

**Universidad de Salamanca. Máster Universitario en Profesor de
Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación
Profesional y Enseñanza de Idiomas**



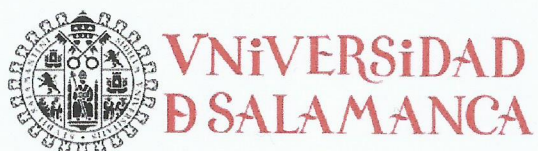
**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
LOS CENTROS DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA EN ESPAÑA Y SU PAPEL
EN LA SALUD MENTAL**

Alumna: Raquel Fominaya Ortiz

Tutora: M^a Dolores López García

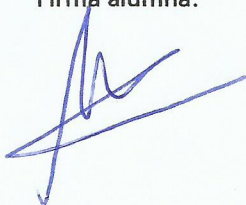
Curso 2021-2022

**Universidad de Salamanca. Máster Universitario en Profesor de
Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación
Profesional y Enseñanza de Idiomas**



**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
LOS CENTROS DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA EN ESPAÑA Y SU PAPEL
EN LA SALUD MENTAL**

Firma alumna:



Firma tutora:



Firmado
digitalmente por
LOPEZ GARCIA
MARIA DOLORES
ESTILITA - 07813835E
Fecha: 2022.06.06
13:26:56 +02'00'

INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 ¿Qué es la salud mental?	4
1.2 Los trastornos del estado de ánimo	4
1.3 Depresión en adolescentes	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Participantes (muestra)	8
4.2 Instrumento: el cuestionario	9
4.3 Procedimiento	10
5. RESULTADOS	10
5.1 Análisis descriptivo de la muestra	10
5.1.1 Datos sociodemográficos de la muestra	11
5.1.2 Sintomatología relacionada con la salud mental de los estudiantes	12
5.1.3 Contacto con servicios de salud mental	15
5.1.4 Profesorado	17
5.1.5 Servicio de orientación educativa	20
5.1.7 Frecuencia de hábitos de riesgo durante la etapa de educación secundaria	24
5.1.8 Rasgos psicológicos de riesgo	25
5.1.9 Frecuencia de hábitos saludables durante la etapa del instituto	27
5.1.10 Consumo de algún tipo de psicofármaco (ansiolítico o antidepresivo)	28
5.1.11 Tipo de psicofármacos consumidos	29
5.1.12 Año de inicio del consumo	29
5.2 Análisis multivariante de los resultados	31
5.2.1 Sintomatología relacionada con la salud mental	31
5.2.2 Diagnóstico de salud mental	33
5.2.3 Hábitos de riesgo	34
5.2.4 Hábitos saludables	36
6. DISCUSIÓN	38
7. CONCLUSIONES	41
8. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS ELECTRÓNICOS	42
9. ANEXOS	44
Anexo 1. Testimonio anónimo	44
Anexo 2. Cuestionario	45

RESUMEN

La población española va ganando cada vez una mayor consciencia sobre la importancia de la salud mental, tanto dentro como fuera de los centros educativos. Para estudiar el estado psicológico de los estudiantes de secundaria en las últimas décadas, se ha realizado un estudio con 150 personas voluntarias. En éste se ha explorado el estado de salud mental de los participantes analizando una serie de ítems en relación con su paso por el instituto. Así, se ha analizado posteriormente la relación de los resultados obtenidos con el género de los participantes y el tipo de centro educativo al que asistieron (público, privado o concertado). Los datos obtenidos confirman niveles elevados de malestar psicológico entre los estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Además, se ha podido concluir también que el género influye significativamente en la frecuencia de diagnósticos psicológicos del alumnado, así como el tipo de centro educativo, que también parece influir.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, Adolescencia, Educación secundaria, Sistema educativo español

Abstract

Spanish population is gaining increasing awareness of the importance of mental health, both inside and outside schools. To study the psychological state of high school students in recent decades, a study was conducted with 150 volunteers. the mental health status of the participants has been explored, analyzing a series of items in relation to their time at the institute. Thus, the relationship of the results obtained with the gender of the participants has subsequently been analyzed and the type of educational institution they attended (public, private or concerted). The data obtained confirm high levels of psychological distress among students of secondary education. In addition, it was also concluded that gender significantly influences the frequency of psychological diagnoses of students, as well as the type of educational center.

Key words

Mental Health, Adolescence, Secondary Education, Spanish Education System

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ¿Qué es la salud mental?

La primera aclaración que debería realizarse antes del desarrollo del presente trabajo, es la concepción del ser humano como un ser holístico. Esto quiere decir que no se trata de la suma de diferentes ámbitos estancos, sino de la interrelación entre cuerpo, mente, emociones y otros planos más profundos. El holismo, según la Real Academia Española, es una “doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen”. Es por eso que no puede hablarse de salud mental como si fuese un ámbito aislado del ser humano, independiente de la salud física y la salud emocional.

Con todo esto, ya podríamos acercarnos a la definición que hace de la salud mental la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicha entidad afirma que la “salud” no es solo “ausencia de enfermedad, sino además bienestar físico, psíquico y mental”. Y añade que la salud abarca “un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto, en la medida en que no afecte el desarrollo de sus semejantes”. Por lo tanto, hablaríamos de la salud mental como un estado de bienestar psicológico, y no solo la ausencia de trastornos o enfermedades mentales.

Como afirma FEAFES, la *Federación de Asociaciones de Familiares e Persoas con Enfermedad Mental* de Galicia “según la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas presenta o presentará un problema de salud mental a lo largo de su vida. Aunque pueda haber personas con más predisposición genética que otras, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, por lo que todos y todas estamos expuestos a ello.”

Para complementar todas estas definiciones, podríamos añadir el concepto definido por Peterson y Seligman (2004), que determina que “el bienestar es el conjunto de acciones que las personas pueden desarrollar para lograr la felicidad y encaminar la vida hacia el optimismo”. Para estos autores, “cultivar y trabajar en el fortalecimiento de dichos factores es esencialmente la clave para lograr personas, relaciones, comunidades e instituciones más positivas y con salud mental.”

1.2 Los trastornos del estado de ánimo

Dentro del ámbito de la salud mental existe una gran variabilidad de alteraciones y trastornos que conllevan malestar para la persona que los padece, con el consecuente impacto para su entorno social. Para los trabajadores y trabajadoras que desempeñan su trabajo en relación con el mundo de la psiquiatría y las personas con enfermedad mental, existe un manual de referencia que establece un lenguaje común para todos. Este es el Manual Diagnóstico y Estadístico psiquiátrico, conocido como DSM-5 por sus siglas en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

En él se recoge un listado de las diferentes alteraciones que pueden ocurrir en referencia a la salud mental de una persona. Éstos son los siguientes:

1. Trastornos del neurodesarrollo.
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
4. Trastornos depresivos y del estado de ánimo.
5. Trastornos de ansiedad.
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.
8. Trastornos disociativos.
9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
10. Trastornos de la alimentación.
11. Trastornos del sueño-vigilia.
12. Disfunciones sexuales.
13. Disforia de género.
14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.
15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
16. Trastornos neurocognitivos.
17. Trastornos parafílicos.
18. Trastornos de personalidad.

Centrándonos en el objeto de estudio para la investigación que se ha llevado a cabo, nos interesa aquí definir cuáles son los considerados “trastornos del estado de ánimo”, que aparecen en el tercer apartado, como trastornos depresivos y del estado de ánimo. Estos incluyen los siguientes:

1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (accesos de cólera)
2. Trastorno de depresión mayor
3. Trastorno depresivo persistente (distimia)
4. Trastorno disfórico premenstrual (más fuerte que el “Síndrome Premenstrual”)
5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica
7. Otro trastorno depresivo especificado
8. Otro trastorno depresivo no especificado

Asimismo, todos ellos pueden debutar con o sin ansiedad (apartado 5 en la clasificación del DSM-5), así como con posibles alteraciones del sueño (apartado 11), como insomnio o hipersomnia, dificultad para concentrarse, o presencia de características psicóticas (apartado 2), entre otras alteraciones. Es decir, que aunque queramos centrar nuestra atención únicamente en los trastornos del estado de ánimo, debe entenderse que en el ámbito de la salud mental suele tratarse con personas con cuadros mixtos, en los que también aparece otra sintomatología como ansiedad, fatiga y/o alteraciones de la conducta alimentaria, por poner solo algunos ejemplos.

1.3 Depresión en adolescentes

En primer lugar, deberíamos definir qué consideramos cuando determinamos que una persona es adolescente. Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es “la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años.” El rango de edad que abarca la adolescencia no tiene un consenso universal, ya que varía de unos autores a otros, puesto que no es exactamente igual para todos los seres humanos. Depende de factores biológicos y psicológicos que pueden aparecer antes o después en unos niños u otros, aparte de que también existen diferencias en función del género. En líneas generales, se suele decir que son las niñas las primeras en “madurar”, mientras que los niños parece que lleguen a la etapa adolescente de forma más tardía, aunque no siempre sea así. En cualquier caso, lo que nos interesa en este punto es que la población de estudio que aquí nos concierne, estaría considerada sobradamente como adolescente. Es decir, aquella que participa de la educación secundaria obligatoria, entre los 12 y los 18 años (en el caso de que repitan uno o más cursos), mientras acuden al instituto de manera ordinaria.

En referencia a los trastornos del estado de ánimo y en palabras de la doctora en psicología Almudena García Alonso, la depresión se trata de “un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañado de ansiedad. En este pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.” (García-Alonso, A., 2009)

En dicha definición podríamos destacar la sensación de vacío y desinterés general, que puede encontrarse con frecuencia en una etapa de tantos cambios (físicos y psicológicos) como es la adolescencia. Se trata de un periodo vital en el que las personas comienzan un proceso de maduración de la personalidad en el que se preguntan quiénes son realmente y qué es lo que quieren hacer con sus vidas, ambas preguntas de gran profundidad y complejidad. Si nos paramos por un momento para analizar la palabra adolescencia, nos cercioraremos de que viene de “adolecer”, que significa “caer enfermo o padecer alguna enfermedad habitual”, que resulta llamativo como nombre para definir una etapa vital. Preocupa especialmente en la definición aportada por Almudena la ideación de muerte por el riesgo de un posible suicidio, en el peor de los casos, a pesar de que no todos los adolescentes que sufren de depresión presenten ideología suicida, afortunadamente. “De todos modos (añade la doctora García), existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.” Por eso, en muchos casos, es tan difícil de identificar, infravalorando su gravedad aludiendo a que “es solo una etapa” y que “ya se les pasará”, en vez de recibir un diagnóstico y tratamiento psicológico adecuados.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud mental se ha convertido en un asunto de prioridad nacional después del impacto que la pandemia ha tenido sobre la población española. “A medida que las fases de la pandemia de Covid-19 van acercando la crisis sanitaria gradualmente a su final, el **bienestar mental** está llamado a ocupar un protagonismo cada vez mayor” (Aslaín y Fava, 2022), afirma un artículo reciente del periódico digital EL ESPAÑOL.

Los datos sobre suicidios en España son inquietantes, después de que en 2019 se reportase la cantidad de casi 4.000 casos de suicidio en el país, según datos del Instituto Nacional de Estadística. Ante estas cifras, el Observatorio del Suicidio en España añade del suicidio que “es la principal causa de muerte no natural en España, produciendo casi 3 veces más muertes que las provocadas por accidentes de tráfico, 13,6 veces más que los homicidios y casi 90 veces más que la violencia de género.”

Defunciones según la Causa de Muerte 2019			
Suicidios. Resultados nacionales			
Suicidios por edad y sexo.			
Unidades: suicidios			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3.941	2.930	1.011

Tabla 1. Total suicidios en España en 2019. Instituto Nacional de Estadística (INE)
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2020/10/&file=05001.px>

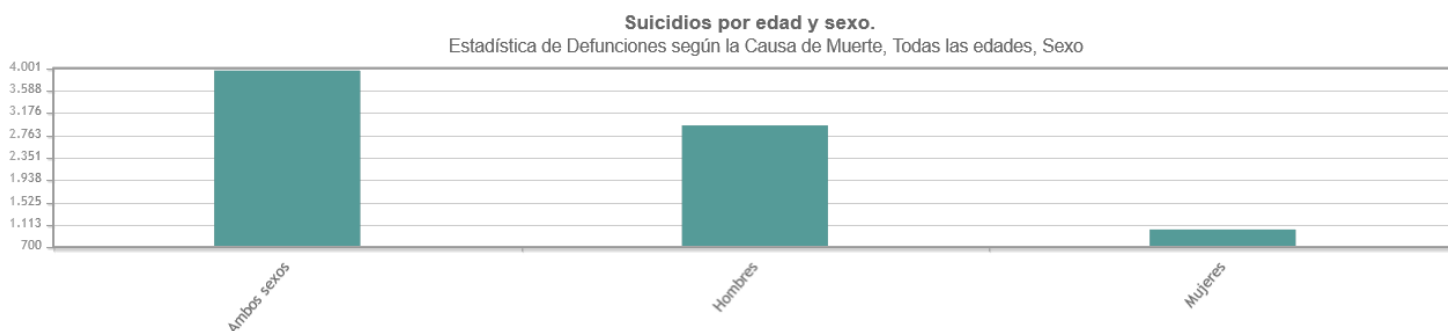


Figura 1. Suicidios en España en 2019 en función del género. Instituto Nacional de Estadística (INE) <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2020/10/&file=05001.px#!tabs-grafico>

De esta forma, queda patente la necesidad de una mayor dedicación y esfuerzo en fomentar la salud mental de la población española. En el mundo sanitario se dice que “la mejor solución es una buena prevención”, por eso resulta tan importante dicho fomento desde las etapas más tempranas, véase la adolescencia y la infancia. Con la perspectiva de ejercer la docencia en el ámbito de la educación secundaria, se ha querido poner el foco de la investigación en la población adolescente, ya que será aquella con la que se podrá desarrollar dicha labor.

3. OBJETIVOS

Como objetivo general de la investigación se pretende conocer la salud mental de los estudiantes de secundaria.

Como objetivos específicos, se han planteado los siguientes:

1º Analizar la salud mental de los estudiantes en relación con la experiencia en su paso por el Sistema Educativo Español

2º Conocer la incidencia de malestar psicológico en los estudiantes de secundaria.

3º Conocer el papel que los centros educativos desempeñan en el fomento de la salud mental de los estudiantes

4º Analizar la percepción de los estudiantes en el apoyo recibido desde su propio centro educativo, ya sea de los propios profesores y/o del servicio de orientación del instituto.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo los objetivos propuestos, se ha diseñado una encuesta a realizar por una muestra de voluntarios, a los que se les ha planteado una serie de preguntas relacionadas con su etapa en el instituto.

Además de la elaboración del cuestionario, se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando las palabras clave “Adolescencia y salud mental”, “Suicidio y España”, “Suicidio y adolescentes”, “Suicidio y prevención”, “Salud mental y educación y España”, y “Trastornos del estado de ánimo”.

4.1 Participantes (muestra)

Para la realización del presente estudio correlacional, de corte transversal, han participado 150 personas en edades comprendidas entre 20 y 30 años. Los criterios de inclusión consistían en haber cursado todos los niveles de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en España, entre los años 2003 y 2019. Se excluían, por tanto, a aquellas personas que no hubieran realizado todos los cursos de la ESO en territorio español, puesto que el objetivo del estudio era analizar la salud mental de los estudiantes en relación con la experiencia en su paso por el Sistema Educativo Español.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Personas que hayan nacido entre los años 1991 y 2001 (población entre 20-30 años) -Personas que hayan cursado todos los años de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) entre los años 2003 y 2019 en España (comenzaron 1º ESO entre los años 2003 y 2015) -Que hayan cursado todos los años antes de la pandemia
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -No haber realizado los cuatro cursos de la ESO en España -Personas que no hayan realizado todos los cursos de la ESO (que no hayan conseguido el título de la ESO) -Personas que hayan estudiado alguno de los cursos durante la pandemia (a partir del curso 2019-2020)

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia

4.2 Instrumento: el cuestionario

Con la intención de recopilar la información más detallada posible sobre la experiencia de los participantes en su paso por el instituto, se ha creado un cuestionario *online* de elaboración propia (**Anexo 2**). Éste se ha denominado “TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA ETAPA DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (ESO)”, dividiéndolo en siete bloques, para facilitar su manejo y hacerlo más ameno para las personas voluntarias. El **primer bloque** recoge únicamente datos sociodemográficos (edad, género, comunidad autónoma en la que se cursaron los estudios y tipo de centro educativo). El **segundo bloque** incide en la experiencia personal de cada participante, incluyendo algún posible diagnóstico psicológico o psiquiátrico, mientras que el **tercero** plantea cuestiones sobre el apoyo recibido desde el propio centro educativo. Los **bloques cuarto y quinto** se han enfocado en realizar preguntas acerca de los hábitos saludables y de riesgo que presentaban los voluntarios durante aquella etapa. El **sexto bloque** sondea el posible consumo de psicofármacos de los estudiantes en aquella etapa. Para finalizar, en el **séptimo bloque** se promueve la reflexión personal y se motiva a los participantes a compartir cómo fue su experiencia durante la etapa de educación secundaria y la forma en la que pudiera haberles influido en su estado de salud mental en la actualidad. Este último bloque podría ser de especial interés al permitir a los participantes que expresen su opinión sobre el tema con sus propias palabras.

