va a realizar la capacitación en línea o en persona.
- ¿Qué preguntas podrían anticipar del grupo de padres, madres o personas encargadas antes de presentación?

Consideraciones para las personas facilitadoras claves.

Es probable que las familias busquen comprender las dificultades por las que está atravesando su persona joven a través del personal escolar. En este sentido, es crucial seguir las siguientes recomendaciones al momento de capacitar a los sistemas familiares:



ANEXOS

Anexo n°1. Referencia institucional por consumo de sustancias psicoactivas a PME mayores de 12 años

Referir a: □ IAFA (Casa JAGUAR) □ IAFA (CAID) □ CCSS (según área de adscripción) □ PANI □ Otros _____
Fecha: _____
Identificación de la persona menor de edad que requiere asistencia o atención:
Nombre completo: _____ Sexo: _____
Fecha de nacimiento: _____ # identificación: _____ Teléfono: _____
Dirección exacta:

_____

_____

Nombre de la madre y número de cédula:

_____

Nombre del padre y número de cédula:

_____

Encargado (a) Legal y número de cédula (en caso de que la persona menor de edad no esté bajo la custodia de la madre o del padre):

_____

Sustancia de la cual se sospecha existe consumo:
□ Alcohol □ Tabaco □ Marihuana
□ Medicamentos sin prescripción □ Otros _____

Descripción de los hechos que motivan la referencia y gestiones realizadas:

_____

_____

_____

_____

Identificación del contacto en el centro educativo (persona que remite el caso)
Nombre de la persona contacto para cualquier consulta adicional:

_____

Puesto: _____ correo institucional personal
Nombre centro educativo: _____ Teléfono: _____ Correo institucional:

_____

DRE a la que pertenece el centro educativo:

_____

Firma de la persona que hace la referencia: _____

Sello de la institución:

* El IAFA y la CCSS no le brindarán información detallada del proceso, ya que esta será confidencial, pero sí podrán informar el estado general y recomendaciones para apoyar la atención de la PME. Debe informar que usted llama por parte del centro educativo.

Anexo n°2. Acta traslado MEP

ACTA DE TRASLADO
Persona responsable del centro educativo (quien ejecutó el Protocolo)

Nombre: _____
identificación: _____ Centro educativo: _____
Teléfono: _____ Cargo: _____

Testigos
Nombre: _____
Cargo _____ # identificación: _____
Firma: _____
Nombre: _____
Cargo _____ # identificación: _____
Firma: _____

Datos del estudiante o la estudiante:
Nombre: _____ Sección: _____ Se contactó a la madre, el padre, o la persona encargada Sí □ No □ Explique: _____

RECUERDE: En caso de intereses contrapuesto se debe contactar al PANI. Habiendo desplegado las actuaciones correspondientes en la ejecución del protocolo y en aras de velar por el interés superior de la persona menor de edad, en presencia de los testigos que para constancia firman, se tomó la decisión de trasladar al estudiante o la estudiante supracitado antes dicho con rumbo a: _____
_____
_____con el siguiente objetivo:
_____
_____
_____

El traslado se hizo en el vehículo placas: _____ propiedad de: _____ y la persona menor de edad fue acompañada por:
_____

Firma: _____ Fecha: _____ Sello

Anexo n°3. Referencia instrumento de risas

INSTRUMENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA INTERSECTORIAL REDES INTEGRADAS INTERSECTORIALES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN – RISA (VERSIÓN 1.0 MODIFICADA JUNIO, 2020)		
REFERENCIA INTERSECTORIAL		
DATOS GENERALES		
FECHA: DE IDENTIFICACION:		Nº SEXO: F M
NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE:		FECHA NACIMIENTO
DIRECCIÓN EXACTA		
NOMBRE DEL PADRE		IDENTIFICACIÓN
NOMBRE DE LA MADRE		IDENTIFICACIÓN
ENCARGADO (A) LEGAL		TELÉFONO
NOMBRE DE QUIEN REFIERE		TELÉFONO
PUESTO DE QUIEN REFIERE		CORREO ELECTRÓNICO
INSTITUCIÓN QUE REFIERE	TELÉFONO	REGIÓN
Se refiere a: ( ) MEP ( ) CCSS ( ) CEN-CINAI ( ) PANI ( ) IMAS ( ) M. Justicia ( ) OTRO:		

DETALLE DE LA REFERENCIA		
DETALLAR ANTECEDENTES IMPORTANTES OBTENIDOS DE LA VALORACIÓN (EDAD, GRADO, RESULTADOS DEL TAMIZAJE)		
DETALLAR MOTIVOS DE REFERENCIA		Puede marcar más de una opción ___ Obesidad Alteraciones de alimentación ___ Sobrepeso Alteraciones auditivas ___ Desnutrición Alteraciones visuales ___ Baja talla Alteraciones motoras ___ Baja Talla Severa Alteraciones del lenguaje ___ Problemas de aprendizaje ___ Trastorno en control esfínteres ___ Esquema de vacunación incompleto ___ Alteraciones emocionales y de conducta **Riesgo bucodental:** _____ _____ Otros (especifique):_____ _____

_____ ___ Firma del profesional que refiere _____ Especialidad Código o cédula _____ Sello institución	**USO EXCLUSIVO DEL EQUIPO COORDINADOR RISA[5]** _____ _____ VO.B. Equipo Coordinador R.I.S.A Fecha de recibo Referencia para el servicio o especialidad de: _____ Fecha de la cita: _____ Hora de la cita _____ ⊃⊃ Criterio de priorización Urgente A cupo

Anexo n°4. Cuadro de documentos y reglamentos atinentes en el tema del caso del MEP

Las circulares mencionadas establecen directrices claras para el manejo de situaciones relacionadas con el bienestar de la población estudiantil , especialmente aquellos que enfrentan trastornos o condiciones de salud que requieren atención especial. Estas normativas aseguran que las instituciones educativas actúen de manera coordinada con otras entidades gubernamentales y de salud, garantizando que los estudiantes reciban el apoyo necesario para su desarrollo académico y emocional.