Tras una primera propuesta de cuestionario, y para hacerlo aún más completo, se han consultado otras escalas psicométricas oficiales, como son la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (*GADS - Goldberg Anxiety and Depression Scale, 1988*) y la Escala de Depresión de Hamilton (*HDRS - Hamilton Depression Rating Scale, 1967*). Con ellas, se ha complementado el cuestionario con el fin de explorar el mayor número de aspectos psicológicos posibles en relación con la salud mental de los

adolescentes durante aquella etapa. Cabe destacar que en la Escala Hamilton existe un ítem dedicado a la cuestión de los suicidios, explorando tanto la presencia de ideología suicida como con posibles intentos de suicidio. Sin embargo, al ser este un tema tan delicado, se ha optado en esta ocasión por no añadir ningún apartado dentro del cuestionario de elaboración propia.

4.3 Procedimiento

El método de recogida de datos ha sido realizado mediante su difusión por medios electrónicos, con un vínculo al cuestionario para poder rellenarlo de forma individual. El periodo en el que se ha mantenido activo dicho vínculo ha sido durante 2 meses, durante marzo y abril de 2022. Para cada una de las preguntas, existían casillas con las respuestas “SÍ” o “NO” y otras con medidas de frecuencia. Estas podían ser: “Nunca”, “Alguna Vez (al menos 1 vez/mes)”, “Frecuentemente (al menos 1 vez/semana)”, “Con mucha frecuencia (varias veces/semana)” o “Todos los días”. Asimismo, también existía una pregunta al final del cuestionario, en la que se permitía a los participantes expresarse con sus propias palabras acerca de su propia experiencia.

Para su posterior análisis con el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), se ha realizado un trabajo previo en el que se han transformado todas las respuestas en diversas categorías, asignando valores numéricos a las diferentes categorías. Para ello, en relación con el género, por ejemplo, se ha traducido 1=Hombre, 2=Mujer y 3=No binario, y así con el resto de los ítems.

Una vez obtenida y traducida toda la base de datos, se ha procedido a la realización de un análisis estadístico descriptivo de las respuestas. Posteriormente, se ha realizado un análisis uni o multivariable de los resultados, analizando los valores de una variable frente a diferentes factores, como el género de los estudiantes, el tipo de centro educativo al que acudieron, etc. Dado el elevado número de ítems que contiene el cuestionario, se han agrupado por características afines, añadiendo nuevas categorías que representan el valor sumatorio de los diferentes ítems que integran ese parámetro. De esta forma se ha generado el **índice de sintomatología somática**, el **índice de sintomatología social**, el **índice de sintomatología psicoemocional**, el **índice de hábitos de riesgo**, el **índice de hábitos individuales saludables** y el **índice de hábitos sociales saludables**.

5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo de la muestra

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra que se ha empleado para el estudio, cuyo tamaño muestral es N=150 sujetos. Se han

seleccionado aquellos elementos más significativos para la cuestión de la salud mental de los participantes durante la etapa de educación secundaria. El objetivo es conocer mejor las características de la muestra alcanzada, para analizar si hay asociaciones significativas entre determinados elementos. Primero se ha realizado una descripción de todos los datos en su conjunto, y posteriormente se ha realizado el análisis de aquellos más relevantes en función del género de los participantes y del tipo de centro educativo al que asistieron.

5.1.1 Datos sociodemográficos de la muestra

Han participado en el estudio personas de casi todas las comunidades autónomas del país, exceptuando las Islas Baleares, Galicia, La Rioja, Navarra, Ceuta y Melilla. La más representativa es la Comunidad de Madrid, en la cual cursaron sus estudios de educación secundaria 82 participantes de la muestra total, seguido por la Comunidad de Castilla y León, en la cual cursaron sus estudios 38 participantes.

En lo referente al género de la muestra de voluntarios, la participación de mujeres ha sido mucho mayor. En total, se han prestado como voluntarias 99 mujeres (66% muestra), 49 hombres (32,7% muestra) y 2 personas autodefinidas como “no binarias” (1,3% muestra).

Los centros educativos se pueden diferenciar en función del tipo de gestión que tengan, ya sea desde el ámbito estatal, con fondos privados o mediante concierto. En ese aspecto, se aprecia una proporción mayor de la muestra que acudieron a centros públicos, representando un 57,4% de la muestra (85 sujetos). En segundo lugar, nos encontramos con que un 35,8% acudieron a centros concertados (53 sujetos) y un 6,76% a centros privados (10 sujetos). Estos datos servirán para el posterior análisis de los resultados en función del tipo de centro, para analizar alguna posible relación con la salud mental de los estudiantes.

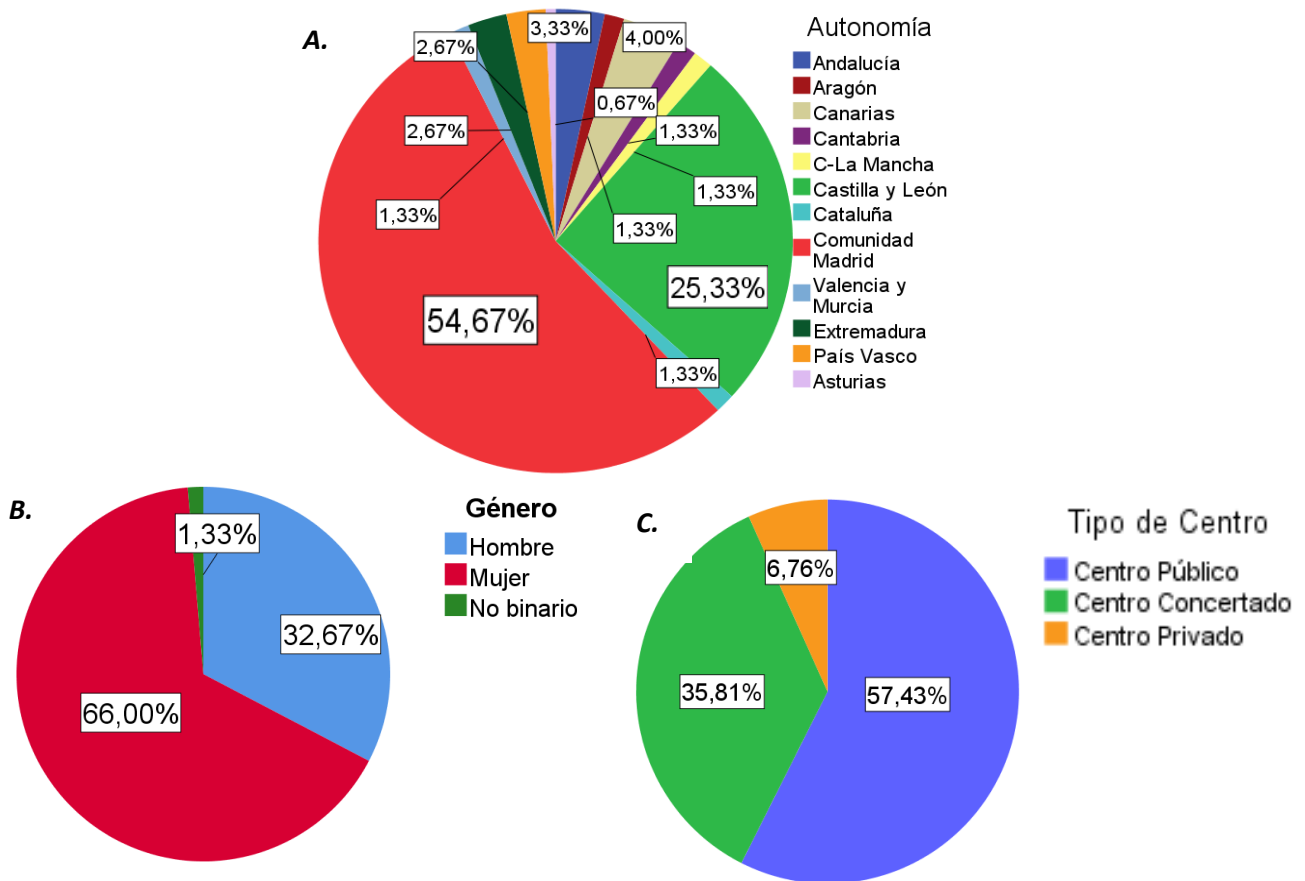


Figura 2. Datos sociodemográficos de la muestra. A. Porcentajes de la muestra según Comunidad Autónoma. B. Porcentajes de la muestra según género. C. Porcentajes de la muestra según el tipo de centro al que acudieron

Para el análisis de la sintomatología psicológica que presentaron los participantes en el transcurso de la etapa educativa secundaria, se han clasificado los síntomas en tres categorías diferentes. La primera aúna todos los síntomas que suponen alguna alteración en el cuerpo, es decir, **síntomas somáticos**. La segunda categoría se refiere a aquellos síntomas que aparecen en relación con otras personas, es decir, determinados como **síntomas sociales**. La tercera agrupa todos los síntomas que son de carácter más emocional y su impacto en las habilidades cognitivas, que se han considerado como **síntomas psicoemocionales**.

a. Síntomas somáticos

Esta clasificación agrupa cinco síntomas psicósomáticos, como son la ansiedad, el insomnio primario o secundario, las pérdidas de peso notables o la sensación de falta de energía. Los valores oscilan entre 0, para aquellas personas que no presentaron ninguno de estos síntomas, y 20 como valor máximo posible.

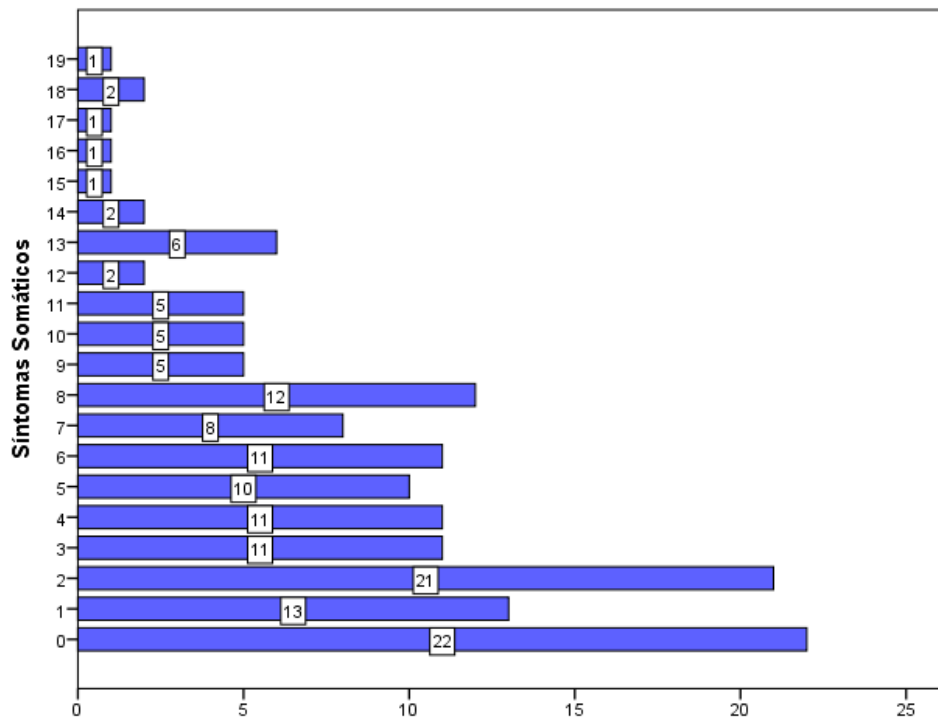


Figura 3. Sumatorio frecuencia síntomas somáticos

Con esta gráfica podemos observar que la mayor parte de la muestra se encuentra en valores bajos de síntomas somáticos, siendo muy pocos los casos que afirman que presentaban dichos síntomas con mucha frecuencia.

b. Síntomas sociales

La segunda clasificación corresponde a los cinco síntomas sociales sobre los que se ha preguntado en el cuestionario. Estos serían la timidez extrema, el aislamiento, los conflictos frecuentes en el entorno familiar y en el educativo, así como la ansiedad social. Los valores oscilan entre 0, para aquellas personas que no presentaron ninguno de estos síntomas, y 20 como valor máximo posible.

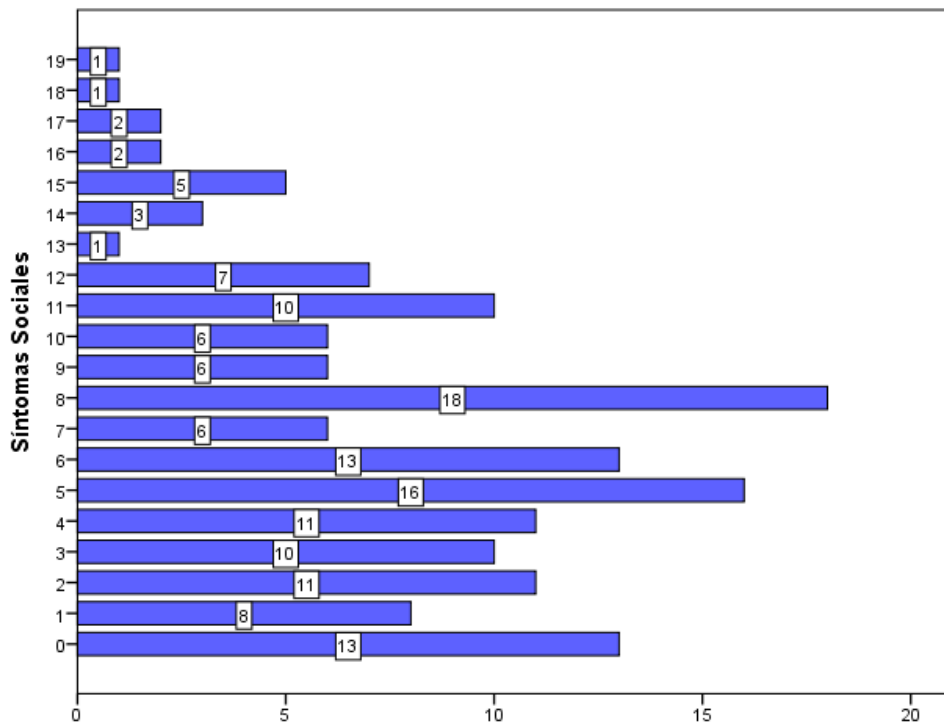


Figura 4. Sumatorio frecuencia síntomas sociales

Con esta gráfica podemos apreciar cambios respecto a la anterior, ya que hay un número mayor de participantes en las puntuaciones intermedias, frente a un número visiblemente menor de las puntuaciones más bajas.

c. Síntomas psicoemocionales

Por último, el tercer grupo correspondería a los síntomas psicoemocionales. Para ello se han explorado cinco síntomas, como son un estado de tristeza profunda, la tendencia a la irritabilidad, presentar labilidad emocional general, tener dificultad para concentrarse y una baja autoestima. Los valores obtenidos podían oscilar entre 0, para aquellas personas que no presentaron ninguno de estos síntomas, y 20 como valor máximo posible.

La primera diferencia que podemos notar en esta gráfica es que la puntuación máxima disminuye de 19 puntos a 16 puntos, por lo que la frecuencia máxima de síntomas psicológicos es menor. En cuanto al grueso de participantes, se encuentra en una posición intermedia entre los síntomas somáticos, que la mayoría se encontraban en la base de la pirámide (valores entre 0 y 2), y los síntomas sociales, cuya mayoría se sitúa en una posición más alta (entre 4 y 8). En el caso de los síntomas sociales, podemos apreciar que la mayor parte de los participantes se agrupa en valores entre 3 y 6 puntos.

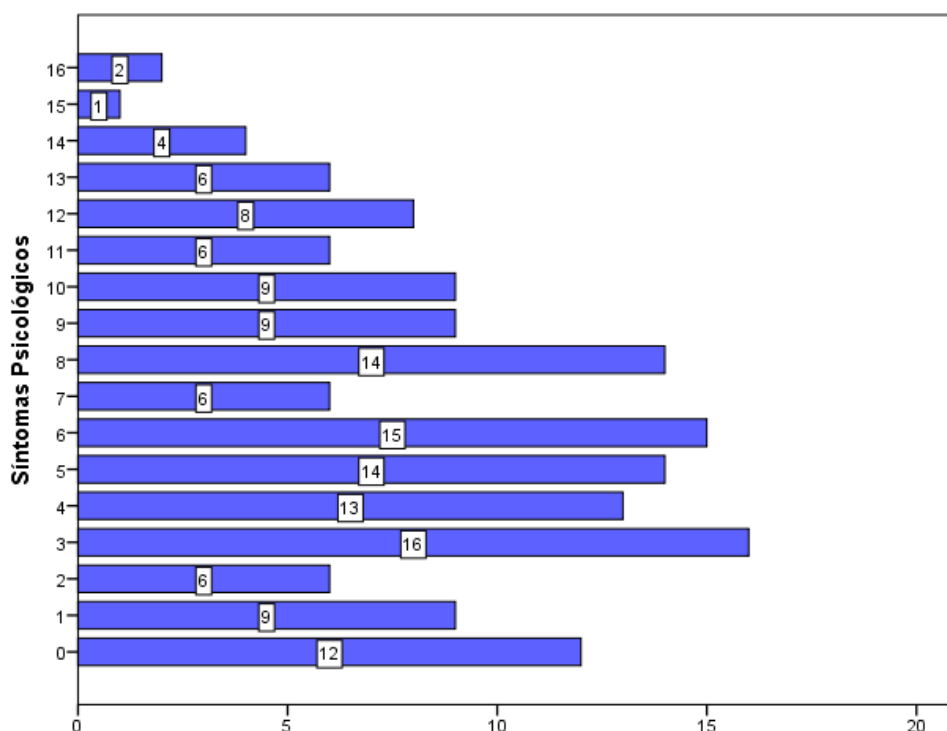


Figura 5. Sumatorio frecuencias síntomas psicoemocionales

5.1.3 Contacto con servicios de salud mental

En este apartado, se han realizado preguntas a las personas encuestadas sobre su estado de salud mental durante la etapa educativa secundaria. Para ello, se ha planteado la cuestión de si recibían o no algún tipo de terapia psicológica y si recibieron algún tipo de diagnóstico de salud mental, ya fuese desde un servicio de psicología (psicólogos cualificados) o un servicio de psiquiatría (médicos psiquiatras habilitados para ello).

a. Uso de servicios de psicología: participación en proceso de terapia psicológica

De la muestra de estudio podemos extraer que un 23,4% de los participantes utilizaron algún servicio de psicología durante la etapa de educación secundaria obligatoria, frente al 76,6% que no lo hicieron.

En relación con el género, dentro del grupo de las mujeres, el 24,2% recibieron algún tipo de terapia psicológica, frente al 18,4% del grupo de los hombres que la recibieron. En el caso del grupo de personas no binarias, el 100% recibió alguna terapia psicológica durante la etapa de educación secundaria obligatoria.

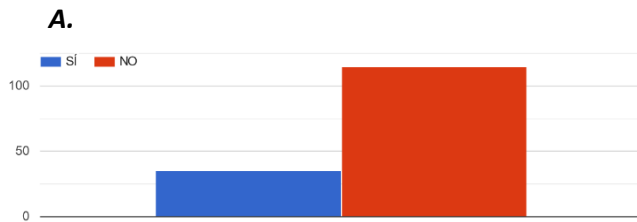
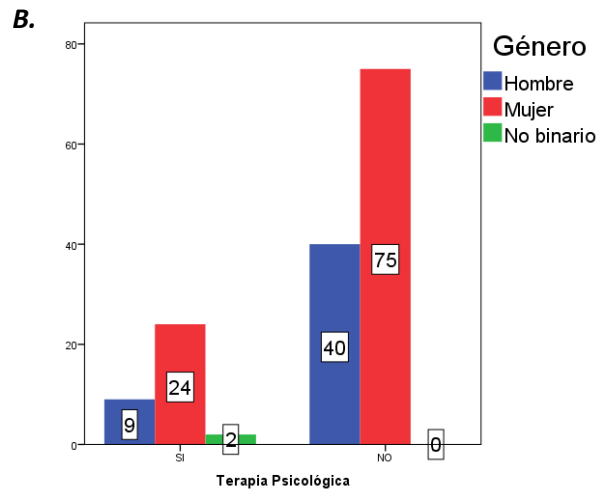


Figura 6. Terapia psicológica.

A. Total de casos. B. En función del género



b. Diagnóstico de salud mental (psicológico o psiquiátrico)

De forma independiente a la cuestión anterior, se le ha preguntado a los participantes si recibieron algún diagnóstico de salud mental durante aquella etapa. En este caso, nos encontramos con que el 14% de los participantes (21 casos) sí recibieron un diagnóstico de salud mental, frente al 86% que no lo recibieron.

En relación con el género, dentro del grupo de las mujeres, el 15,15% recibieron algún diagnóstico de salud mental, frente al 8,16% del grupo de los hombres que lo recibieron. En el caso del grupo de personas no binarias, el 100% recibió un diagnóstico durante la etapa de educación secundaria obligatoria

En cuanto al tipo de centro educativo, el 14,1% de la muestra que asistieron a un centro público tuvieron un diagnóstico de salud mental, frente al 11,3% dentro de la muestra que asistieron a uno concertado. En cuanto a los centros privados, un 20% recibió un diagnóstico de salud mental.

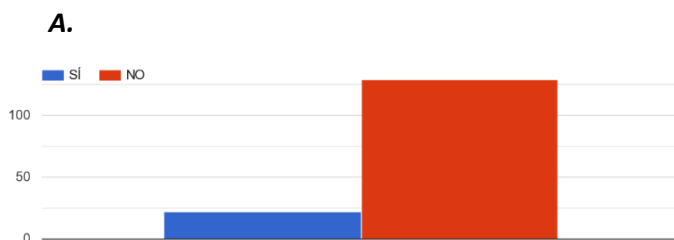
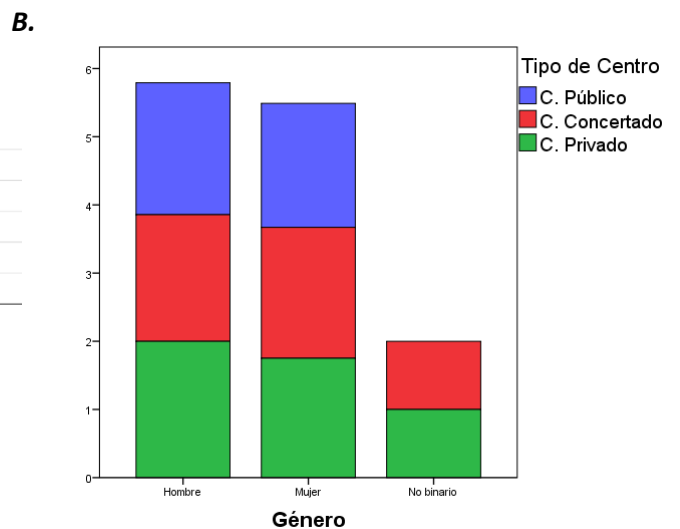


Figura 7. Diagnóstico salud mental.

A. Total de casos. B. Distribución en función del género y del tipo de centro.



c. Tipo de diagnóstico/ alteración psicológica

Del total de los 21 casos anteriores que afirmaron haber recibido un diagnóstico de salud mental, encontramos la siguiente diversidad de alteraciones psicológicas y trastornos:

Diagnóstico psicológico	Clasificación	Nº total
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none">• 3 casos ansiedad normal• 1 ansiedad generalizada	4
Depresión	<ul style="list-style-type: none">• 3 casos depresión• 1 caso distimia• 1 caso depresión mayor	5
Combinado (ansiedad y depresión simultáneamente)	<ul style="list-style-type: none">• 3 casos depresión y ansiedad• 1 caso de Trastorno Adaptativo Mixto Ansioso- Depresivo	4
Trastornos alimenticios (TCA): bulimia y anorexia	<ul style="list-style-type: none">• 1 caso TCA (sin especificar)• 1 caso bulimia• 1 caso anorexia• 1 caso anorexia y bulimia	4
Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)	<ul style="list-style-type: none">• 1 caso	1
Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	<ul style="list-style-type: none">• 1 caso	1
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	<ul style="list-style-type: none">• 1 caso déficit atención	1
Dislexia	<ul style="list-style-type: none">• 1 caso	1

Tabla 3. Tipos de diagnóstico de salud mental.

5.1.4 Profesorado

En este apartado, se ha pretendido reflejar el perfil del profesorado de los centros educativos a los que acudieron los participantes del estudio. Los parámetros a analizar eran la predisposición de los docentes a brindar ayuda a los estudiantes por problemas personales, así como la capacidad de los docentes para detectar posibles problemas en el alumnado, para ofrecer su ayuda aun sin ser solicitada.

a. Búsqueda de un profesor/a por un problema personal

Hay una proporción mayor de participantes (58% de la muestra) que nunca acudieron a ningún profesor/a en búsqueda de ayuda por algún problema personal suyo. En cualquier caso, la proporción entre el grupo de participantes que sí solicitaron ayuda frente a aquellos que no, no es muy significativa.

En relación con el género, dentro del grupo de las mujeres, el 45,5% buscaron ayuda de un profesor/a por un problema personal, frente al 34,7% del grupo de los hombres que lo hicieron. En el caso del grupo de personas no binarias, el 50% acudieron a un profesor/a por un problema personal.

En cuanto al tipo de centro educativo, el 35,3% de participantes que asistieron a un centro público buscaron ayuda de algún profesor/a, frente al 50,9% que asistieron a un centro concertado. En cuanto a los centros privados, un 50% buscó ayuda de algún profesor/a.

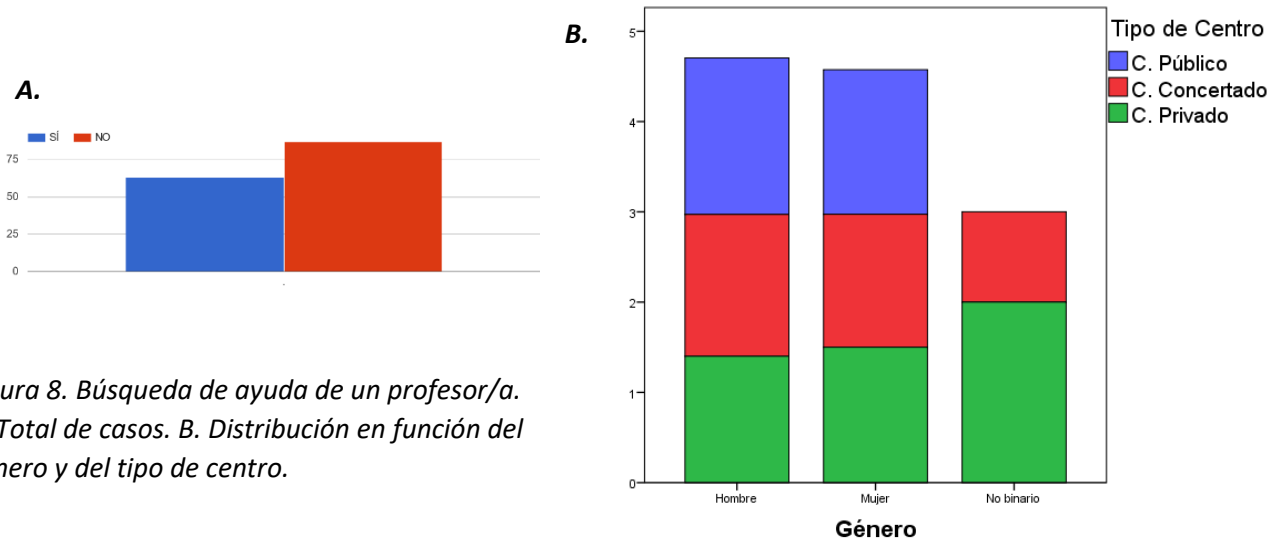


Figura 8. Búsqueda de ayuda de un profesor/a. A. Total de casos. B. Distribución en función del género y del tipo de centro.

b. Sensación de apoyo percibido

De las 63 personas que sí buscaron la ayuda de algún profesor/a por un problema personal, un 71,4% manifestaron que sí se sintieron apoyados, frente a un 28,6% que respondieron negativamente.

Dentro de los diferentes tipos de centros educativos, un 59% de las personas que buscaron ayuda de algún profesor/ en un centro público se sintieron apoyadas. En el caso de los centros concertados, un 63% se sintieron apoyados, frente al 66,7% que se sintieron del mismo modo.

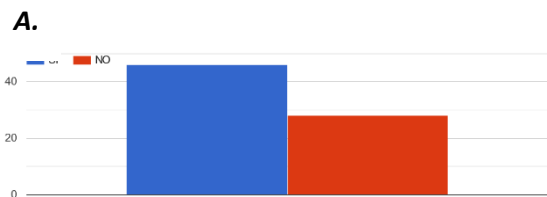
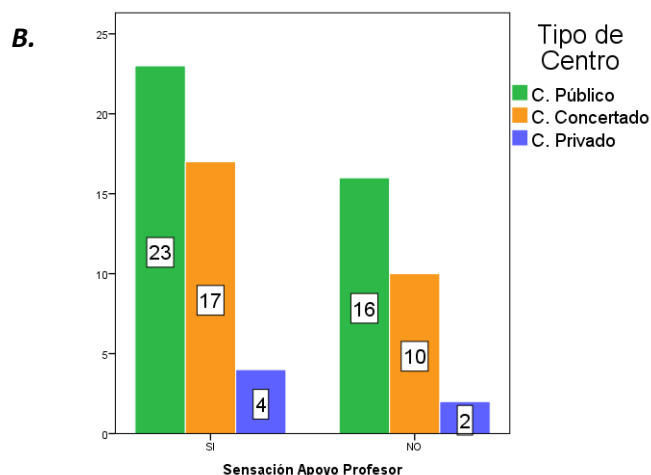


Figura 9. Sensación de apoyo recibido
A. Total de casos B. En función del tipo de centro educativo.



c. Profesor/a que ofreciese su ayuda sin haberla solicitado, tras detectar cambios en el comportamiento o estado de ánimo del participante

Un 35,3% de los participantes expresaron que recibieron ayuda de algún profesor/a del centro educativo sin haberlo buscado, después de que hubieran detectado algún cambio en el comportamiento o estado de ánimo de ellos. Dicha proporción supera al porcentaje de alumnos que necesitaron algún tipo de terapia psicológica durante la etapa de educación secundaria obligatoria (el 23,4%).

En cuanto al tipo de centro educativo, el 29,4% de la muestra que asistieron a un centro público recibieron ayuda de algún profesor/a sin haberlo pedido, frente al 47,2% dentro del grupo que asistieron a un centro concertado. En cuanto a los centros privados, un 30% recibió dicha ayuda sin haberla solicitado.

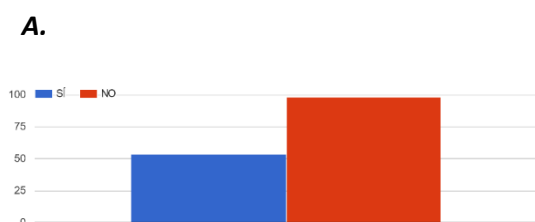
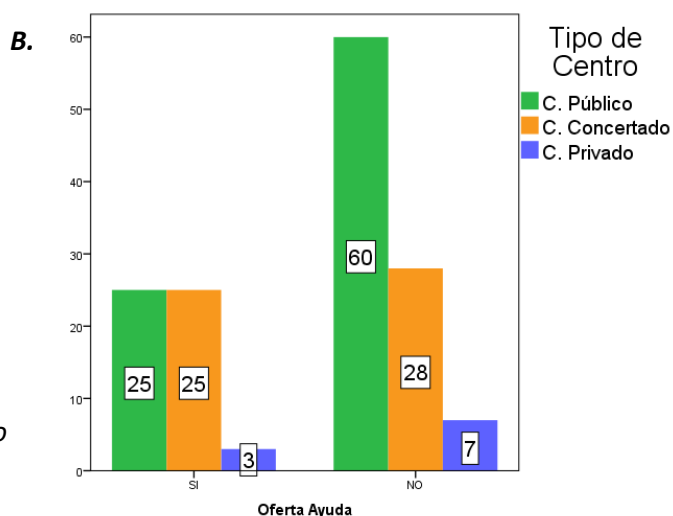


Figura 10. Oferta de ayuda del profesorado.
A. Total de casos B. En función del tipo de centro



5.1.5 Servicio de orientación educativa

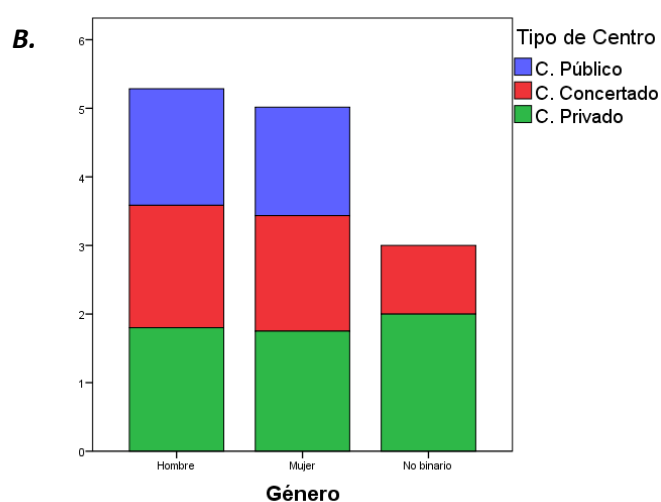
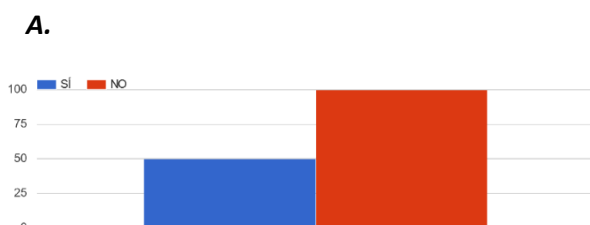
En este apartado, se ha pretendido reflejar la utilización del servicio de orientación de los centros educativos a los que acudieron los participantes del estudio, así como la percepción de los estudiantes sobre la utilidad de dicho servicio.

a. Búsqueda de ayuda, orientación o asesoramiento del orientador/a del instituto

Solo un tercio de los participantes (33,3% de la muestra) utilizaron alguna vez el servicio de orientación del centro educativo, frente al resto de participantes (66,6%) que no.