Circular DVM-AC-DDC-0242-2021:

Orientaciones para la Elaboración de Procedimientos para el Estudiantado que Requiere Apoyos Educativos Derivados de una Condición de Enfermedad Crónica.

Esta circular proporciona directrices para que los centros educativos elaboren procedimientos adecuados para atender a estudiantes con enfermedades crónicas, garantizando que reciban el apoyo educativo necesario según su condición. Las leyes y reglamentos que deben revisarse previamente incluyen:

- **Ley N°181:** Código de la Educación.
- **Ley N°7184:** Convención sobre los Derechos del Niño.
- **Ley N°7600:** Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
- **Ley N°7739:** Código de la Niñez y la Adolescencia.
- **Ley N°8292:** Ley General de Control Interno.
- **Ley N°8661:** Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- **Ley N°9097:** Ley de Regulación del Derecho de Petición.
- **Ley N°9470:** Ley para Garantizar el Interés Superior del Niño en el Cuidado de la Persona Menor de Edad Gravemente Enferma.

Además, se mencionan Decretos Ejecutivos que regulan la estructura organizacional y las competencias del MEP en la atención de estudiantes con necesidades educativas especiales.

Circular DVM-AC-DDC-DAEED-0112-2022:

Actualización de los Criterios de Referencia por Considerar en los Establecimientos de la CCSS para Referir a Niños o Niñas Menores de 4 Años a las Asesorías Regionales de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública.

Esta circular establece los criterios para referir a niños menores de 4 años con alteraciones en su desarrollo, como la prematuridad, retrasos psicomotores, trastornos metabólicos, entre otros. Los criterios de referencia incluyen:

- **Prematuridad** con alteraciones o secuelas en el desarrollo.
- **Bajo peso al nacer,** anoxia o hipoxia.
- **Retraso en el desarrollo psicomotor.**
- **Trastornos del Espectro Autista.**
- **Riesgos biológicos sensoriales**, visuales y auditivos.

Estas referencias deben ser gestionadas de manera interinstitucional entre la CCSS, el MEP y los servicios de salud para asegurar que los niños reciban la atención necesaria.

Circular DVM-AC-DDC-DEVA-0140-2022:

Evaluación de los Aprendizajes para el Estudiantado Hospitalizado, Post-hospitalizado, Convaleciente o Recurrente a Tratamiento Médico.

Esta circular detalla cómo los centros educativos deben adaptar las prácticas evaluativas para atender a estudiantes hospitalizados o convalecientes debido a situaciones de salud física o mental. La atención educativa debe adaptarse a las necesidades del estudiante, asegurando que puedan continuar con su proceso de aprendizaje incluso en circunstancias de salud adversas. Los puntos clave incluyen:

- **Adecuación de las prácticas evaluativas** a la situación médica del estudiante.
- La necesidad de contar con **documentación médica** que certifique el estado de salud del estudiante.
- La planificación de **acciones de seguimiento** para garantizar el progreso educativo del estudiante durante su tratamiento.

Circular DVM-AC-DDC-DAEED-0187-2022:

Criterios de Referencias de Niños o Niñas a Servicios de Apoyo en Terapia de Lenguaje y Servicios de Apoyo Complementario en Terapia Física y Ocupacional en Centros Educativos del MEP.

Esta circular establece los criterios y procedimientos para referir a estudiantes que requieren servicios adicionales de apoyo, como terapia de lenguaje o terapia física y ocupacional. Las referencias a estos servicios deben ser realizadas por el personal educativo tras una **evaluación inicial**, y se debe incluir en el proceso la participación de los padres o tutores del estudiante.

Circular DVM-AC-DDC-DAEED-0275-2022:

Divulgación de los Criterios de Referencia a los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de Niños o Niñas Menores de 13 Años con Sospecha de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) u Otro Trastorno de Conducta.

Esta circular se refiere a los criterios para derivar a estudiantes menores de 13 años con sospecha de TDAH u otros trastornos del comportamiento a la **CCSS.** Se requiere una observación de **al menos 10 semanas** para confirmar los síntomas de TDAH, y los resultados de esta observación deben ser compartidos con los servicios de salud para tomar decisiones sobre la referencia.

Resumen de Leyes y Reglamentos Relacionados

Las siguientes leyes y decretos son fundamentales para respaldar las acciones educativas en el contexto de apoyo a estudiantes con necesidades especiales o en situaciones críticas:

-
- Ley N°181: Código de la Educación.
- Ley N°7184: Convención sobre los Derechos del Niño.
- Ley N°7600: Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad.
- Ley N°7739: Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley N°8292: Ley General de Control Interno.
- Ley N°8661: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley N°9097: Ley de Regulación del Derecho de Petición.
- Ley N°9470: Ley para Garantizar el Interés Superior del Niño, la Niña y el Adolescente en el Cuidado de la Persona Menor de Edad Gravemente Enferma.
- Decreto Ejecutivo N°40862-MEP: Reglamento de Evaluación de los Aprendizajes.

Fuentes:

- Organización Mundial de la Salud (OMS)

- DSM-5, American Psychiatric Association

- Ministerio de Educación Pública de Costa Rica (MEP)