En relación con el género, dentro del grupo de las mujeres, el 36,4% utilizaron el servicio de orientación educativa del instituto, frente al 26,5% del grupo de los hombres que lo hicieron. En el caso del grupo de personas no binarias, el 50% utilizaron dicho servicio.

En relación al tipo de centro educativo, el 37,6% de los casos que asistieron a un centro público utilizaron el servicio de orientación del centro, frente al 30,2% que asistieron a uno concertado. En cuanto a los centros privados, un 20% utilizó dichos servicios.



*Figura 11. Uso servicio de orientación educativa
A. Total de casos. B Distribución en función del género y del tipo de centro.*

b. Sensación de utilidad del servicio recibido

De los participantes que utilizaron alguna vez el servicio de Orientación Educativa de su instituto, solo el 34% del total manifiestan que dicha consulta les resultase útil.

En cuanto al tipo de centro educativo, dentro de aquellos que utilizaron el servicio de orientación en un centro público, el 33,3% expresa que le pareció útil, frente al 31,3% dentro de aquellos que asistieron a uno concertado. En cuanto a los centros privados, el 100% afirma que no le resultó útil la ayuda recibida.

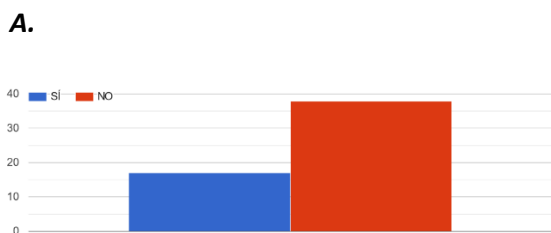
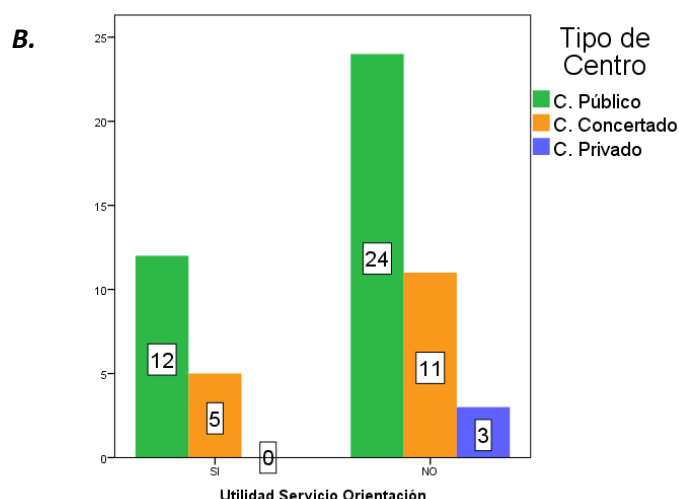


Figura 12. Utilidad de servicio de orientación educativa
 A. Total de casos B. En función del tipo de centro educativo



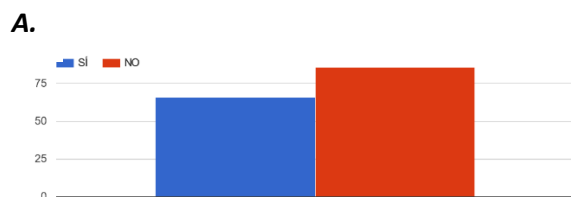
5.1.6 Programas para el fomento de la salud

En este apartado se han realizado preguntas acerca de si los participantes recibieron algún tipo de programa (actividades, charlas, talleres, etc.) relacionado con el fomento tanto de hábitos saludables en general, como de la salud mental en particular.

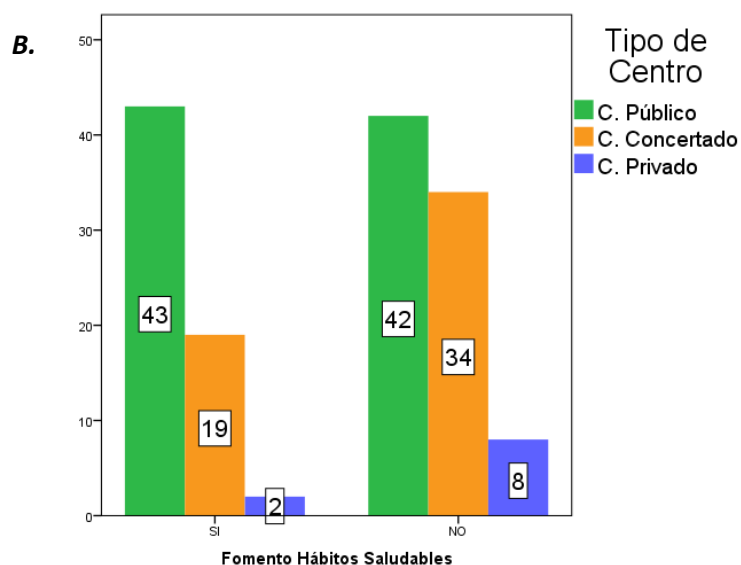
a. Existencia de programas de fomento de HÁBITOS SALUDABLES en el centro educativo

Un 57,3% de las personas encuestadas afirma que no recibieron ningún tipo de charla ni de actividad relacionadas con el fomento de hábitos saludables. La proporción entre los casos que sí recibieron algún programa y los que no es relativamente similar, pero lo que podemos apreciar en dicho apartado es la carencia que tuvieron más de la mitad de los participantes. En todos esos casos, no se realizó ningún tipo de fomento de hábitos saludables durante toda la etapa secundaria, uno de los momentos más claves para la adquisición de hábitos y rutinas duraderos.

En cuanto al tipo de centro educativo, el 50,6% de aquellos que asistieron a un centro público recibió algún programa de fomento de hábitos saludables, frente al 35,8% de los que asistieron a uno concertado. En cuanto a los centros privados, un 20% recibió dichos programas.



*Figura 13. Fomento hábitos saludables.
A. Total de casos B. En función del tipo de centro educativo.*



b. Temáticas tratadas

En relación a las temáticas que se trataron en los programas que afirmaron recibir 64 participantes, encontramos una gran diversidad de temas. Es necesario aclarar en este apartado que una misma persona puede referir uno o más temas, ya que dentro de un programa de fomento de hábitos saludables se puede trabajar con diferentes temáticas.

La temática más frecuente es la educación sexual (35 casos), seguida de una alimentación saludable (26 casos). Con una proporción mucho menor (8 casos), encontramos charlas o actividades dedicadas al fomento de relaciones sanas. Con una proporción levemente inferior, encontramos que se trataron las temáticas de prevención de drogas y/o alcohol (6 casos), salud física y deporte (otros 6 casos) y cuidado del cuerpo (5 casos).

Temática	Nº respuestas
Educación sexual	35
Alimentación saludable	26
Relaciones sanas	8
Prevención de drogas y/o alcohol	6
Salud física y deporte	6
Cuidado del cuerpo	5
Cuidado de las emociones	2
Hábitos de vida saludables	2
Limpieza y cuidado dental	2
Conducción responsable	1
Violencia de género	1
Aumentar tu autoestima	1
Ocio saludable	1

Charla sobre menstruación	1
Integración social	1
Educación vial	1
Feminismo	1

Tabla 4. Temáticas relacionadas con el fomento hábitos saludables.

c. Existencia de PROGRAMAS DE FOMENTO DE SALUD MENTAL en el centro educativo

En relación con el fomento de la salud mental, encontramos que solo un 14,7% de los participantes recibieron algún programa con dicho fin. En este apartado encontramos una diferencia notable con el 85,3% que nunca recibieron ningún tipo de programa relacionado con el fomento de la salud mental de los estudiantes.

En relación al tipo de centro educativo, el 14,1% de las personas que asistieron a un centro público recibieron algún programa de fomento de la salud mental, frente al 15,1% que asistieron a un centro concertado. En cuanto a los centros privados, un 10% recibió dichos programas.

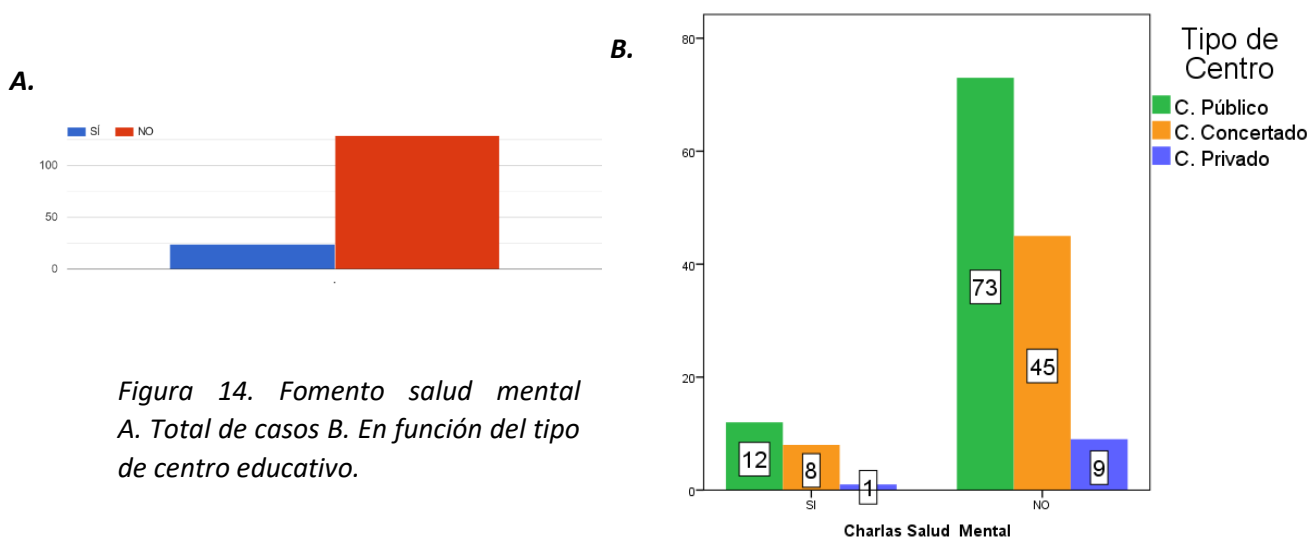


Figura 14. Fomento salud mental
A. Total de casos B. En función del tipo de centro educativo.

d. Temáticas tratadas

En relación a las temáticas que se trataron en los programas que afirmaron recibir 22 participantes, encontramos varios temas diferentes. En este caso, hemos apreciado que no todas las personas que afirman haber recibido algún programa de salud mental han contestado después en cuanto a los temas que se trataron.

La temática trabajada con mayor frecuencia es la del acoso escolar (5 casos), seguida de aquellas relacionadas con los trastornos psicológicos (3 casos) y con los trastornos alimenticios (2 casos). Aunque con una proporción todavía menor, también se trataron

los temas de búsqueda de ayuda psicológica profesional (1 caso), importancia de la salud mental y el bienestar físico (1 caso) y autoestima (1 caso), entre otras.

Temática	Nº respuestas
Bullying o acoso escolar	5
Trastornos psicológicos	3
Trastornos de alimentación (TCA)	2
Búsqueda de ayuda profesional (psicólogos/as, psiquiatras, etc)	1
Hábitos saludables en alimentación	1
Importancia de la salud mental y el bienestar físico	1
Autoestima	1
Charla para estudiantes inmigrantes	1
Drogodependencias	1
Técnicas de relajación para afrontar la ansiedad por los exámenes	1

Tabla 5. Temáticas relacionadas con el fomento de la salud mental.

5.1.7 Frecuencia de hábitos de riesgo durante la etapa de educación secundaria

Para valorar los hábitos de riesgo que presentaban los participantes durante la etapa de educación secundaria, se han explorado cinco hábitos diferentes. Estos son el consumo excesivo de alcohol, el inicio temprano de consumo de otras sustancias (marihuana, cocaína, etc.), mantener relaciones sexuales sin estar seguros de desearlo, el abuso de videojuegos y el sedentarismo. Los valores oscilan entre 0, para aquellas personas que no presentaron ninguno de estos síntomas, y 20 como valor máximo posible. Con todos ellos, obtenemos la gráfica siguiente con el sumatorio de la frecuencia total de todos los hábitos de riesgo juntos para cada participante.

En este caso, podemos apreciar que no hay ningún caso en las frecuencias más elevadas, obteniendo como valores máximos una puntuación de 17.

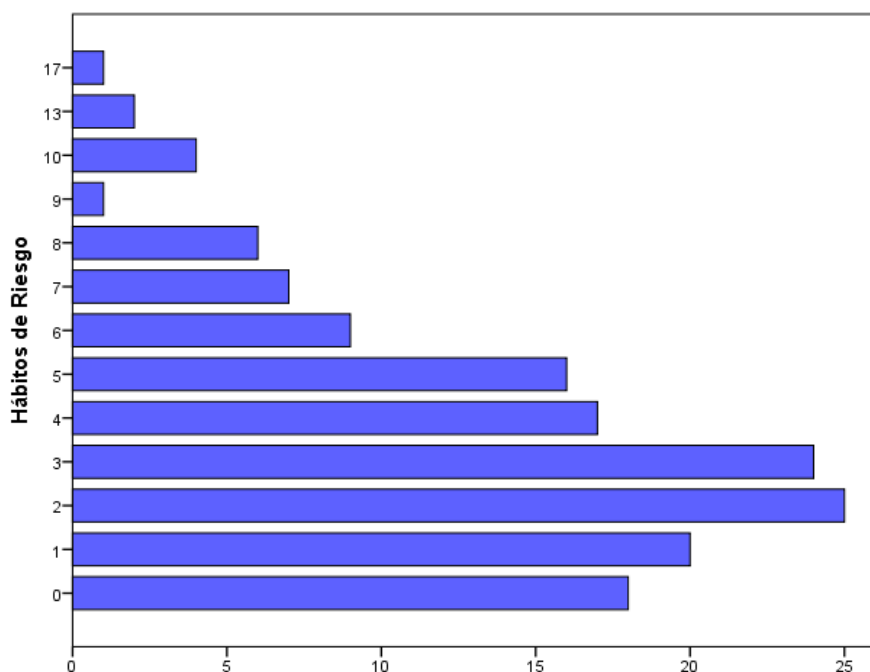


Figura 15. Sumatorio frecuencia de hábitos de riesgo

5.1.8 Rasgos psicológicos de riesgo

En este apartado se han realizado preguntas sobre ciertos rasgos psicológicos que pueden estar más asociados a problemas de salud mental, como pueden ser el aislamiento social, rumiación de pensamiento y perfeccionismo (Montenegro et al., 2018). De esta forma nos encontramos con que un 32% de los participantes presentaba conductas de aislamiento social durante la etapa secundaria, frente al 68% que afirma que no.

Llama más la atención que en el caso de los rasgos de pensamiento obsesivo y perfeccionismo han sido más participantes los que han contestado que sí, frente a los que no. La proporción es de un 56% de los encuestados que afirma que padecía preocupaciones excesivas y un 58% que afirman que presentaban perfeccionismo y alta autoexigencia en aquella etapa.

Si analizamos el factor del género, encontramos grandes diferencias en cuanto a la conducta de aislamiento social. En el caso de las mujeres, un 24,24% afirma que presentaba dicho rasgo, frente al 44,9% de los hombres. Esto supone que los hombres tienen una tendencia mayor al aislamiento que las mujeres. En el caso de las personas no binarias, el 100% de los casos confirma su tendencia al aislamiento (ya sea buscado o por carencia de vínculos).

Observando los dos siguientes rasgos psicológicos, encontramos una situación similar entre ellos. Tanto en el rasgo de pensamiento obsesivo como el del perfeccionismo, las mujeres presentan un índice mucho mayor que el de los hombres.

En relación a la obsesividad, la presenta un 61,6% de las mujeres frente al 44,9% de los hombres. En cuanto al rasgo del perfeccionismo y la elevada autoexigencia, las mujeres vuelven a despuntar con un 60,6% frente al 53,1% de los hombres. En el caso de las personas no binarias, el 100% ha respondido positivamente para el rasgo obsesivo y un 50% para el de perfeccionismo.

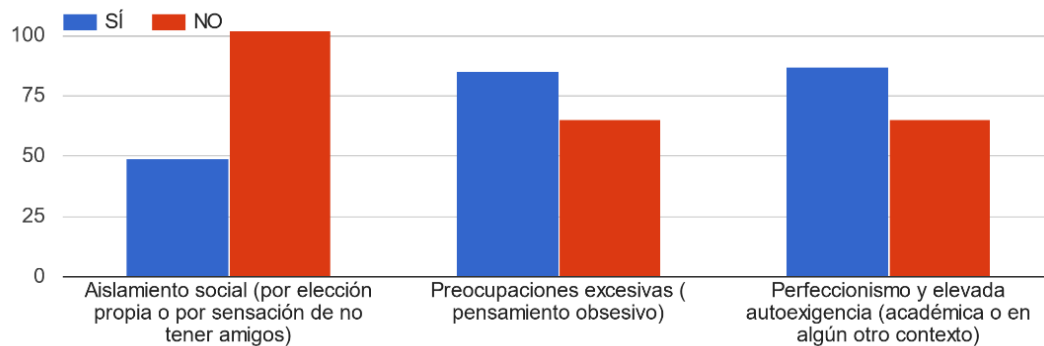


Figura 16. Rasgos psicológicos de riesgo

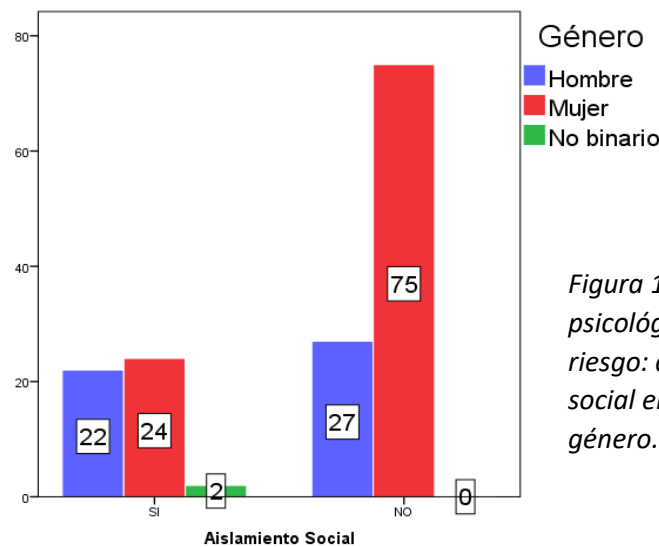


Figura 17. Rasgos psicológicos de riesgo: aislamiento social en función del género.

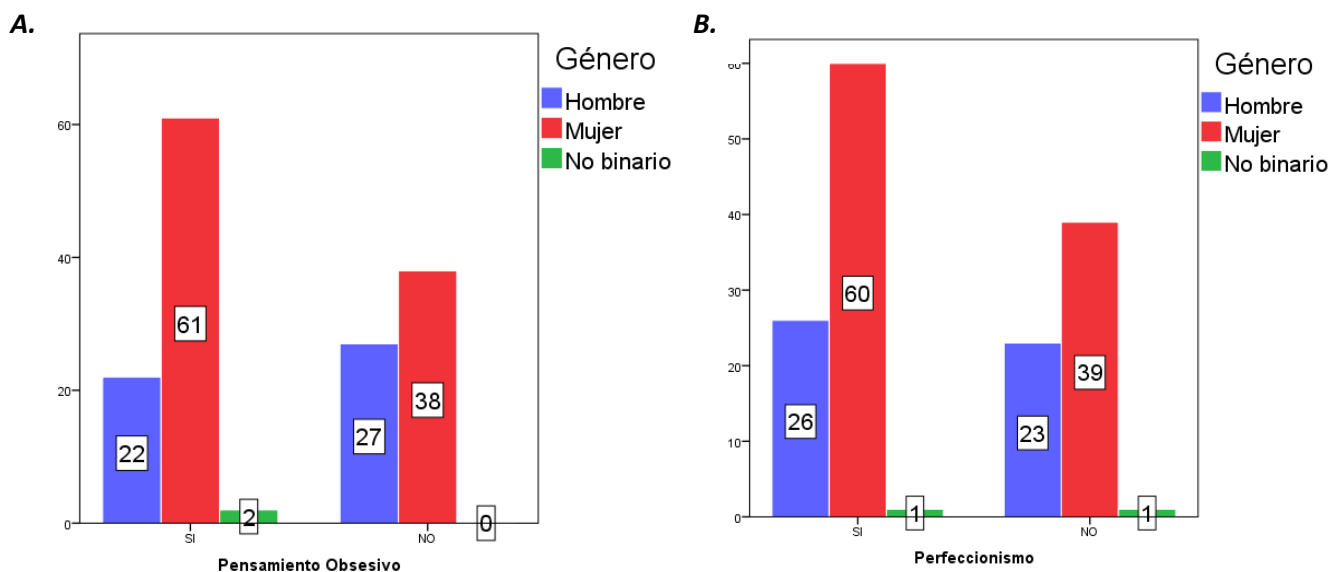


Figura 18. Rasgos psicológicos de riesgo. A. Pensamiento obsesivo en función del género. B. Perfeccionismo y elevada autoexigencia en función del género.

5.1.9 Frecuencia de hábitos saludables durante la etapa del instituto

Para hacer más sencillo el análisis de los hábitos saludables por los que se les ha preguntado a los participantes, se han agrupado en dos categorías. La primera se refiere a los hábitos individuales que puede realizar una persona por sí misma, y la segunda categoría se refiere a aquellos hábitos saludables que puede realizar en relación con los otros, es decir, los hábitos sociales que puede realizar de forma saludable.

a. Hábitos individuales saludables (vida cotidiana)

En esta primera categoría se han agrupado seis hábitos, como son la realización de algún deporte, el desarrollo de aficiones, disponer de horas suficientes de sueño, tener tiempo para el descanso, procurar tener hábitos mentales saludables (pensamiento optimista) y una buena gestión del tiempo para evitar la ansiedad. Los valores oscilan entre 0, para aquellas personas que no presentaron ninguno de estos síntomas, y 24 como valor máximo posible.

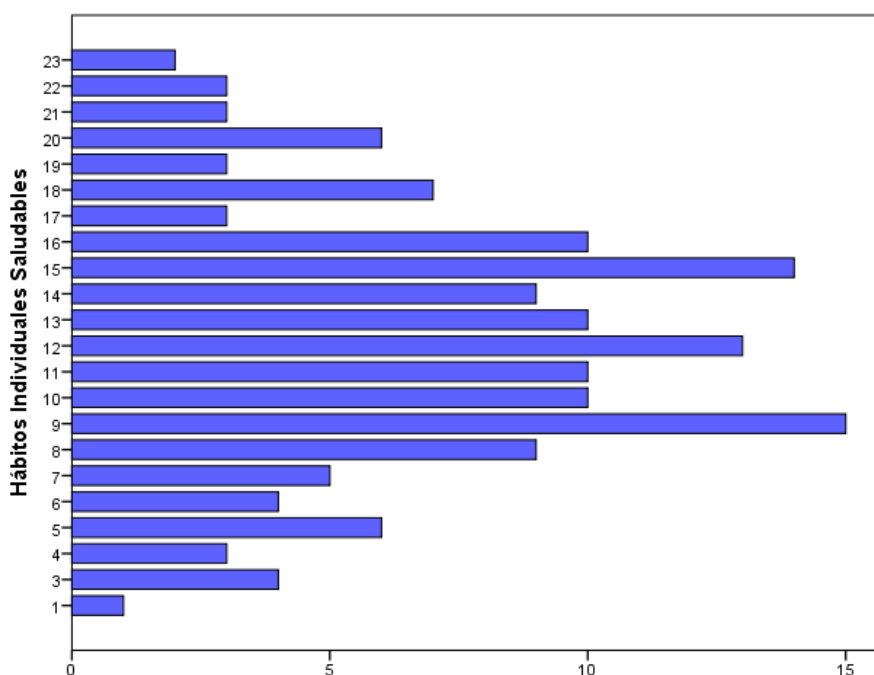


Figura 19. Sumatorio frecuencia de hábitos individuales saludables.

b. Hábitos sociales saludables

En esta segunda categoría se agrupan aquellos hábitos que tienen que ver con la sociabilidad, para lo cual se ha preguntado por cinco hábitos diferentes. Estos son tener un ocio saludable (sin abuso de sustancias), pasar tiempo con el círculo social de apoyo, disponer de intimidad con los iguales, tener posibilidad de contacto con figuras de referencia sanas y presentar confianza y buena comunicación con el entorno familiar. Los valores oscilan entre 0, para aquellas personas que no

presentaron ninguno de estos síntomas, y 20 como valor máximo posible. En este apartado llama la atención que no hay ningún caso que haya obtenido los valores más bajos, no habiendo ningún caso que puntúe con 0 ni 1.

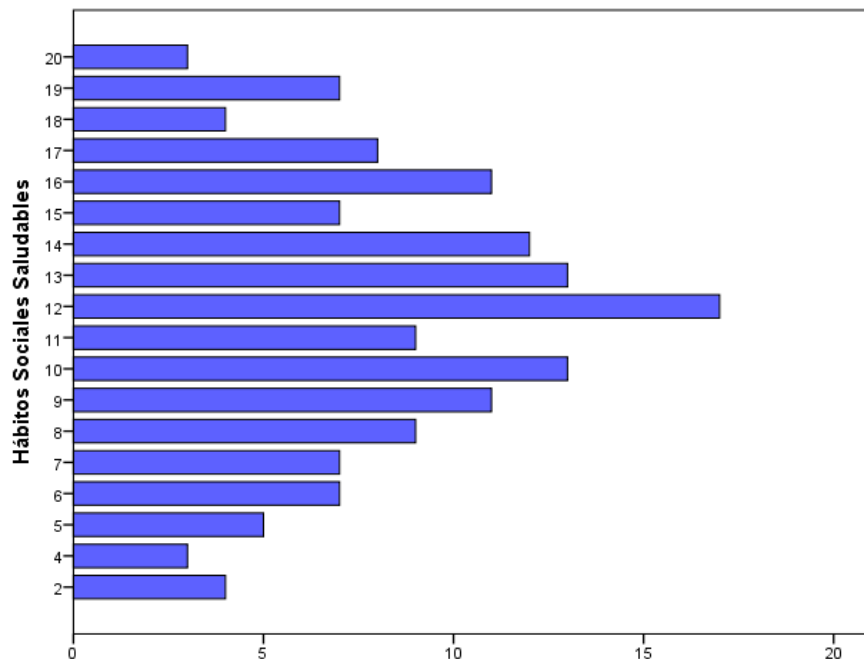


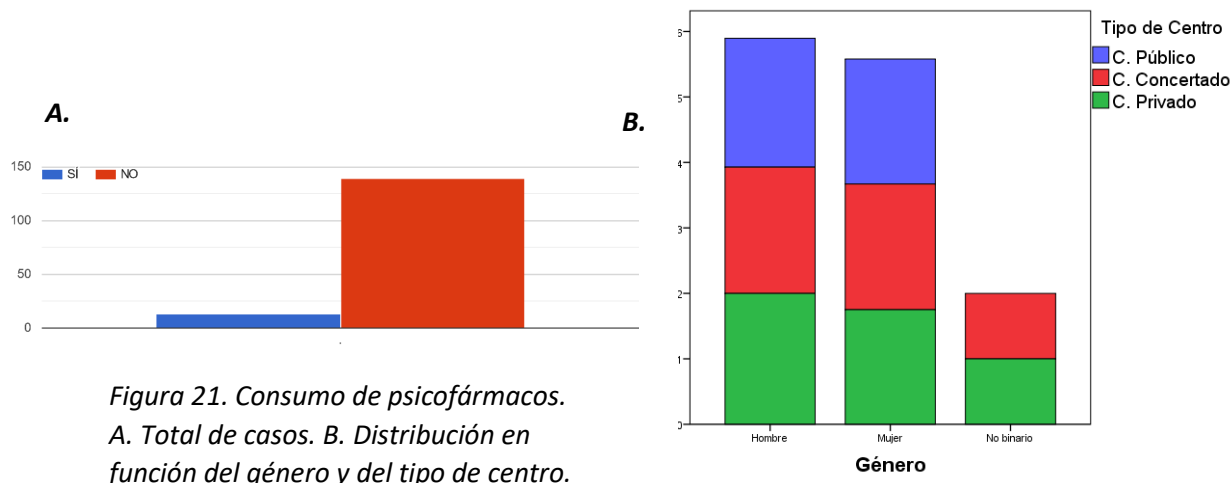
Figura 20. Sumatorio frecuencia de hábitos sociales saludables

5.1.10 Consumo de algún tipo de psicofármaco (ansiolítico o antidepresivo) en la etapa del instituto

Del total de 150 participantes, un 8,7% de la muestra afirma que sí tomaron psicofármacos durante la etapa del instituto, es decir, entre los 12 y los 18 años.

En relación con el género, dentro del grupo de las mujeres, el 9,1% consumieron algún tipo de psicofármaco, frente al 4,1% del grupo de los hombres que lo hicieron. En el caso del grupo de personas no binarias, el 100% consumieron psicofármacos durante la etapa de educación secundaria.

En cuanto al tipo de centro educativo, el 7% de aquellos que asistieron a un centro público consumió algún tipo de psicofármaco, frente al 9,4% de centros concertados. En cuanto a los privados, un 20% consumió dichos psicofármacos.



5.1.11 Tipo de psicofármacos consumidos

Del total de las 13 personas que afirman que tomaron psicofármacos durante la etapa de educación secundaria, hay 3 personas que no han especificado que tipo de fármacos tomaron. Entre las personas que sí han informado del tipo de psicofármacos consumido (10 sujetos), encontramos que 4 participantes tomaban diferentes tipos de antidepresivos, 3 participantes tomaban diferentes tipos de ansiolíticos y otras 3 personas tomaban ambos, ansiolíticos y antidepresivos.

Consumo de psicofármacos	Tipo específico	Nº participantes	Total
Ansiolíticos (benzodiazepinas)	Lexatin	1	3
	Alprazolam	2	
Antidepresivos	Fluoxetina/Prozac	3	4
	Paroxetina	1	
Uso combinado (ansiolíticos y antidepresivos)	Inespecífico	3	3

Tabla 6. Tipos de psicofármacos consumidos.

5.1.12 Año de inicio del consumo

De los 13 participantes que afirmaron que consumieron algún tipo de psicofármaco durante la etapa de educación secundaria, hay 2 casos (15,4% de la muestra) en los que no se ha especificado el año de inicio de consumo, por lo que no pueden contabilizarse en uno u otro grupo. Lo que podemos apreciar al analizar los datos, es que el mayor número de casos comenzaron a tomarlos en 3º de la ESO (5 sujetos), lo que supone el 38,4% del total de casos. Al haber dedicado una pregunta en el

cuestionario acerca del año de inicio de consumo, podemos apreciar que la mayor parte de los casos (casi el 70% de la muestra) comienza el consumo en el segundo ciclo de la etapa secundaria (3º y 4º de la ESO), siendo mucho más infrecuente comenzar en etapas anteriores. En ese sentido, encontramos los datos representados en la siguiente tabla:

Ciclo de inicio de consumo	Número de casos	Porcentaje muestra
Primer ciclo (1º y 2º ESO)	2	15,4%
Segundo ciclo (3º y 4º ESO)	9	69,2%
Sin especificar	2	15,4%

Tabla 7. Inicio de consumo de psicofármacos en función del ciclo educativo. Elaboración propia

En relación con el género, dentro del grupo de las mujeres, el 55,6% de las que consumieron psicofármacos lo hicieron durante el segundo ciclo de la ESO, frente al 22,2% que lo hicieron durante el primer ciclo, y el otro 22,2% que no contestaron en qué año comenzaron el consumo (indefinido). En el caso de los hombres, el 100% comenzaron el consumo en el segundo ciclo, como ocurre con el 100% de las personas no binarias, que también comenzaron dicho consumo durante el segundo ciclo de la ESO.

En cuanto al tipo de centro educativo, podemos apreciar que el consumo de psicofármacos comenzó antes en los centros públicos (en 1º, 2º y 3º de la ESO) frente al resto de tipos de centro. Tanto en el caso de los centros concertados como en los privados, el consumo comienza en 3º y 4º de la ESO.

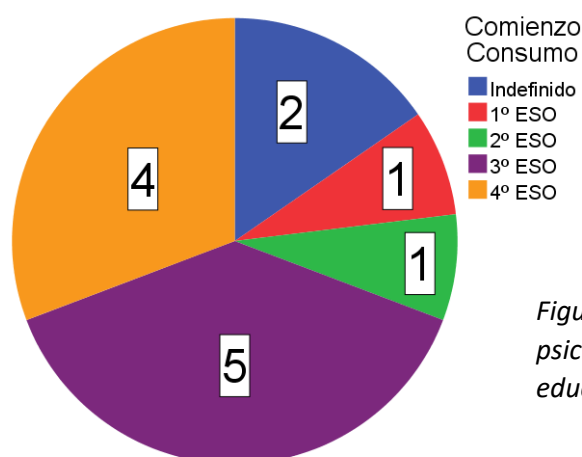


Figura 22. Inicio de consumo de psicofármacos en función del nivel educativo.

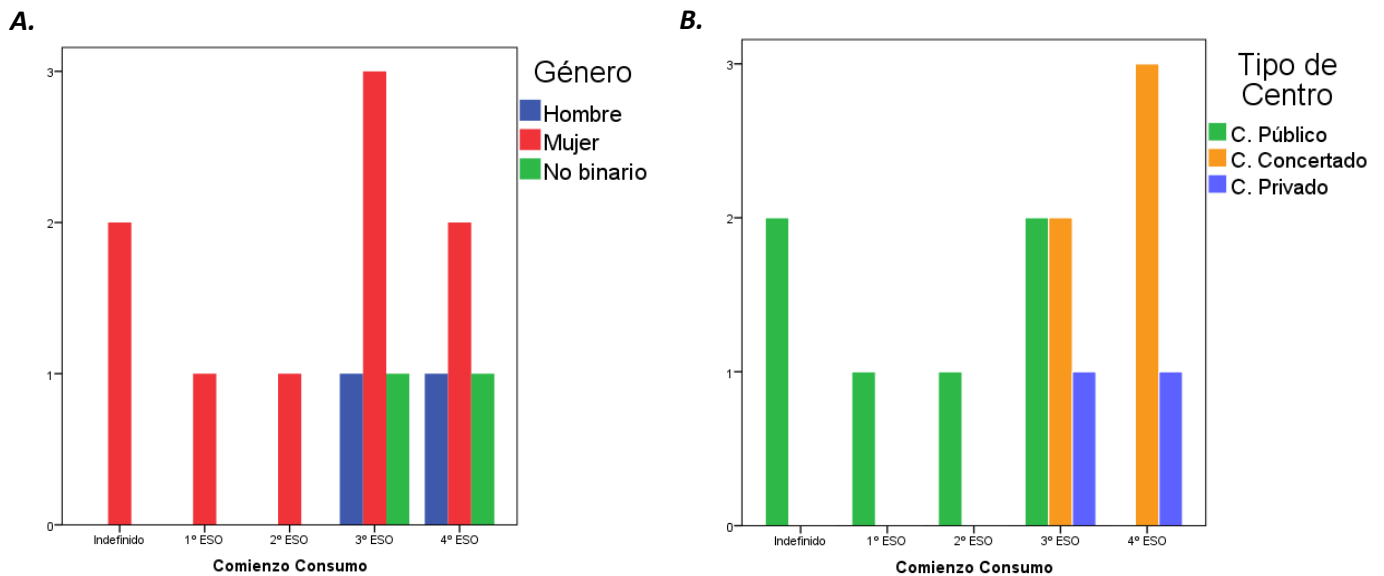


Figura 23. Inicio de consumo de psicofármacos.
 A. En función del género B. En función del tipo de centro educativo.

5.2 Análisis multivariante de los resultados

5.2.1 Sintomatología relacionada con la salud mental

Estudiando los diferentes bloques de síntomas indicativos de la salud mental (Somáticos, Sociales y Psicológicos) en función del género, podemos ver que son los no binarios los que presentan una mayor gravedad en cuanto a sus manifestaciones en los tres bloques. Mediante análisis de ANOVA factorial, podemos concluir que el género influye significativamente en la aparición de síntomas somáticos, siendo las diferencias significativas entre hombres y personas no binarias ($F_{2,140} = 3,52, p = 0,029$), y mujeres y personas no binarias ($F_{2,140} = 3,52, p = 0,032$).

Al aislar los síntomas somáticos, podemos observar que el tipo de centro influye significativamente en su aparición, siendo las diferencias significativas entre los centros públicos y concertados ($F_{2,140} = 3,03, p = 0,05$).

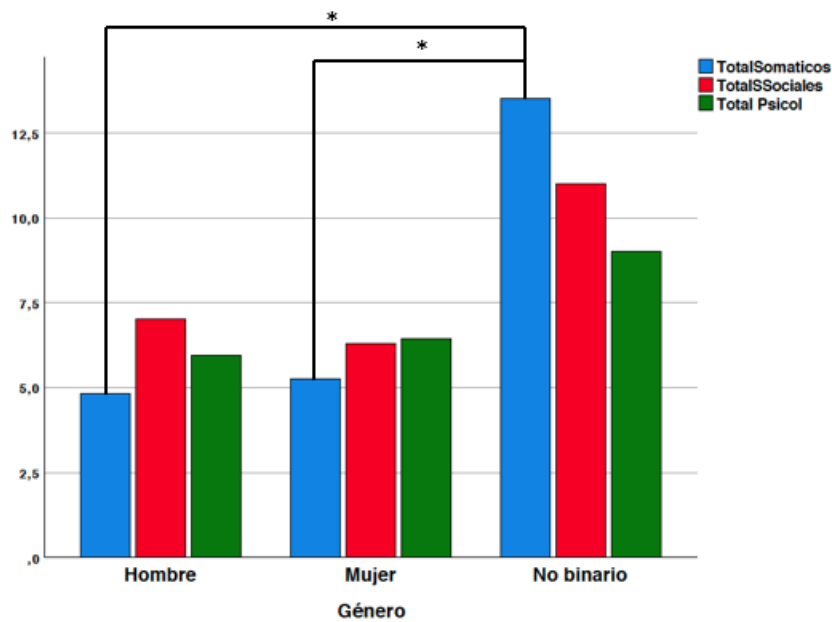


Figura 24. Total síntomas somáticos, sociales y psicoemocionales en función del género.

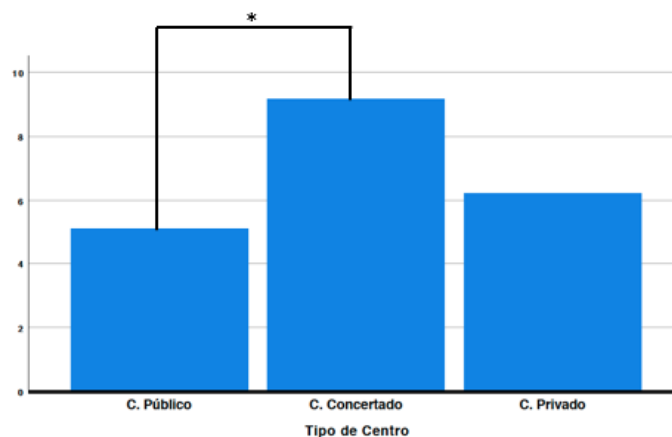


Figura 25. Total síntomas somáticos en función del tipo de centro educativo.

Analizando ambos factores, no hay diferencias significativas entre los grupos. No hay representantes del género no binario en los centros públicos.

Ahondando en los diferentes ítems del grupo de síntomas somáticos, el insomnio primario ($F_{2,140} = 3,48, p = 0,034$) y la pérdida llamativa de peso ($F_{2,140} = 5,48, p = 0,005$), son los responsables de las diferencias entre los síntomas somáticos en relación al género, existiendo diferencias significativas tanto entre hombres y mujeres con los no binarios en el insomnio primario, y en las pérdidas de peso llamativas.

En cuanto a las diferencias en relación al tipo de centro, hay diferencias significativas entre alumnos de colegios públicos y concertados en relación al insomnio secundario ($F_{2,140} = 3,14, p = 0,046$), y a la pérdidas de peso llamativas entre alumnos de los mismos centros ($F_{2,140} = 7,36, p = 0,001$).

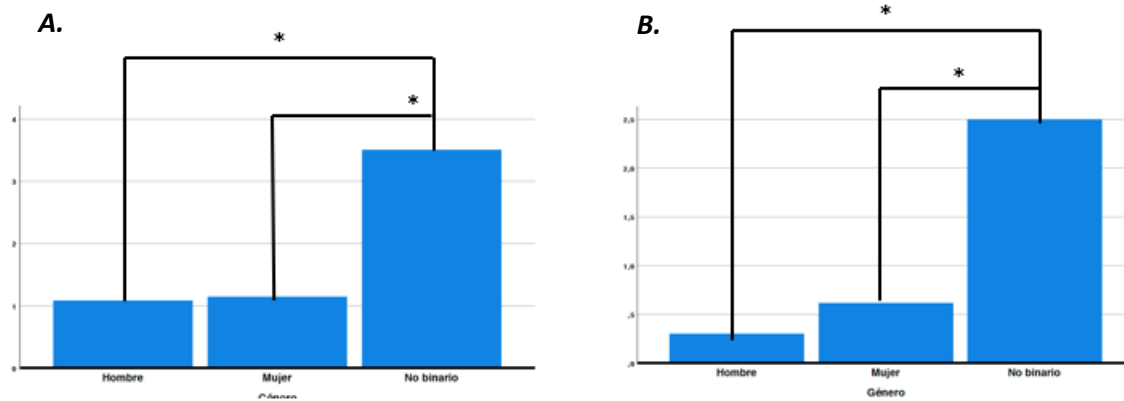


Figura 26. Diferencias entre grupo síntomas somáticos en función del género.
A. Insomnio primario B. Pérdidas de peso llamativas

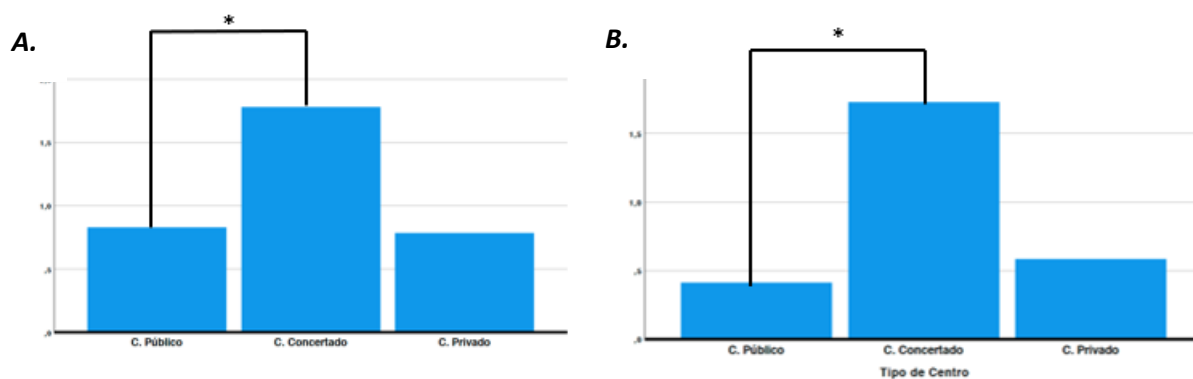


Figura 27. Diferencias entre grupo síntomas somáticos en función del tipo de centro educativo.
A. Insomnio secundario B. Pérdidas de peso llamativas

5.2.2 Diagnóstico de salud mental

Al estudiar los casos en los que ha habido un diagnóstico psicológico o psiquiátrico en función del género, podemos apreciar que son las personas de género no binario las que presentan valores mayores. Tras un análisis de ANOVA factorial, podemos concluir que el género influye significativamente en la presencia de diagnósticos de salud mental, siendo las diferencias significativas entre hombres y personas no binarias ($F_{2,140} = 7,548, p = 0,001$), y mujeres y personas no binarias ($F_{2,140} = 7,548, p = 0,02$).

En cuanto al tipo de centro, no se han encontrado relaciones significativas en relación a la presencia de estudiantes con un diagnóstico de salud mental.

Analizando ambos factores, no hay diferencias significativas entre los grupos. No hay representantes del género no binario en los centros públicos.

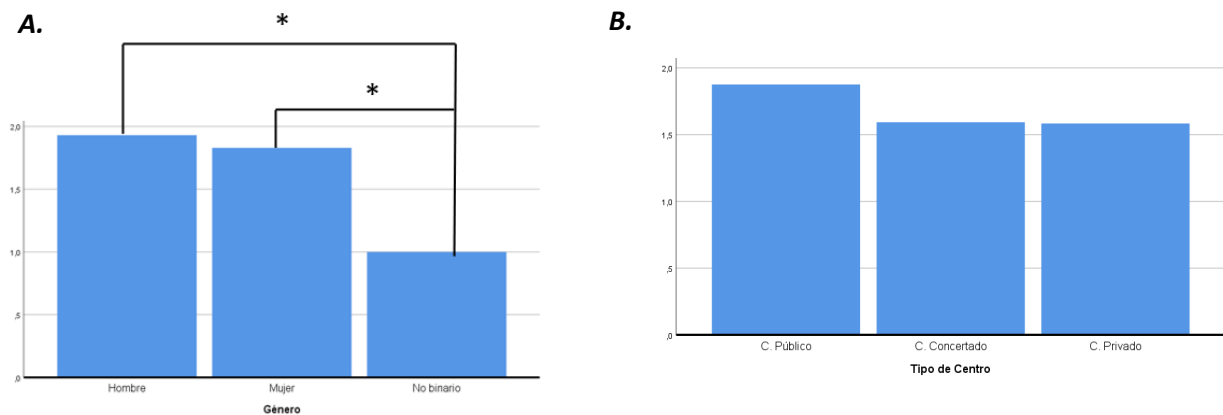


Figura 28. Diagnóstico de salud mental.
A. En función del género B. En función del tipo de centro

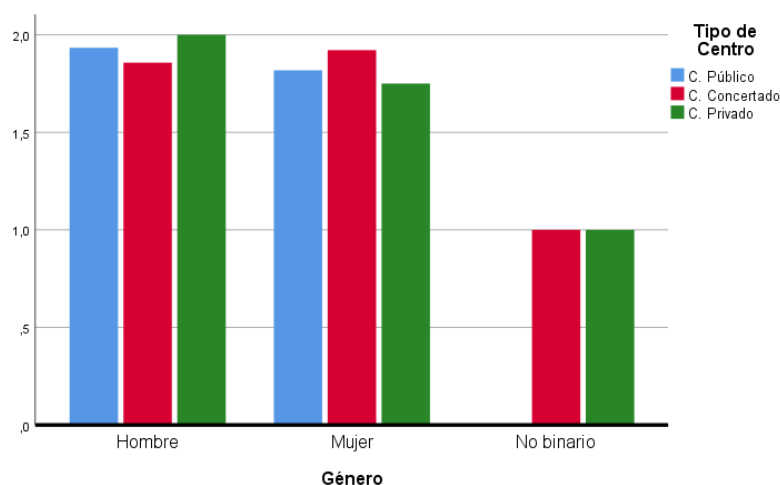


Figura 28. Total de casos con diagnóstico de salud mental en función del género y del tipo de centro

5.2.3 Hábitos de riesgo

Al estudiar el conjunto de hábitos de riesgo en función del género, se puede apreciar que las personas no binarias presentan valores mucho más altos en este aspecto. Analizando los datos mediante ANOVA factorial, podemos afirmar que el género influye significativamente en la presencia de hábitos de riesgo de los estudiantes. Las diferencias son significativas entre hombres y mujeres ($F_{2,140}=15,677$, $p=0,000$),

hombre y personas no binarias ($F_{2,140} = 15,677, p = 0,017$), y también entre mujeres y personas no binarias ($F_{2,140} = 15,677, p = 0,000$).

Por otra parte, encontramos que el tipo de centro influye significativamente en la presencia de hábitos de riesgo, siendo las diferencias significativas entre los centros públicos y concertados ($F_{2,140} = 10,46, p = 0,00$) y entre los centros privados y los concertados ($F_{2,140} = 10,46, p = 0,09$).

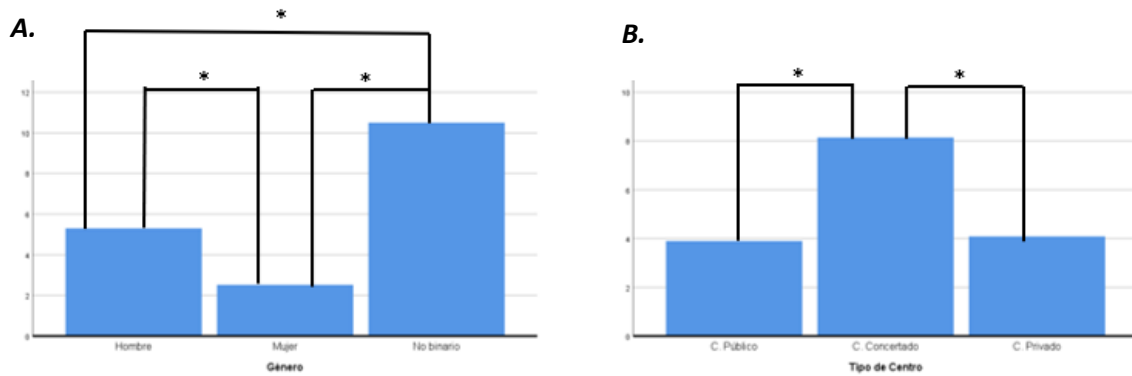


Figura 29. Hábitos de riesgo. A. En función del género
B. En función del tipo de centro educativo

Analizando ambos factores, no hay diferencias significativas, entre los grupos. No hay representantes del género no binario en los centros públicos. Según la encuesta, es llamativo que los alumnos no binarios son los que realizan más hábitos de riesgo, especialmente si acuden a un centro concertado.

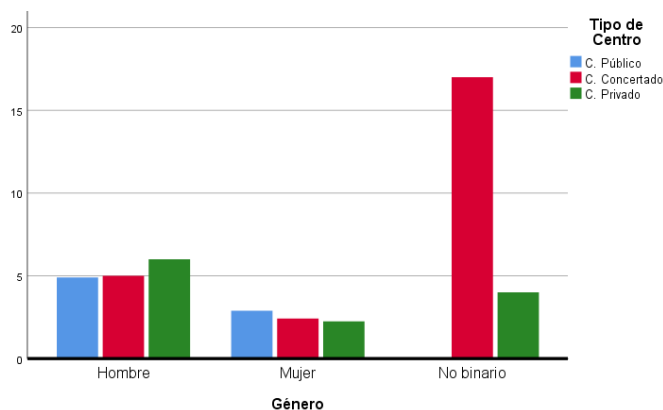


Figura 30. Total de hábitos de riesgo en función del género y del tipo de centro

5.2.4 Hábitos saludables

En lo referente a los hábitos saludables, se han diferenciado en aquellos individuales frente a aquellos que se desarrollan en relación con los otros (hábitos sociales). Para el primer grupo, cuando analizamos el conjunto de hábitos individuales saludables con el género, podemos apreciar que son los hombres los que presentan una mayor puntuación. Analizando los datos con mayor profundidad, concluimos que el género no influye significativamente en la presencia de dichos hábitos saludables individuales.

En cuanto al tipo de centro, encontramos que tampoco influye significativamente en la presencia de hábitos saludables individuales de los estudiantes.

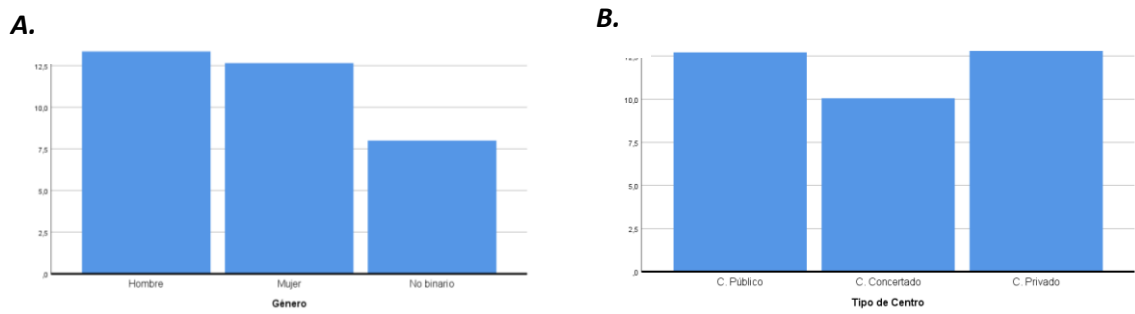


Figura 31. Hábitos individuales saludables A. En función del género
B. En función del tipo de centro educativo

Analizando ambos factores, no hay diferencias significativas, entre los grupos. No hay representantes del género no binario en los centros públicos.

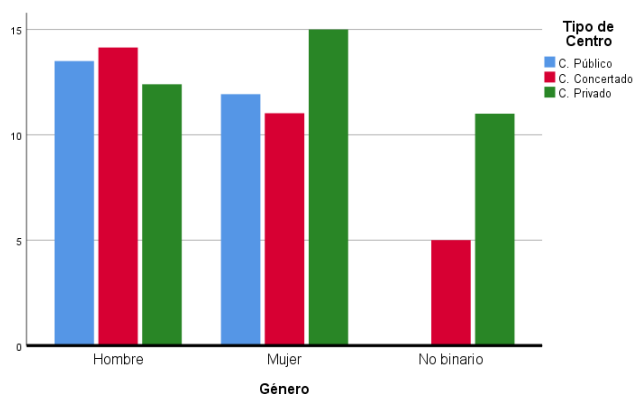


Figura 32. Total de hábitos individuales saludables en función del género y del tipo de centro

Para el segundo grupo, cuando analizamos el conjunto de hábitos sociales saludables con el género, podemos apreciar que es el grupo de mujeres el que presenta puntuaciones más altas. Tras realizar un análisis de ANOVA factorial, podemos concluir que el género sí influye significativamente en la presencia de hábitos saludables sociales, a diferencia de los hábitos saludables que se realizan de forma individual. Encontramos diferencias significativas entre hombres y personas no binarias ($F_{2,140}=4,108$, $p=0,04$) y entre mujeres y personas no binarias ($F_{2,140}=4,108$, $p=0,016$).

Cuando analizamos el tipo de centro en relación con los hábitos sociales saludables, encontramos que este no influye significativamente en la presencia de dichos hábitos.

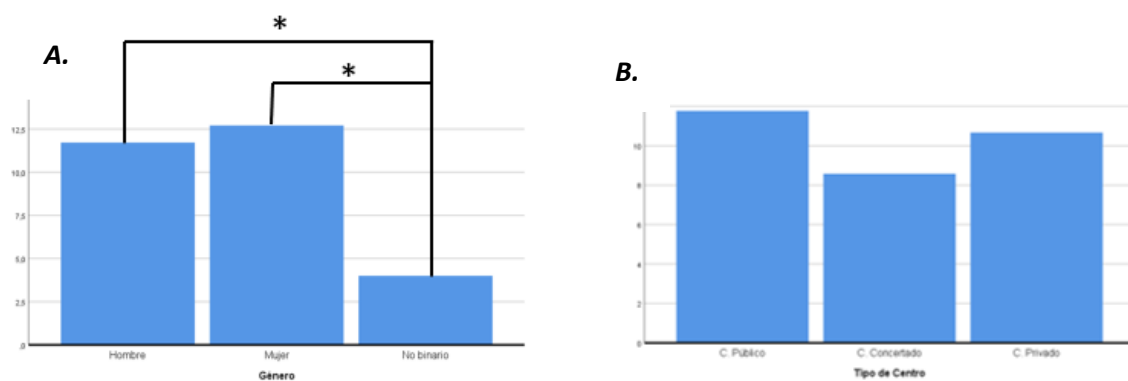


Figura 33. Hábitos sociales saludables A. En función del género
B. En función del tipo de centro educativo

Analizando ambos factores, no hay diferencias significativas, entre los grupos. No hay representantes del género no binario en los centros públicos.

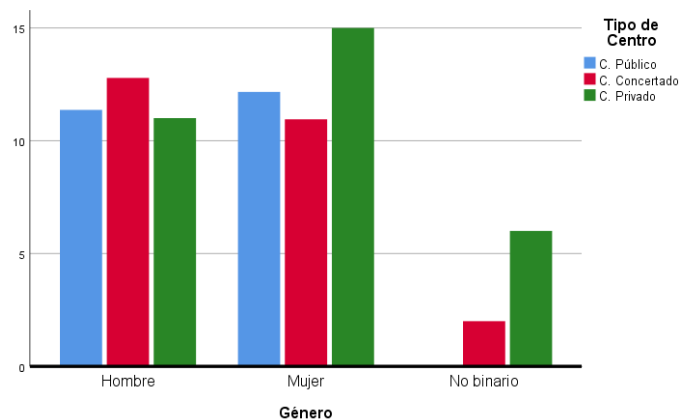


Figura 34. Total de hábitos sociales saludables en función del género y del tipo de centro

6. DISCUSIÓN

Uno de los aspectos que preocupaban especialmente a la hora de realizar la investigación sobre la salud mental de los adolescentes, era que no influyera la cuestión de la pandemia y el confinamiento en los resultados. A pesar de que la pandemia por Covid-19 ha puesto de manifiesto la urgencia por atender la salud mental de la población (Confederación Salud Mental España, 2021), los datos reflejan que esto venía ocurriendo con anterioridad a la llegada del virus. Esto es lo que refleja precisamente el índice de suicidios durante el año 2019, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (“*Tabla 1*”, página 7). Por eso se ha hecho la selección de la muestra con aquellas personas que hubiesen finalizado su etapa de la ESO en los años anteriores a 2019. De esta forma se excluían los estudiantes que han debido adaptarse a varios meses de clases *online* forzadas y falta de contacto social, con su consecuente impacto para su salud mental.

La intención no es menospreciar el impacto psicológico que la pandemia ha podido causar en la población general, y en específico, en la de los adolescentes. “Muchas personas han sufrido, sufren y sufrirán impactos psicológicos de diferente consideración, grado y naturaleza que será necesario atender. Y entre esas personas se incluyen, por supuesto, niños, niñas y adolescentes” (Luengo, 2020). La intención ha sido únicamente la de mostrar que los problemas de salud mental ya eran un problema frecuente a tener en consideración antes de que se diera la situación de pandemia mundial.

Por ello, se ha diseñado el presente estudio, para analizar las conductas y el perfil psicológico de los adolescentes con anterioridad al confinamiento. Gracias a la muestra de voluntarios que participaron en el mismo, se han podido apreciar varios aspectos interesantes, como por ejemplo, que un 23,4% utilizaron algún servicio de psicología durante la etapa de educación secundaria obligatoria. Es decir, que casi 1 de 4 estudiantes de secundaria ha necesitado algún tipo de tratamiento psicológico. Este número podría verse reducido teniendo en cuenta la necesidad de que se produzcan tres sucesos previos: tener conciencia de que se tiene un problema, conocer los recursos disponibles y tener la iniciativa de buscar ayuda. Este mismo dato, en relación al género, nos muestra que es mayor el número de mujeres que buscaron ayuda psicológica (24,2% de la muestra femenina) frente a los hombres (18,4%), lo cual es otro elemento a tener en cuenta. Por último, en relación con las personas no binarias, nos encontramos con que el 100% recibió alguna terapia psicológica, así como un diagnóstico de salud mental.

En este aspecto, cabe destacar que los datos obtenidos de población que se identifica con el género no binario no son representativos, ya que solo se accedió a dos personas con dichas características. En cualquier caso, este hecho ha permitido que el estudio sea más rico al añadir una mayor variabilidad respecto al género, y deja abierta una posible línea de investigación en cuanto a las personas de género no binario y su salud mental durante la etapa de educación secundaria.

No se puede negar que la salud mental va tomando una importancia mayor en la sociedad española, como se refleja en la “Estrategia España 2050”, en la que se promueve fortalecer los servicios de salud mental desde la Atención Primaria (COPAO). A pesar del aumento de la conciencia de este problema en la sociedad en general y en el ámbito educativo en particular, en nuestra investigación llama especialmente la atención el bajo porcentaje de personas que han recibido algún tipo de programa en el que se trabaje sobre este tema. Solo un 14,7% afirma que recibió algún tipo de charla o actividad relacionada con la salud mental, lo que deja un 85,3% de la muestra sin recibir nada. En ese sentido, es tarea de todos los profesionales de la docencia ir ganando cada vez una conciencia mayor sobre la carencia existente, para convertir este asunto en un tema transversal que puede trabajarse desde todos los ámbitos, independientemente de la asignatura que se imparta.

En este punto, resultaría especialmente interesante analizar la efectividad de los programas de fomento de la salud mental que se están realizando en la actualidad. Para ello, y como propuesta de una posible futura línea de trabajo, sería necesario evaluar el impacto de dichos programas tanto en la salud mental como en la conducta de los estudiantes de secundaria. Dicho de otra forma, evaluar si dichos programas consiguen disminuir o no la sintomatología negativa (somática, social y psicoemocional) del alumnado, añadiendo un nuevo ítem relacionado con situaciones de acoso escolar y violencia. De esta forma, podría detectarse los puntos a mejorar dentro de los programas para el fomento de la salud mental y de la convivencia escolar. En cualquier caso, estos deberían ser evaluados y rediseñados periódicamente, puesto que deberán adaptarse a una realidad que cambia constantemente, de la mano de los cambios sociales y tecnológicos que ya podemos observar a día de hoy.

Otra de las formas en las que los docentes pueden abordar dichos temas transversales, además de mediante programas específicos dentro del Plan de Acción Tutorial (PAT), es convirtiéndose en agente activos de la salud mental. Es decir, a través de la observación y la sensibilización del profesorado. En ese sentido, en la presente investigación se ha encontrado que un 35,3% de los participantes recibieron ayuda de algún profesor/a de su centro educativo sin haberlo buscado (*página 18*). Analizando los resultados con mayor profundidad, se ha podido apreciar que las proporciones de estudiantes atendidos sin haber buscado ayuda, son diferentes. El porcentaje mayor lo encontramos en los centros concertados, donde casi la mitad de los encuestados recibieron dicha ayuda alguna vez. En el caso de los centros públicos y los centros privados, el porcentaje disminuye considerablemente, lo que podría llevarnos a deducir una menor concienciación del profesorado en este tipo de centros. Para poder obtener unos datos más fiables, sería necesario ampliar la muestra de estudio, poniendo el foco en el tipo de centro educativo, para comprobar si verdaderamente los docentes que provienen de los centros concertados tienen una mayor concienciación. Esta cuestión es extrapolable al resto de ítems y variables que se han medido a través del cuestionario, que para ganar una mayor validez sería

preciso poder estudiar los resultados de una muestra con una magnitud mucho mayor. Por eso, el presente trabajo solo pretende servir como un pequeño estudio en el que poder reflejar algunas de las realidades del sistema educativo, ofreciendo datos tanto del alumnado como del funcionamiento de los centros educativos.

Por otra parte, no podemos olvidar el papel de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como parte de la Agenda 2030, y su relación con la educación. El presente trabajo de investigación se relaciona con dos de dichos objetivos: el tercero, relacionado con la salud y el bienestar, y el cuarto, relacionado con una educación de calidad. El planteamiento del presente trabajo de fin de Máster surge del convencimiento de que el uno no puede cumplirse sin el otro. Es decir, que el camino para que la población alcance los niveles máximos de salud y bienestar solo puede iniciarse desde la educación de la gente. Del mismo modo, solo se podrá conseguir una educación de calidad cuando se consiga asegurar en la mayor medida posible que los centros educativos sean un lugar seguro y saludable, que sirva como factor de prevención de las alteraciones de la salud mental o, en su defecto, para detectar dichas alteraciones antes de que se agraven aún más.

Además de todos los datos cuantitativos recogidos en la investigación, también se han recogido las declaraciones que los participantes han querido hacer de su propia experiencia en su paso por el instituto. Algunas de ellas ponen el foco en la pasividad de los docentes, que nunca intervinieron en las situaciones de malestar y sufrimiento que se daban dentro de los propios centros educativos. “Me hacían mucho bullying, y muchas cosas más. Los profesores no hacían nada, y eso me ha dejado secuelas”, afirma uno de los participantes. “En mi caso, tuve depresión y ansiedad con comportamientos autolesivos y bulimia. No pude verlo hasta años más tarde, ya que tenía el acceso a la información sesgado y vivía en un entorno educativo en el que la salud mental era tabú”, declara otra persona voluntaria. Cabe recalcar que la edad comprendida de los participantes oscilaba entre los 20 y los 30 años, por lo que su paso por el instituto no se remonta en ningún caso mucho tiempo atrás. No se puede permitir, como podemos ver ante dicha afirmación anónima, que la salud mental sea un tema “tabú” para los docentes, ya sea por falta de formación o por falta de interés. Resulta especialmente impactante el relato de otra de las participantes, que por su extensión se adjunta como anexo al final del trabajo (*Anexo 1*).

Con todo esto, quedaría abierto un nuevo tema para la discusión: “¿Debería ser obligatorio que el profesorado tuviese una mayor sensibilidad y concienciación sobre la salud mental o estamos hablando únicamente de mostrar una mayor humanidad?”

Preocupa igualmente la cuestión de que se esté medicando a personas tan jóvenes, como puede apreciarse en los resultados obtenidos. En la muestra analizada, un 8,7% ya consumía algún tipo de psicofármaco durante la etapa del instituto. Según un informe realizado por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en 2021, España es el país que más benzodiazepinas consume del mundo. “En ese año, en España se consumieron 110 dosis diarias de benzodiazepinas por

cada 1.000 habitantes.” Según afirma la Organización de Consumidores y Usuarios, además de facilitar los datos de la JIFE, añade que “la falta de profesionales en salud mental en el Sistema Nacional de Salud y la medicalización los problemas mentales son factores que contribuyen al aumento en el consumo de psicofármacos. Es necesario tomar medidas y destinar más recursos a la atención de la salud mental en la sanidad pública” (OCU, 2022). Es cuando las personas afectadas por algún problema de salud mental son menores de edad, y que por tanto deberían estar recibiendo la educación secundaria obligatoria, cuando el papel del profesorado se convierte en un factor clave más para su detección y posterior derivación a profesionales de la salud mental.

Por último, otro elemento que puede ser interesante para futuras investigaciones, es la variable del entorno rural. Para ello, podría añadirse un ítem en el que se preguntase por el contexto en el que se recibe la educación secundaria, pudiendo ser en entorno urbanita o rural. Entre las declaraciones de los participantes encontramos el testimonio de una persona que asistió al instituto en un entorno rural. “Mi centro era muy pequeño y rural, por lo que contábamos con gran apoyo por parte de los profesores, tanto en materia académica como por un trato más personal. Se preocupaban verdaderamente porque estuvieras bien. Además no era un centro especialmente conflictivo, por lo que el ambiente acompañaba a tener un buen estado mental, más allá de las inseguridades propias de la adolescencia.” De estas palabras se podría deducir que en el entorno rural, debido a un número menor de alumnos por clases, la cercanía de los profesores puede ser mayor. Sin embargo, haría falta un estudio con mayor profundidad para determinar si esto es así en la mayoría de casos, por lo que se plantea igualmente como otra línea de trabajo posible.

7. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, hemos extraído las siguientes conclusiones:

Primera: El panorama educativo ha cambiado mucho en los últimos años, acentuado por la situación de pandemia por la que hemos atravesado de forma reciente. Sin embargo, aunque ya se esté trabajando en ello, en materia de salud mental todavía queda mucho por hacer.

Segunda: El género parece influir en la frecuencia de diagnósticos psicológicos de los estudiantes, afectando en mayor medida a las mujeres y personas de género no binario.

Tercera: El tipo de centro educativo también parece influir en la incidencia de las alteraciones de la salud mental de sus estudiantes, por lo que debería ser otro factor más a tener en cuenta.

Cuarta: Encontramos niveles de malestar psicológico demasiado elevados dentro de las aulas, cuando los centros educativos deberían ofrecer entornos seguros para el desarrollo integral de sus alumnos, intelectual y emocional.

8. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS ELECTRÓNICOS

Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. American Psychiatric Publishing.

Diccionario de la Real Academia Española (RAE)

García-Alonso, A. (2009) La depresión en adolescentes. REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD. 84(2), 85-104

Goldberg, D.P.; Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9(1), 139–145

Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23), 56-62.

Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., & Sordo, L. (2020). Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities. Gaceta Sanitaria, 34(2), 114–119

Luengo, J., A. (2020) Impactos y consecuencias de la pandemia COVID-19 en el alumnado. Guía básica para la intervención con el alumnado y las familias en el marco de la acción tutorial en los centros educativos de la Comunidad de Madrid (Curso 2020/21). Subdirección General de Inspección Educativa. CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y JUVENTUD

Montenegro Calderón, T., Fernández Wilcapi, J., Díaz Marrero, J., Águila Rodríguez, N., & Díaz Brito, A. (2018). Caracterización del intento suicida en adolescentes del municipio Cumanayagua. Revista Finlay, 8(4), 267-273

Mayorga, J.; Tobón, L. (2022) Educación existencial positiva: del sentirse bien y del florecer a través del sufrimiento hacia la apertura existencial. Revista Estudios Psicológicos.

Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. (2014) DSM-5. Nueva clasificación de los trastornos mentales. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, vol 52.

Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification (Vol. 1). Oxford University Press

Recursos electrónicos

Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental (COPAO) <https://copao.com/>

Confederación Salud Mental España <https://consaludmental.org/>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio <https://www.fsme.es/>

Instituto Nacional de Estadística (INE) <https://www.ine.es/>

Instituto Nacional de la Juventud de España (INJUVE) <http://www.injuve.es/>

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) – Organización Naciones Unidas (ONU) <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://www.who.int/es>

Artículos actualidad

(13/05/2022) Aumenta el consumo de psicofármacos tras la pandemia. Organización de Consumidores y Usuarios (OCU). Información Salud.

<https://www.ocu.org/salud/medicamentos/noticias/consumo-psicofarmacos>

(10/05/2022) 'Llama a la vida', la línea 024 de atención a la conducta suicida. Instituto de Juventud. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

<http://www.injuve.es/convivencia-y-salud/noticia/llama-a-la-vida-la-linea-024-de-atencion-a-la-conducta-suicida>

(13/04/2022) “¿Qué pasa en las dos comunidades con más suicidios de España?”. Redacción Médica

<https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/-que-pasa-en-las-dos-comunidades-con-mas-suicidios-de-espana--1682>

(31/01/2022) Aslaín, I.; Fava, P. (2022) “Los 25 mejores psiquiatras de España: estos son los grandes sabios de la salud mental”. Periódico digital El Confidencial

https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20220131/mejores-psiquiatras-espana-grandes-sabios-salud-mental/645715430_3.html

(13/12/2021) “Once personas se suicidan cada día en España: factores de riesgo y señales de alerta” Periódico digital El Confidencial

https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2021-12-13/once-personas-se-suicidan-al-dia-en-espana_3281802/

(17/11/2021) “El Gobierno pacta un plan de salud mental en los PGE para contratar psicólogos en colegios” Periódico digital El Confidencial

https://www.elconfidencial.com/espana/2021-11-17/el-gobierno-pacta-un-plan-de-salud-mental-en-los-pge-para-contratar-psicologos-en-colegios_3325935/

(27/09/2021) “La salud mental está desatendida por el colapso de la Atención Primaria, alertan expertos” El Confidencial

https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2021-09-27/la-salud-mental-esta-desatendida-colapso-primaria_3296669/

(05/08/2021) La nueva especialidad de Psiquiatría Infantil: "Una deuda histórica con la sociedad" Periódico digital El Confidencial

https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2021-08-05/nueva-especialidad-de-psiquiatria-infantil_3216795/

9. ANEXOS

Anexo 1. Testimonio anónimo

“Mi padre murió cuando yo estaba en 6º de Primaria y mi familia se desestabilizó totalmente. Yo era la "favorita" de los profesores porque sacaba muy buenas notas, pero empecé a aislarme, a no poder estudiar, incluso dejé de hablar casi por completo. Ante eso, me presionaban porque según ellos "sabían que podía dar más y les estaba decepcionando, echaban de menos mi participación". **Ningún profesor me preguntó qué ocurría**, aunque intenté hacer ver que necesitaba ayuda. No podía contar con mi familia. Recuerdo que pasé semanas tratando de hablar con el **orientador**, y me costó muchísimo abrirme un poco con él, no sabía cómo reaccionaría, era la primera vez que yo hablaba de mi malestar. Recuerdo incluso estar temblando, me daba pánico que él se lo contara a mi madre. “Lo único que hizo fue decirme que era un duelo complicado” y me derivó a una psicóloga amiga suya (malísima experiencia, por cierto). **Intenté suicidarme en 4º de la ESO**. Dejé los estudios por ingresos hospitalarios recurrentes por TCA (*Trastorno de la Conducta Alimentaria*). Según oía, todos estaban súper sorprendidos porque yo era "la estudiante perfecta". Di mil señales, incluso escribí una pequeña carta a un profesor y la dejé en el buzón de sugerencias. Muchas veces pienso que si hubieran hecho algo, si se hubieran implicado más cuando murió mi padre, brindando apoyo, preguntando por mi situación familiar, ofreciendo recursos (yo ni siquiera sabía qué recursos había disponibles, supe que existía la figura del orientador escolar buscando por internet, la de mi centro ni sabía quién era). Yo me habría abierto más y no hubiera llegado tan lejos. Sólo necesitaba que alguien me preguntara "¿Cómo estás?" de forma sincera. En cambio, **“lo que veían eran mis notas, pero no a mí”**. Lo mismo veía yo en otros alumnos, con un supuesto "fracaso escolar", que no hacían los deberes, que repetían curso... Muchos habían sufrido el divorcio de sus padres, o tenían problemas de aprendizaje, y los profesores les hacían sentir fatal, incluso salían llorando de clase, “les decían que no se esforzaban lo suficiente, que no iban a llegar a nada en la vida”. Una compañera tuvo un ataque de ansiedad porque suspendió un examen y le daba pánico que sus padres se enterasen (padres súper exigentes). Yo intenté explicárselo a la profesora por si podía hablar con sus padres o algo, y no hizo nada. “¿Un alumno tiene un **ataque de ansiedad** y lo único que haces es decirle que salga al pasillo y cuando se calme, vuelva a entrar?” En Bachillerato los compañeros casi no me hablaban, decían que yo estaba "loca" porque no comía. Se pasaban el tiempo burlándose de mí y preguntándome cosas como "¿Pero tú te ves gorda? ¿Y cómo me ves a mí? ¿Y por qué no comes? ¿Y si no comes, no cagas?". **Ningún profesor hizo nada**, ni siquiera enviaban ejercicios ni apuntes a las profesoras del hospital cuando estaba ingresada y se los pedían para que yo pudiera graduarme. Para mí, en parte, los ingresos en el hospital por el TCA eran una "excusa" para no tener que ir al instituto. Evidentemente mi problema implicaba muchísimos más aspectos, pero la vida escolar fue un factor importante. Afortunadamente, con muchísima terapia individual y familiar, y dándome la opción de estudiar un ciclo formativo a distancia (eso me quitó un enorme peso de encima, mucho más relajada), y con mucho tiempo y dedicación, fui mejorando. Actualmente estoy muy bien, arrastro la secuela de hacer todo lo posible por evitar pasar por el barrio en el que está el colegio y viven la mayoría de los que eran mis compañeros. Admito que siento bastante rabia, y la labor de los psicólogos en educación me parece, literalmente, VITAL.”

(Anónimo)

Anexo 2. Cuestionario

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA ETAPA DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (ESO)

Cuestionario enfocado a todas aquellas personas entre 20 y 30 años que hayan realizado todos los cursos de la ESO en España. Todas las preguntas giran en torno a la salud mental durante la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), con especial interés en los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión).

Se trata de un estudio para un Trabajo de Fin de Máster (TFM) con la intención de analizar el papel de los centros educativos en relación a la salud mental de los estudiantes. No debería llevarte más de 10-15 minutos, así que piensa las respuestas y trata de ser lo más honesto/a posible. ¡Gracias de antemano por participar!

*Obligatorio

1. Correo *

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

3. Género *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

Otro: _____

4. Comunidad Autónoma en la que estudiaste *

Marca solo un óvalo.

- Andalucía
- Aragón
- Principado de Asturias
- Islas Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla y León
- Cataluña
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Comunidad de Madrid
- Región de Murcia
- Comunidad Foral de Navarra
- País Vasco
- Ciudades Autónomas (Ceuta o Melilla)

5. Tipo de centro en el que estudiaste *

Marca solo un óvalo.

- Centro Público
- Centro Concertado
- Centro Privado

6. Instituto al que fuiste (opcional)

Experiencia personal durante la ESO



7. 1. ¿Recuerdas haber presentado alguno de los siguientes síntomas? *

Selecciona todos los que correspondan.

	Nunca	Alguna vez (al menos 1 vez/mes)	Frecuentemente (al menos 1 vez/semana)	Con mucha frecuencia (varias veces/semana)	Todos los días
Ansiedad e inquietud constantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estados de tristeza profunda y prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio primario (al principio de la noche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio secundario (despertar a mitad de la noche y no conseguir dormirse de nuevo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timidez extrema (tanta vergüenza que inhibe la acción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislamiento (sentimiento de rechazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 1b. ¿Y alguno de los siguientes? *

Selecciona todos los que correspondan.

	Nunca	Alguna vez (al menos 1 vez/mes)	Frecuentemente (al menos 1 vez/semana)	Con mucha frecuencia (varias veces/semana)	Todos los días
Conflictos frecuentes con el entorno familiar (padre/madre, hermanos/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conflictos frecuentes en el entorno educativo (con otros compañeros/as, profesorado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labilidad emocional (cambios bruscos del estado emocional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad social (malestar en los contextos sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para concentrarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas de peso notables (varios kilos en poco tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sensación de
falta de energía,
mucho
cansancio**

9. 2. Baja autística algún servicio de psiquiatría o de psicoterapia? *

Selecciona todos los que correspondan.

SÍ

NO

10. 3. ¿Te diagnosticaron algún tipo de problema psicológico o psiquiátrico? *

Selecciona todos los que correspondan.

SÍ

NO

11. 3a. En caso afirmativo, ¿cuál? (opcional)

12. 4. ¿Recibiste algún tipo de terapia psicológica? *

Selecciona todos los que correspondan.

SÍ

NO

Apoyo percibido desde el propio centro educativo



13. 5. ¿Acudiste alguna vez a algún profesor/a por algún problema personal? *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. 5a. En caso afirmativo, ¿te sentiste apoyado/a?

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. 5b. En caso negativo, ¿sientes que habrías recibido apoyo de algún docente de tu instituto en el caso de haber buscado ayuda?

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. 6. ¿Algún profesor/a te ofreció ayuda preocupado/a por cambios en tu comportamiento o tu estado de ánimo? (sin haber buscado la ayuda) *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. 7. ¿Alguna vez recurriste al orientador/a de tu centro educativo para solicitar ayuda/orientación/asesoramiento por algún problema personal? *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. 7a. En caso afirmativo, ¿te resultó útil?

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. 8. ¿Recibiste alguna charla o actividad relacionada con la salud mental desde el instituto? *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. 8a. En caso afirmativo, ¿puedes contarme algo más? Qué temas se trataron, cuánto tiempo duró, etc.

21. 9. ¿Se fomentaban los hábitos saludables desde tu instituto? (cuidado del cuerpo, alimentación saludable, cuidado de las emociones, relaciones sanas, educación sexual, etc) *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. 9a. En caso afirmativo, ¿cuáles?

Hábitos de riesgo



23. 10-¿Recuerdas si realizabas alguno de los siguientes hábitos durante tu etapa de la ESO? *

Selecciona todos los que correspondan.

	Nunca	Alguna vez (al menos 1 vez/mes)	Frecuentemente (al menos 1 vez/semana)	Con mucha frecuencia (varias veces/semana)	Todos los días
Consumo excesivo de alcohol (más de 2copas/noche, más de 4cervezas/noche, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicio temprano consumo de otras sustancias (marihuana, cocaína, etc), antes de los 14 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantener relaciones sexuales sin estar convencido/a de querer hacerlo en ese momento o con esa persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de videojuegos (más de 2 horas diarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedentarismo (mayor parte del día sentado/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. 11. ¿Presentabas alguno de los siguientes rasgos? *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
Aislamiento social (por elección propia o por sensación de no tener amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupaciones excesivas (pensamiento obsesivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfeccionismo y elevada autoexigencia (académica o en algún otro contexto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hábitos saludables



25. 12. ¿Cuáles de estos elementos estaban presentes en tu vida durante la etapa * de la ESO?

Selecciona todos los que correspondan.

	Nunca	Alguna vez (al menos 1 vez/mes)	Frecuentemente (al menos 1 vez/semana)	Con mucha frecuencia (varias veces/semana)	Todos los días
Deporte (individual o en algún equipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocio saludable (sin abuso de sustancias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo con tu círculo social de apoyo (grupo de amigos, familia, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidad con iguales (amistades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto con figuras de referencia sanas (algún adulto en quien poder confiar o pedir ayuda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de aficiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confianza y buena comunicación con padres/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

hermanos

**Horas de
sueño
suficientes
(entre 7 y 9
horas, según
necesitaría un
adolescente)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Tiempo de
descanso
("no hacer
nada",
incluyendo
desconexión
de redes
sociales)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Hábitos
mentales
saludables
(pensamiento
optimista)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Buena
gestión del
tiempo para
evitar
ansiedad**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Consumo de psicofármacos



26. 13. ¿Consumiste algún tipo de psicofármaco (antidepresivos o ansiolíticos) durante tu etapa en la ESO? *

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. 13a. En caso afirmativo, ¿cuál?

28. 13b. ¿En qué año comenzaste a tomarlos?

Marca solo un óvalo.

- 1º ESO
- 2º ESO
- 3º ESO
- 4º ESO

29. 14. ¿Sabes si alguno de tus compañeros/as los tomaba?

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reflexión personal



30. 15. ¿Crees que tu experiencia en tu paso por el instituto puede haber influido * de manera importante en tu estado de salud mental general?

Selecciona todos los que correspondan.

	SÍ	NO
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. 16. ¿Por qué? *

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios