

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la fundación “La Caixa”

Estudio descriptivo transversal de las competencias del profesorado para la detección precoz de síntomas depresivos en los adolescentes.

AUTORES :

Anabel Ramírez García
Antonio Murcia Juárez
José Miguel Ortiz Moreno
Verónica Lagares Sevilla

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster

Trabajo dirigido por el profesor:

Doctor Esteban Pont. Profesor titular de la UAB

Comisión Evaluadora:

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteban Pont	Secretario
Concepción Ferrer	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 8 de octubre de 2007

Aceptado en Fecha: 10 de octubre de 2007

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

	Página
Título e introducción	5
Justificación	6
Problema e hipótesis	6
Objetivos y Variables	7
Metodología	8
1.- Marco teórico	9
Conceptualización de la adolescencia	9
El adolescente	11
Relaciones sociales en la adolescencia	15
Depresión en la adolescencia	17
Prevalencia e incidencia	18
Etiopatogenia	18
Señales de alarma	20
Suicidio	21
El medio escolar	23
Programa Salud y Escuela	26
2.- Marco práctico	30
Explotación de datos cuestionario	31
Resultados preguntas abiertas	89
Sugerencias del profesor al cuestionario	105
Conclusiones	106
Líneas de actuación	109
Líneas de investigación	110
Bibliografía	111

Anexos

Anexos I	113
Anexo II	120
Anexo III	124
Anexo IV	129
Anexo V	131
Anexo VI	133

TÍTULO

Estudio descriptivo transversal de las competencias del profesorado para la detección precoz de síntomas depresivos en los adolescentes.

COMPONENTES DEL GRUPO

Anabel Ramírez García
Antonio Murcia Juárez
José Miguel Ortiz Moreno
Verónica Lagares Sevilla

INTRODUCCIÓN

A partir del próximo curso escolar, personal sanitario de los centros de atención primaria (CAP) visitarán los institutos catalanes para detectar los casos de jóvenes con trastornos mentales. Con este programa de visitas sanitarias en los institutos se quieren detectar casos de trastornos mentales que pasan desapercibidos en los jóvenes, ya que estos acuden con poca frecuencia los CAP. Así lo ha comunicado la consejera de [Salud](#), Marina Geli, durante la presentación *del Pla Director de Salut Mental 2004-2007* (Publicado 27/7/2004 - 8:00h).

Un estudio realizado con 361 alumnos del área de enseñanza básica del Gironés (Girona) para evaluar la ideación suicida, Ferran Viñas Poch, M^a Claustre Jane Ballabriga y Edelmira Domènech Llaberia por la Universitat de Girona y Universitat Autònoma de Barcelona (2000), obtuvieron como principales resultados:

- 37 (10,25%) señalaron la opción correspondiente a «quiero matarme pero no lo haría» (ideación suicida)
- 12 (3,32%) la tercera: «quiero matarme» (intencionalidad suicida). Solo 2 (0,55%) dejaron la pregunta sin contestar.
- El resto, 310 (85,87%) señalaron la primera opción del ítem 9: «no pienso en matarme» (ausencia de ideación suicida).

En dicho estudio destacan que *estos datos ponen de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva.*

Según explica Enric Álvarez, psiquiatra del Hospital de Barcelona, los suicidios son la segunda causa de muerte entre los jóvenes de entre 15 y 24 años. El año 2002, 452 personas murieron por este motivo, de las cuales el 15% eran adolescentes.

La edad de inicio de la adolescencia está marcada por el cambio puberal, una etapa a la que se le atribuye mucho énfasis a la autoimagen y la identidad sexual. Este período educativo en el que está implicada la adolescencia es el más determinante debido a que el individuo ha terminado la educación primaria y cambia de entorno para iniciar la educación secundaria. En esta nueva etapa educativa ha de buscar como objetivos primordiales favorecer la adquisición de habilidades, procedimientos y

conocimientos que capaciten al adolescente para ser protagonista de su propia formación.

En el 80 por ciento de los casos, la depresión surge de manera progresiva y gradual. De síntomas inespecíficos y silenciosos, con frecuencia pasa inadvertida incluso para el propio paciente. A veces la desencadena la muerte de una persona querida, el divorcio de los padres, la traición de un amigo, o cualquier otro factor externo desagradable. Incluso el acné juvenil es una causa frecuente de depresión (De acuerdo con un estudio reciente publicado en el British Journal of Dermatology, casi el 6 por ciento de quienes ven su rostro invadido por granos ha pensado en el suicidio). La escuela debe encontrar como articular su función social, su rol entre el proceso madurativo del adolescente y la capacitación profesional de éste. También debe ser el mediador del proceso constructivo del pensamiento y de los aprendizajes de los adolescentes. En esto juega un gran papel el equipo docente de los institutos.

JUSTIFICACIÓN

Aproximadamente el 5 por ciento de los niños y los adolescentes de la población en general padecen de depresión en algún momento. Además, la depresión está relacionada estrechamente con el suicidio. En el caso de todos los adolescentes, los síntomas de la depresión tienden a interferir con su desarrollo normal, a interrumpir las interacciones con su familia y afectar su desempeño escolar.

Es la segunda causa de muerte en los jóvenes de 15 a 24 años (después de los accidentes de tráfico) i se relaciona con el consumo de alcohol y drogas en este grupo de edad.

Es mucho más frecuente en hombres (11 muertos / 100000 habitantes en hombres versus 3,9 /100000 habitantes en mujeres)

Al finalizar nuestro estudio con los datos obtenidos se establecerán las líneas de trabajo de enfermería de acuerdo a las áreas de dependencia detectadas en el profesorado.

PROBLEMA

Falta de detección precoz de los síntomas de depresión en la población joven de 12 a 18 años.

HIPÓTESIS

El equipo docente de los institutos tiene las habilidades, actitudes y recursos necesarios para detectar precozmente los síntomas depresivos en los adolescentes y derivar a los CAP ó servicios especializados como CSM

OBJETIVO

El objetivo del estudio es analizar las competencias del profesorado en la detección precoz de sintomatología depresiva en el adolescente (12 a 18 años) a partir de la información proporcionada por una escala de medición de elaboración propia.

Sensibilización del profesorado frente a la depresión de su alumnado.

Sentar las bases con la finalidad de plantear una línea de formación del profesorado

VARIABLES IMPLICADAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	FUNCIÓN QUE CUMPLE LA VARIABLE	SISTEMA DE CONTROL	INSTRUMENTO PARA RECOGER INFORMACIÓN	ESCALA DE MEDIDA
Competencias del profesorado	Habilidades, actitudes y recursos	Independiente		Cuestionario Entrevista	Escala de valoración propia
Detección precoz	Capacidad para registrar los síntomas de la depresión estados iniciales	Dependiente		Cuestionario	Escala de valoración propia
Género		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Edad		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Años de experiencia profesional		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Nº alumnos por clase		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Patología mental en el alumno		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Patología somática en el alumno		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Formación complementaria (CAP)		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Formación de		Interviniente	Control	Cuestionario	

base			estadístico		
Grado de satisfacción en el desarrollo profesional		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Metodología docente		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Experiencia en salud mental		Interviniente	Control estadístico	Cuestionario	
Consumo de tóxicos			Control estadístico	Cuestionario	
Estructura familiar del adolescente			Control estadístico	Cuestionario	
Trastornos mentales en la familia del alumno			Control estadístico	Cuestionario	

METODOLOGÍA

Se recogerá una muestra aleatoria estratificada entre los profesores de los institutos de educación secundaria de las localidades de: Sant Boi, Barcelona, Viladecans y Anoia.

Se distribuirá un cuestionario entre el profesorado de los distintos institutos para cualificar las habilidades de dicho profesional a la detección precoz de depresión. Dicho cuestionario estará constituido por preguntas abiertas y cerradas.

Además se realizará una entrevista al director del centro formativo con la intención de sacar una visión general del equipo docente y del alumnado.

- IES Turó (BCN)
- IES Mariano (Sant Boi)
- IES ÍTACA(Sant Boi)
- Escola Pía (Igualada)
- IES Guinovarda (Piera)
- Sant Andreu(BCN)
- IES Barna-Congrés
- IES Molí de la Vila (Capellades)
- IES Torre Roja (Viladecans)
- IES Sales (Viladecans)
- Mare de dèu del Roser (BCN)
- Santa Pau (BCN)

INSTRUMENTOS

- Búsqueda bibliográfica.
- Cuestionarios y test a los profesores.
- Informática (word, excel, sps, power point.)
- Entrevistas a los directores de los directores IES

MARCO TEÓRICO

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es definida como una etapa de ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos (Dr. Pérez Barrero, 2005).

¿Qué es la adolescencia? Por adolescencia solemos entender la etapa que se extiende desde los 12-13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de vida. Se trata de una etapa de transición en la que ya no se es niño, pero en la que aún no se tiene el estatus de adulto. Es lo que Erikson (1968) denominó una "moratoria social", un compás de espera que la sociedad da a sus miembros jóvenes mientras se preparan para ejercer los roles adultos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.

Vittorino Andreoli, psiquiatra italiano especializado en adolescentes, define al adolescente en una sola palabra "inconcretos". Ligados al "ahora", sin percepción del futuro. Según éste autor la adolescencia empieza con un hecho biológico, que es la pubertad, pero termina con una convención social, es decir, cuando la sociedad decide.

Vittorino Andreoli durante su entrevista con la periodista Núria Escur para el *magazine* de la vanguardia compara al adolescente con la metamorfosis de Kafka: su cuerpo cambia y no sabe que pasa, se sienten mal con su cuerpo, inseguro.

A principios del siglo XX G. Stanley Hall (1904), psicoanalista, publicó dos volúmenes referentes a la adolescencia. Él la consideraba como un periodo de "tormenta y drama". Según este punto de vista la adolescencia es una época de turbulencias, de cambios dramáticos de tensiones y sufrimientos psicológicos abundantes.

Desde la perspectiva de la antropología cultural, se ha llegado a afirmar que la adolescencia es sólo un producto cultural, y que su carácter más o menos suave o agitado es sólo una de las consecuencias de las experiencias que cada cultura aporta a sus miembros jóvenes. Pero junto a esta visión de color de rosa de la adolescencia, existen algunos datos que son incuestionables y que tienen que ver con abandonos escolares, suicidios o tentativas de suicidios, embarazos precoces indeseados, dificultades importantes de ajustes en la familia, etc.

Como hemos podido observar son muchos los autores que tratan de la adolescencia con sus diferentes vertientes. Es un término muy contemporáneo. Sin embargo, los mismos adolescentes, valoran mucho esta etapa y en general le dan un importante valor¹.

El concepto de adolescencia se adapta con la historia. La manera en la que los sujetos experimentan esta etapa vital ha ido cambiando históricamente, como una consecuencia de las transformaciones socioculturales que se han ido produciendo. En la edad media no existía la infancia y adolescencia como la conocemos en la actualidad. La infancia se delimitaba al periodo de tiempo que el niño no podía subsistir biológicamente. Los niños se incorporaban con rapidez a la vida de los adultos compartiendo trabajo, fiestas y conversaciones...Durante el Renacimiento la infancia empieza a adquirir significado como una etapa separada de la vida adulta.

Mucho más adelante, ya en el siglo XX, se crea la primera ley de tribunales tutelares de menores en el estado español, llamada ley de bases, inspirada en una proposición de Avelino Montero Ríos, se promulga el 2 de agosto de 1918. Mientras tanto, y desde el punto de vista pedagógico, el primer tercio del siglo XX se producen importantes cambios respecto a la concepción de la educación a nivel mundial. En Estados Unidos, por ejemplo, John Dewey establece los fundamentos de educación en los países democráticos. A escala internacional se van consolidando los principios que promueven la Declaración de Ginebra (1923), la carta de la infancia (1942) y la

Declaración Universal de los derechos de los infantes (1959). Durante la época franquista estos derechos son vulnerados. No es hasta las décadas de los años 60 y 70 que aparece en Cataluña un fuerte movimiento social, integrados por diferentes colectivos que promueven una educación a los niños y adolescentes más acorde con los

¹ Argumentos adolescentes. "El món dels adolescents explicats per ells mateixos". Fundació Jaume Bofill

cambios científicos, técnicos, sociales y culturales de la época. Estos movimientos generan una nueva concepción de la educación.

En nuestra cultura occidental, en la actualidad, la incorporación de los adolescentes al estatus adulto se ha retrasado notablemente, formándose como consecuencia un grupo nuevo que desarrolla además sus propios hábitos y maneras, y que se enfrenta a problemas peculiares.

Demográficamente el grupo compuesto por habitantes de 15 a 24 años representa el 14,1% de la población total de Cataluña en el año 1999². Este subgrupo de población ha sufrido un leve descenso desde el año 1981 donde representaba el 15,5%.

ADOLESCENTE

Es preciso realizar una distinción entre dos términos que tienen un significado y un alcance muy distinto: pubertad y adolescencia. Se define **pubertad** como al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. La pubertad es un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie, como hecho biológico que es y como momento de mayor importancia en nuestro calendario madurativo común. La pubertad es el periodo de la vida durante el cual madura los órganos sexuales secundarios y la persona adquiere su capacidad productiva. En el sexo femenino oscila entre los 8 y los 14-16 años y el proceso completo dura de 2 a 3 años. La media de inicio a la pubertad se sitúa alrededor de los 10-11 años. Tañer describió los diferentes estadios del desarrollo puberal en la mujer y el hombre. (**ANEXO**). En el caso de los chicos la maduración puberal se inicia 1,5-2 años después que las chicas, los límites de la pubertad son entre los 9 y 14 años. Fuera del aparato genital, se producen otros cambios durante la pubertad. A parte del aumento de talla, ensanchamiento de caderas puede aparecer también acné en la cara debido a la actividad de las glándulas sebáceas.

El vello corporal aumenta en cantidad, densidad y longitud. Durante la pubertad se aprecia un descenso del timbre de la voz. Las secreciones sudoríparas aumentan, el olor corporal cambia sensiblemente y el sudor axilar adquiere su olor característica.

² Instituto de Estadística de Cataluña

El aumento de talla se produce durante el año que precede a la menarquia. Las chicas crecen aproximadamente unos 22 centímetros desde el pico de crecimiento hasta la llegada de la primera menstruación.

Se entiende por **adolescencia** a un periodo psicosociológico que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez. Es un hecho no necesariamente universal y que no adopta en todas las culturas un patrón de características estándares. En la que además se ha dado una importante variación histórica, como hemos comentado con anterioridad, que a lo largo de nuestro siglo ha ido configurando la adolescencia que nosotros conocemos. Actualmente, los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa de la vida y que exponemos a continuación:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal, porque el grupo permite esta nueva identidad y sus nuevos papeles sociales.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actividad social reivindicativa, volviéndose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en las que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Necesidad de asumir nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.
- Sucesivas contradicciones en todos los aspectos de conducta.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

El desarrollo psicológico del adolescente es un proceso de construcción de la personalidad en el que intervienen los cambios cognitivos, los aspectos emocionales y

las influencias socioculturales. Este desarrollo psicológico, dentro del aspecto cognitivo y emocional, es más lento que la maduración biológica y corporal.

Es en la adolescencia cuando el ser humano comienza a tener historia, memoria biográfica, interpretación de las experiencias pasadas y aprovechamiento de las mismas para afrontar los desafíos del presente y las expectativas del futuro. Es en la adolescencia cuando se empieza a tejer el propio relato personal y ese relato constituye el discurso más influenciador de la identidad del adolescente (Kaplan, 1984).

Tanto antes como después de la adolescencia hay etapas que contribuyen a la diferenciación de la personalidad, pero es en la adolescencia cuando según Erikson el individuo alcanza ese punto de sazón que permite vivir en sociedad y relacionarse con los demás como una persona psicosocialmente sana o madura. La etapa que trata de la adolescencia Erikson la define como la cristalización de la personalidad, donde el joven trata de definir del modo más explícito quién es él mismo. Intenta definirlo a través de todas sus actividades, sus aficiones, sus aspiraciones y, principalmente, sus amores, de los cuales hace apasionadas tentativas para llegar a definir la propia identidad, proyectando sobre el otro la propia imagen de sí mismo.

La conocida crisis de la adolescencia traduce el esfuerzo que realiza el joven para liberarse de la estructura de personalidad de la infancia, diferenciándose de sus padres, pasar de la dependencia a la autonomía y abrirse paso a la sociedad.

Los siguientes factores forman parte de la personalidad e identidad del adolescente:

Autoconcepto. Corresponde al conjunto de percepciones e ideas que cada individuo construye de sí mismo.

Autoestima. Es el grado de satisfacción personal que un individuo tiene de sí mismo. Se construye a través de un juego dinámico entre lo que la persona creía ser y la que cree ser, y también mediante la comparación con otras personas. Las opiniones de las personas importantes de los jóvenes (padres, educadores, médicos, amigos) son muy importantes en la propia autoestima.

Autoimagen corporal. Es de suma importancia en la personalidad e identidad del adolescente, ya que el cuerpo es el representante de su identidad. Los adolescentes y

jóvenes dedican mucho tiempo a mirarse al espejo intentando parecerse a alguna imagen idealizada. Las transformaciones corporales plantean interrogantes sobre la normalidad del propio cuerpo, despiertan sentimientos mezclados con miedo, vergüenza, orgullo, exhibicionismo, etc. Secundario a la sobre valoración del cuerpo en nuestra cultura, el joven que no se semeja a los estereotipos de belleza lo pasa mal. Algunas prácticas de modificación del cuerpo, como los tatuajes y los piercings forman parte de una erótica grupal y personal que persigue una diferenciación respecto a otras generaciones. También pasa lo mismo con la cultura de gimnasio o musculación.

La sexualidad y la afectividad. La sexualidad despierta muchos interrogantes. La falta de vivencias y la gran intensidad de sensaciones, impulsos y sentimientos les puede resultar desbordantes. El adolescente se encuentra con la necesidad de decantarse en cuanto a su identidad masculina o femenina, y de tomar una posición referente a los roles de género. Las relaciones personales se vuelven más complejas, abriendo paso al descubrimiento del otro como objeto de amor y deseo, lo que posibilitará la relación sexual compartida.

La construcción de un sistema de valores y una ética propia. Es otro factor de suma importancia en el desarrollo de la personalidad del adolescente. Tienen mucho peso los modelos y las influencias familiares y sociales con los que interacciona. **El proceso empieza cuando el adolescente cuestiona, de una forma más o menos radical, todo lo que le llega de sus padres y la sociedad.** Las aportaciones de los que ellos consideran sus iguales o figuras sociales idealizadas ganan credibilidad. A medida que madura su capacidad de pensamiento irá elaborando y fijando criterios y aplicándolos a situaciones cada vez más complejas. La falta de un sistema de valores y de un código ético puede dar lugar a conductas autodestructivas y agresivas (consumo de drogas, delincuencia). En cambio una buena base apoya una conducta orientada al auto-respeto, la valoración de sí mismo y del otro, y la aceptación de las diferentes opciones de la vida.

Estudios y formación. Progresivamente el adolescente va adquiriendo mayores responsabilidades en sus estudios y su formación. Aprender a gestionar su economía,

decidir sus estudios y ocupación, asumir nuevas responsabilidades y planear objetivos de futuro en su vida profesional. El desarrollo en su capacidad de razonamiento le será fundamental para conseguir sus proyectos.

RELACIONES SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

Es un aspecto muy relevante en esta etapa del ciclo vital de una persona. Está muy vinculada con el desarrollo de la personalidad. Durante la infancia la familia es el principal ámbito social de interacción. En la adolescencia, sin embargo, los espacios donde son posibles las interacciones sociales se expanden de manera extraordinaria, mientras que además se debilita mucho la referencia familiar. Los cambios que aparecen en el adolescente sorprenden al entorno familiar que tiene que adaptarse de golpe a la relación con un sujeto que opina, lejos de aquel niño que no preguntaba. El adolescente reclama diálogo en el sentido de que su opinión sea considerada. La emancipación respecto a la familia constituye el rasgo más destacado de la nueva situación social de adolescente.

La relación entre adolescentes y sus padres se establecen en función de los distintos patrones de disciplina. Existe una mayor probabilidad de rechazo a los padres autoritarios y aceptación a los democráticos, permisivos e igualitarios. El momento de máxima tensión entre padres e hijos parece producirse justo alrededor de la pubertad. Los adolescentes cuestionan los modelos y las ideas paternas y buscan nuevos modelos de identificación con otros jóvenes o adultos idealizados. Más tarde las relaciones suelen mejorar, aunque persiste la falta de intimidad del joven con los padres en todo lo relativo en su propia vida.

Paralelamente a la emancipación respecto a la familia, el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener un curso típico. En un primer lugar la pandilla de un mismo sexo. Más adelante se establecen las pandillas mixtas, que constituye una piña indisoluble, donde no hay relaciones o situaciones privilegiadas de unos con otros, salvo quizá la del líder o líderes del grupo. La fase final de los grupos adolescentes es la del comienzo de su disgregación.

Corresponde cuando en el seno de la pandilla nacen y se consolidan relaciones de pareja, que finalmente se desligarán del grupo.

La investigación sociométrica ha distinguido entre los diferentes estatus sociales (Coie y Dodge, 1998) que deben de tenerse en cuenta a la hora de valorar la integración del adolescente en la sociedad y su subconjunto de población. Los estatus sociales que adopta el adolescente pueden ser:

-Populares: adolescentes que normalmente reciben de sus compañeros altas puntuaciones positivas en aprecio, valoración, preferencias de los demás, etc. Son los que más gustan a los iguales.

-Rechazados: Adolescentes que normalmente reciben altas puntuaciones negativas. Son vistos como jóvenes agresivos, hiperactivos, que comienzan frecuentemente las peleas, desorganizan el grupo y entran en conflicto con el profesional docente. Está muy relacionado con el aislamiento.

-Ignorados: adolescentes que presentan puntuaciones bajas. Son caracterizados por sus compañeros como tímidos. Son jóvenes poco interactivos entre los iguales tanto en juegos pro-sociales como en actividades escolares. Por lo general son pacíficos, reservados, que respetan las reglas.

-Controvertidos: jóvenes que reciben puntuaciones extremas, tanto positivas como negativas. Es el grupo más reducido.

La presión que el grupo puede ejercer sobre ellos, por “no ser menos”, por no quedar relegados y sentirse aceptados, es algo a lo que el adolescente es especialmente sensible, pudiéndole llevar al quebrantamiento de la norma si en ello se ve comprometida su identidad. Si a través de ello recibe la satisfacción de sentirse fuerte, valiente o importante, se puede reforzar su tendencia. Si no median alternativas más constructivas, esto puede llevarle a la adquisición de una identidad negativa, tal como la define Erikson, en la que es preferible *ser* un delincuente que no *ser nada*. Las etiquetas diagnósticas tienen por lo tanto en estos casos un riesgo muy especial.

La importante influencia que los iguales, es decir los amigos, ejercen sobre el desarrollo de los adolescentes se realiza a través de mecanismos similares a los utilizados por los adultos: reforzamiento, modelado y enseñanza directa de habilidades. En situaciones de estrés o de ansiedad el amigo funciona como “base segura”. Las relaciones entre iguales se caracterizan por la simetría, están basadas en la igualdad, la

cooperación y la reciprocidad entre sujetos que tienen destrezas similares. Con los adultos este tipo de relación no es posible ya que se parte de una base donde las habilidades cognitivas y sociales y el poder del adulto es mayor.

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La depresión en la infancia y la adolescencia es una enfermedad cuyo reconocimiento es reciente. La depresión en esta franja de edad se puede entender como indica Polaino, (1988):

- a) Síntoma
- b) Síndrome. (Y así se habla de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc.)
- c) Desorden psicopatológico.

El DSM-II-R (1987) define el síndrome depresivo como un grupo de síntomas del estado de ánimo, con otros síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un determinado periodo de tiempo.

Actualmente no existen dudas al respecto de su verdadera existencia. De hecho desde el punto de vista histórico Griesinger (1845) afirmaba: "Incluso las formas melancólicas ocurren en la infancia con todas sus características aunque con menor frecuencia". Moureau de Tours, autor de uno de los primeros tratados en psiquiatría infantil, del siglo pasado, indicaba que el niño a partir de los siete años puede presentar una manifestación depresiva. La aparición del psicoanálisis negó la aparición de depresión en la infancia, puesto que si se afirmaba que la depresión dependía de la interacción entre las distintas instancias de la personalidad, al no estar estas desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no sería posible la presencia de cuadros depresivos en estas edades. A partir de 1970 la aceptación de un síndrome clínico depresivo en la infancia es prácticamente total.

PREVALENCIA E INCIDENCIA

Nelson (1992) estima la prevalencia de los trastornos depresivos en la infancia entre el 1,5 y el 2%. En niños prepúberes la sitúa en un 1,8%, y adolescentes oscilaría entre el 3,5 y el 5%.

Los estudios realizados a nivel mundial por la OMS establece la tasa de prevalencia mundial del 3-5%, lo que equivaldría a que unos 120-200 millones de personas en todo el mundo tendrían depresión.

Estudios epidemiológicos en USA, aportaron una prevalencia de un 0,9% en preescolares, 1,9% en niños en edad escolar, y un 4,7% en adolescentes (Kashani & Sherman, 1988).

Los datos para España sitúan la tasa de prevalencia entorno al 10% de la población adulta.

Queda reflejado que es un problema latente e importante de nuestra sociedad actual, y más importante aún, que su tendencia es al alza. Es relevante comunicar también que el trastorno depresivo se encuentra entre las diez categorías visitadas más frecuentes en las consultas ambulatorias psiquiátricas en 1999, representando el 1,3% en varones y el 2% en mujeres³.

Según el departamento de sanidad la prevalencia de trastornos afectivos en el adolescente representa el 4% y una presencia de síntomas afectivos más o menos graves del 30%. Los trastornos afectivos son el factor de riesgo más importante que influye en intentos de autolisis y conductas suicidas.

ETIOPATOGENIA

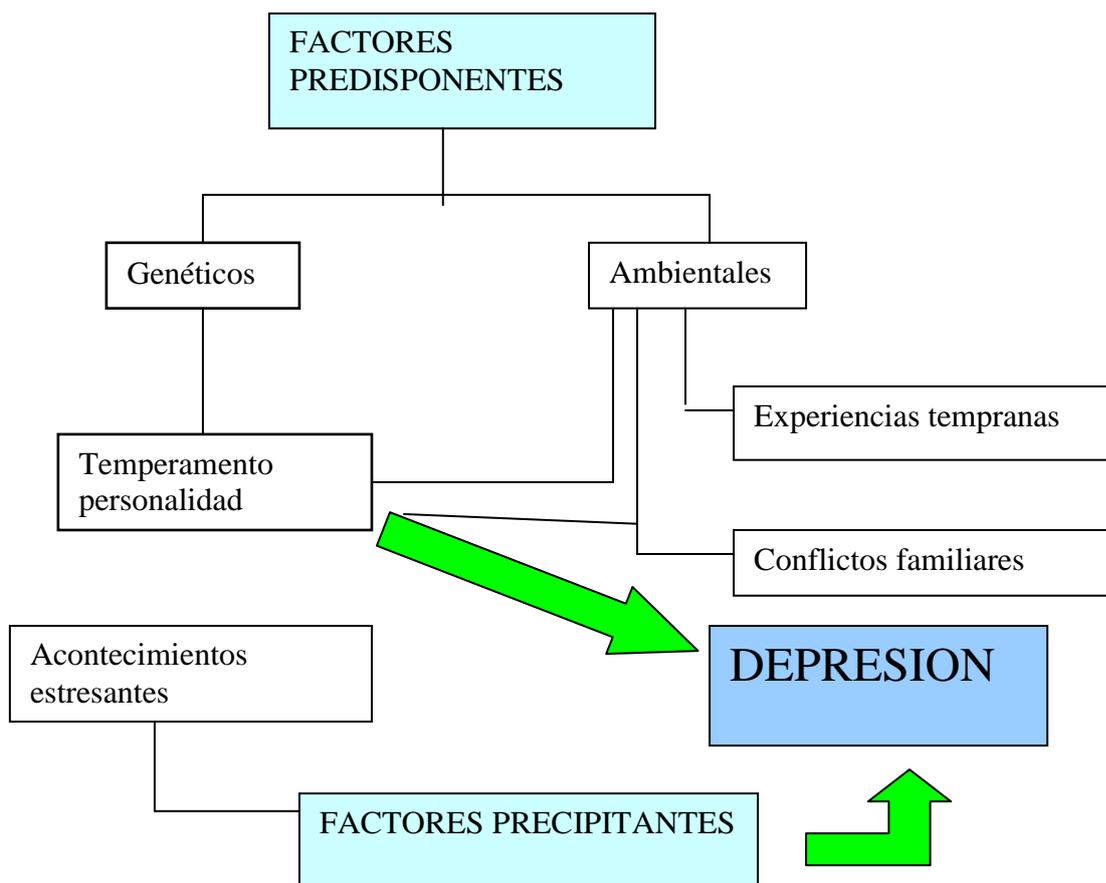
Sería una actitud totalmente simplista pensar que solo existiera una causa de la depresión en la adolescencia, como es lógico lo más probable es que su origen sea multifactorial. Sin embargo existen unos factores que predisponen a este trastorno. La presencia de trastornos afectivos en los padres aumenta el riesgo de incidencia de depresión en el adolescente. En el caso de que la afectación solo incida en uno de los

³ CMBDCSN (CMBD de los centros de salud mental)

familiares el riesgo es de un 25%, pero, si el proceso afecta a ambos el riesgo asciende a un 75%.

Los estudios genéticos muestran un índice de concordancia de un 76% en gemelos monozigóticos y un 19% en los dizigóticos.

Además, los jóvenes cuyos padres presentan trastornos depresivos, separación conyugal, desacuerdos y desavenencias familiares, presentan un incremento claro de trastornos psicopatológicos con alteraciones en la relaciones con sus compañeros y retroceso en el rendimiento escolar. También influyen las enfermedades crónicas con o sin incapacidad, problemas de adaptación escolar, perdidas afectivas recientes (familiares, amigos...), cambios ambientales que obligan a realizar un esfuerzo de adaptación, dificultades importantes en el inicio del mundo laboral y/o consumo de tóxicos. Etiopatogenia de la depresión en adolescente.



SEÑALES DE ALARMA

Es importante conocer los signos de alarma para poder realizar una detección adecuada a tiempo. Las señales de alarma son las siguientes:

- ◆ Tristeza
- ◆ Irritabilidad, mal humor, agresividad.
- ◆ Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar.
- ◆ Descenso del rendimiento académico.
- ◆ Ideas de suicidio o pensamientos persistentes sobre la muerte.
- ◆ Pesimismo, apatía, aburrimiento persistente.
- ◆ Culpabilidad excesiva, menosprecio personal.
- ◆ Astenia.
- ◆ Lentitud del pensamiento.
- ◆ Aislamiento social.
- ◆ Lentitud psicomotora.
- ◆ Insomnio o somnolencia.
- ◆ Perdida del apetito y de peso.
- ◆ Abuso de tóxicos.
- ◆ Quejas somáticas que se muestran en la siguiente tabla. Es imprescindible descartar causas orgánicas. Lógicamente, la acumulación de síntomas en un mismo sujeto incrementa proporcionalmente el riesgo de trastorno emocional.

Debilidad, cefalea, mareo
Molestias gástricas
Dolor de espalda
Dolor de estómago
Vómitos frecuentes
Dolor torácico
Palpitaciones
Visión borrosa

Deambulación insegura
Dificultad para respirar
Afonía
Dolores articulares
Dificultades en la deglución
Síntomas menstruales:
- Ciclos irregulares
- Dolores de gran intensidad
-Metrorragia excesiva

Si un adolescente tiene 3 o más señales de las señales de alarma indicadas y una duración superior a dos semanas es preciso descartar un trastorno depresivo.

SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno complejo que atrajo la atención de filósofos, teólogos, médicos y sociólogos a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés Albert Camus es el único problema filosófico serio. El suicidio es un problema grave de salud donde su prevención y control no es tarea fácil.

Las enfermedades mentales, especialmente la depresión, el suicidio y los intentos de autolisis se encuentran entre los principales problemas de salud. Los trastornos depresivos y esquizofrénicos son las causas más frecuentes de suicidio consumado. Los conflictos familiares son la causa desencadenante del 50% de intentos de suicidio en el adolescente. El riesgo de suicidio también aumenta en familias con problemática de dinámica, adolescentes impulsivos, solitarios o con aislamiento social. Es una causa de muerte prevenible.

El suicidio en los adolescentes y adultos jóvenes, según el Plan de Salud de Cataluña, en la década de los noventa ha sido una causa de muerte importante en Europa, atribuyéndose un 15% de las muertes en la población de 15 a 24 años. Representando la tercera causa de muerte en la población de esta franja de edad después de los accidentes de tráfico y causas externas. Los adolescentes con depresión tienen

cinco veces más probabilidades de hacer un intento de suicidio comparado con el grupo control de la misma edad sin depresión.

Mortalidad por suicidio en adolescentes	
Hombres	6.9 por 100.000 habitantes
Mujeres	2.1 por 100.000 habitantes
Número total de muertes (15 a 24 años)	43

Fuente: registro de mortalidad. Departamento de salud, 2000

El suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años, según la OMS. Actualmente, el suicidio entre los jóvenes menores de 15 años es poco frecuente. La mayoría de suicidios entre jóvenes de menores de 14 años probablemente tienen lugar en la adolescencia temprana, mientras que el suicidio es aún más raro antes de los 12 años. Hay que tener en cuenta que en algunos casos, puede ser imposible determinar si algunas muertes causadas por ejemplo por accidentes de automóvil, ahogos, caídas y sobredosis de drogas ilegales, fueron intencionados o no. Se estima generalmente que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales.

En el Plan de Salud de Cataluña en la franja de edad de 18 a 24 años un 4% de jóvenes masculinos se diagnostican de depresión frente a un 8,2% de las jóvenes. En los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) un 3% de las adolescentes y un 2,5% de los adolescentes que demandan asistencia es por problemas de depresión. La misma fuente indica que en encuestas realizadas un 11% de las jóvenes y un 8% de los jóvenes han pensado en algún momento en suicidarse.

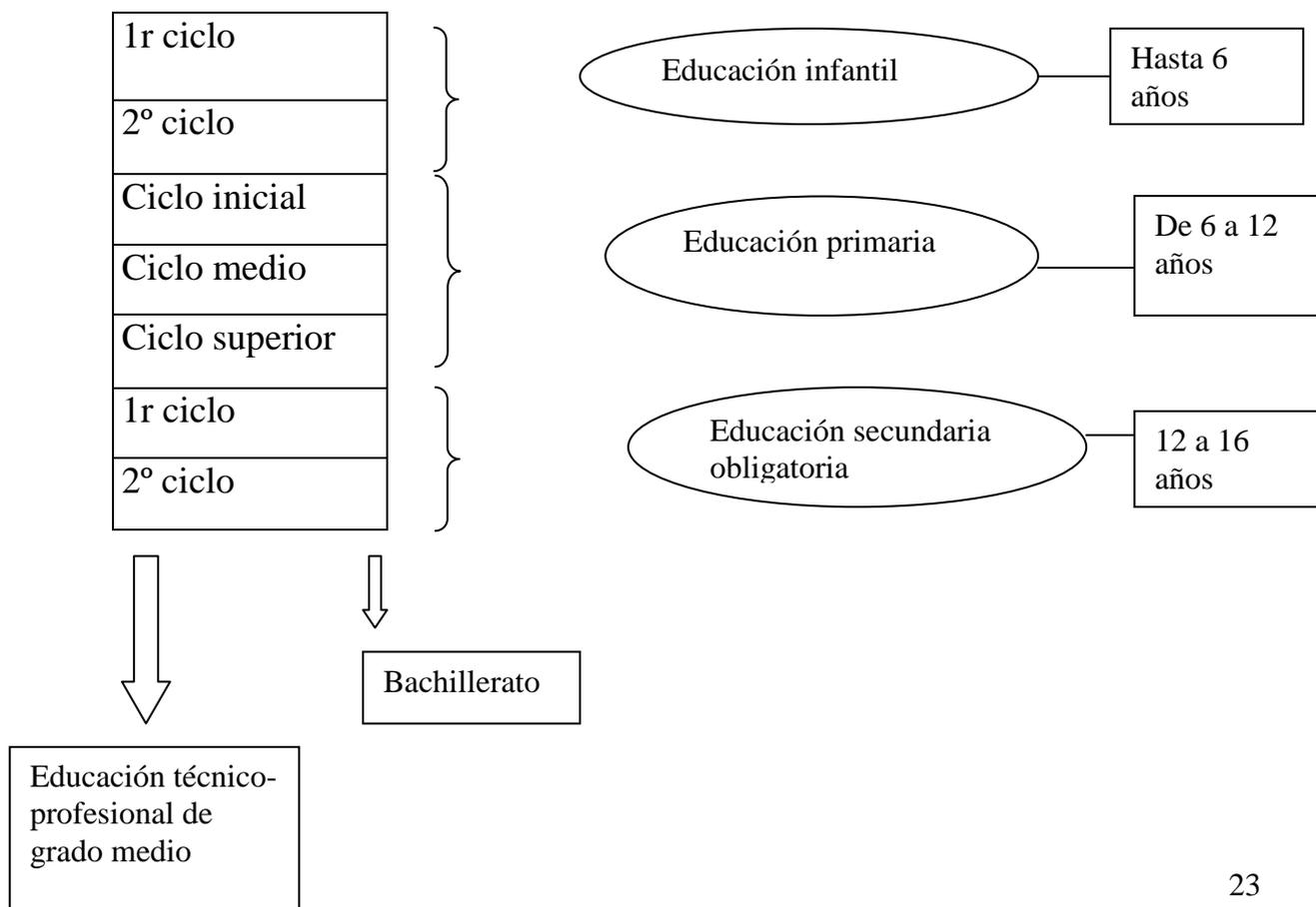
Queda patente que es un problema de suma relevancia por lo que el departamento de salud pública de la Generalitat de Cataluña plantea actividades preventivas y/o de promoción de la salud. El programa de prevención de suicidio, proyecto europeo IMPHA para la implantación de medidas para la promoción de salud mental, programas comunitarios en el ámbito de drogodependencias, son unos de los ejemplos.

Que se tengan ocasionalmente pensamientos suicidas no es para nada anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de solucionar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. La encuesta realizada por la Fundación Jaume Bofia muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas.

EL MEDIO ESCOLAR

La educación es un conjunto de actividades mediante las cuales un grupo asegura que sus miembros adquieran la experiencia históricamente acumulada y culturalmente organizada. Es un proceso de transmisión de contenidos culturales de una generación a otra. Este proceso se da lugar, en nuestra sociedad, en gran parte en las escuelas o centros docentes. La escuela es la institución específica, dentro de las sociedades científicamente y tecnológicamente desarrolladas, en donde se transmite el patrimonio cultural históricamente acumulado de una generación a otra más joven.

Estos centros se rigen con la ley vigente que regula el sistema educativo. Han existido diversas normativas en los últimos años; LODE (1985), LOGSE (1990), LOPAGCD (1995). La educación básica obligatoria incluye en escuelas la educación infantil (hasta los 6 años) y la educación primaria (de 6 a 12 años) y finalmente, ya en institutos, la educación secundaria obligatoria estructurada en dos ciclos y que acoge alumnos hasta los 16 años. Tras cursar estos estudios el alumno puede optar por continuar su formación realizando bachillerato o educación técnico-profesional de grado medio.



Los institutos de educación secundaria (IES) son centros docentes públicos existentes en nuestro entorno y contexto cultural, con un proyecto educativo propio, abiertos a la colectividad y con autonomía de gestión y funcionamiento. En los institutos se imparten la educación secundaria obligatoria, bachillerato, formación profesional de grado medio y formación profesional de grado superior.

La estructura de organización y gestión está formada por los equipos de gobiernos compuestos por el director del centro, jefe de estudios, coordinador pedagógico, secretario y administrador y el equipo de participación compuesto por consejo escolar y el claustro de profesores.

Es competencia del director del centro la dirección y responsabilidad general de la actividad del instituto así como también coordinar la gestión del centro adecuando el proyecto educativo y la programación general del centro. Entre otras competencias destacan el cumplir y hacer cumplir las leyes y las normas, representar al centro y convocar los actos académicos.

Corresponde al jefe de estudios la planificación, seguimiento y evaluación interna de las actividades del centro. Además también debe organizar y coordinar junto con el director dichas actividades. Entre otras también organiza los horarios y la distribución de grupos, clases y espacios docentes. Es el sustituto del director en caso de ausencia.

El consejo escolar del centro es el equipo de participación de la comunidad escolar en el gobierno de los institutos.

El claustro de profesores tiene la responsabilidad de planificar, coordinar, informar y decidir sobre todos los aspectos docentes del centro. Realiza propuestas, participa en el proceso de admisión de alumnos, conoce resolución de conflictos, coordina funciones relativas a la tutoría, etc.

En cada unidad o grupo de alumnos existe un profesor tutor con las siguientes funciones:

- ◆ Tener conocimiento del proceso de aprendizaje y evolución personal de los alumnos.
- ◆ Vigilar la coherencia de todos los docentes que intervienen en subgrupo.
- ◆ Controlar la documentación académica de sus alumnos.
- ◆ Facilitar la información para orientar académicamente a sus alumnos.

- ◆ Mantener una relación fluida con los padres.
- ◆ Maximizar la convivencia del grupo.

Coordinado con el centro existen los equipos de asesoramiento psicopedagógico compuesto por un equipo multidisciplinar que identifican y evalúan las necesidades, participan en la elaboración y seguimiento de tipos de adaptaciones del currículum, asesoran al alumnado, familias y equipos docentes sobre aspectos de orientación personal, educativa y profesional. Además es un equipo que colabora con los medios sociales y sanitarios.

PROGRAMA "SALUD Y ESCUELA"

Es un programa impulsado por los departamentos de salud y educación que tiene como objetivo mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y atención de los problemas de salud relacionados con la salud mental, la salud afectivo-sexual, consumo de drogas, alcohol y tabaco, y los trastornos relacionados con la alimentación.

Este proyecto pretende acercar a los adolescentes a los servicios de salud para reforzar y promover actitudes y hábitos saludables. Esta actividad se realiza en la escuela y con cooperación entre los centros educativos, los servicios de salud y servicios comunitarios presentes en el territorio que en muchos casos ya estaban desarrollando actividades en los centros educativos. En este sentido la finalidad del programa es también coordinar todas las actuaciones en el territorio, integrándolas en un único proyecto.

Las actividades del PsiE se desarrollan a través del Equipo de Atención Primaria de Salud, disponiendo de un profesional de referencia, preferentemente de enfermería, y con una estrecha relación con los centros docentes.

La población diana inicial corresponde a estudiantes de 3º y 4º de ESO de los centros públicos y concertados, es por lo tanto una población adolescente de 14 a 16 años. Se contabiliza que en Cataluña existen aproximadamente 125.000 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. Los objetivos de cobertura del proyecto en el futuro son de cubrir en su totalidad a toda la población de educación secundaria.

El programa se implanta en tres fases. Se inició en el 2004 y está proyectado que durante el curso escolar 2006-07 asuma todo el territorio catalán.

Recursos y profesionales implicados en el programa Salud y Escuela

El PsiE es un programa comunitario que requiere la participación y coordinación de diferentes recursos territoriales existentes de los diferentes sectores implicados:

- ◆ Equipos docentes.
- ◆ Equipos de atención psicopedagógica (EAPs)
- ◆ Equipos de atención primaria de salud.
- ◆ Equipos de salud escolar de los ayuntamientos.
- ◆ Servicios sanitarios de soporte:

- Centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ)
 - Servicio de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR)
 - Centros de atención y seguimiento de drogodependencias (CAS)
- ◆ Servicios territoriales de dirección general de juventud.

Justificación del Proyecto Salud y Escuela

La escasa utilización de los servicios sanitarios por parte de los adolescentes y jóvenes representa un gran problema junto con un seguimiento irregular de los trastornos y un abordaje poco estructurado. Los principales factores que influyen a la población adolescente a realizar una baja frecuentación de los servicios de salud son los siguientes:

- ◆ Enfermedades agudas y poco graves.
- ◆ Baja importancia al riesgo y prevención junto con una escasa sensibilización de salud y enfermedad.
- ◆ Problemas de accesibilidad a los servicios.
- ◆ Dependencia y problemas de relación y comunicación con los padres o tutores.
- ◆ Algunos problemas de salud requieren un entorno de confidencialidad.

Además, presentan factores de riesgo asociados a problemas de salud prioritarios como drogodependencias, salud mental, tabaco, embarazos no deseados, etc. Estos problemas pueden ser de etiología multifactorial y necesitar, por lo tanto, la intervención de diferentes profesionales de distintos ámbitos. Los factores influyentes son los personales, familiares, sociales y culturales.

Existen condicionantes externos como el culto al cuerpo, individualismo, publicidad entre otros que influyen en esta población especialmente vulnerable.

En este momento en Cataluña se está realizando diferentes experiencias en el ámbito de promoción de la salud y prevención en los centros educativos por parte de equipos de atención primaria de salud, servicios municipales y salud pública, etc.

Por lo tanto este programa de salud y escuela pretende potenciar la coordinación de los centros docentes, los servicios educativos y los servicios sanitarios en actividades de promoción y prevención de la salud y atención a los alumnos en su medio. Adapta así los servicios sanitarios para mejorar y facilitar la accesibilidad de los adolescentes a los programas de salud garantizando la confidencialidad y proximidad. Tres objetivos base de suma importancia son la promoción de aptitudes y hábitos saludables (factores protectores), reducir los factores que pueden influir negativamente en la salud (factores de riesgo) y detección precoz de los problemas de salud.

El PSiE establece como problemas de salud prioritarios el consumo de drogas y tabaco, la salud mental, salud alimentaria y la salud afectivo-sexual.

Las actuaciones programadas para la salud mental y consumo de drogas y alcohol son las siguientes:

- ◆ Trabajar las relaciones con los amigos, educadores y las familias.
- ◆ Trabajar el auto-concepto, autoestima y auto-imagen corporal.
- ◆ Trabajar la intolerancia a la frustración.
- ◆ Promover el ejercicio físico.
- ◆ Promover la adquisición de un sentido crítico frente a los estímulos pro-consumo.
- ◆ Aumentar la percepción del riesgo de las drogas.

Dinámica de Trabajo en el Programa Salud y Escuela

Se establece la consulta individualizada y el trabajo en grupos. El personal docente, los equipos de atención psicopedagógica y equipo de atención primaria realiza un trabajo individual sobre el adolescente con el objetivo de detectar y realizar un seguimiento de conductas de riesgo. Esto se realiza durante la consulta espontánea o abierta, en el espacio habilitado dentro del centro docente, donde el adolescente puede expresar sus dudas o problemas en un entorno confidencial y de confianza. La consulta no está programada para que el adolescente acuda a la consulta en el momento que le asalta la duda, si se programase un alto porcentaje faltaría a la cita.

El objetivo del trabajo colectivo es organizar actividades educativas en el ámbito de la promoción y prevención de la salud. Para conseguir esto se organizan talleres de

promoción de la salud de acuerdo con las necesidades detectadas. Estos talleres son unos recursos didácticos al servicio de los adolescentes para tratar diferentes temas priorizados en la escuela. La demanda puede ser de los mismos adolescentes o de los profesores.

MARCO PRÁCTICO

EXPLORACIÓN RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Barcelona, 25 de Septiembre de 2007

Como ya hemos explicado con anterioridad partimos de la hipótesis que el equipo docente de los institutos tiene las habilidades, actitudes y recursos necesarios para detectar precozmente los síntomas depresivos en los adolescentes y derivar a los CAP ó servicios especializados como CSM. Por este motivo hemos confeccionado una encuesta validada por profesionales de este ámbito con el objetivo de analizar las competencias del profesorado en la detección precoz de sintomatología depresiva en el adolescente (12 a 18 años) y observar las posibles deficiencias con el fin de sentar las bases de una línea de formación del profesorado.

Es una encuesta con preguntas abiertas y cerradas que se han distribuido a los profesores de diferentes centros de educación secundaria de la provincia de Barcelona (Sant Boi, Barcelona y Anoia).

Nuestra estrategia para el **análisis de las competencias del profesorado en la detección de síntomas depresivos en sus alumnos** ha sido a través del cuestionario (anexo VI) de elaboración propia que hemos confeccionado con la validación de diferentes expertos sobre el tema.

El cuestionario ha sido dirigido, pues, a los profesores de diferentes Institutos que tenían a su cargo alumnos de segundo de bachillerato con una edad comprendida entre los 12 y 18 años.

El ámbito geográfico en el que se ha aplicado ha sido Barcelona y el entorno de su área metropolitana.

Hasta el momento se han recogido un total de 70 cuestionarios.

Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atiende a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

No debemos olvidar, de cara al informe definitivo, que esta información debe complementarse (triangularse) con la obtenida por el Grupo de Discusión de Expertos, agentes sociales, sanidad e instituciones de formación.

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

VARIABLES PERSONALES

La **edad** media del grupo de análisis es de 43.51 años, con un valor mínimo de 27 y un máximo de 63, y una desviación de 9.49 años.

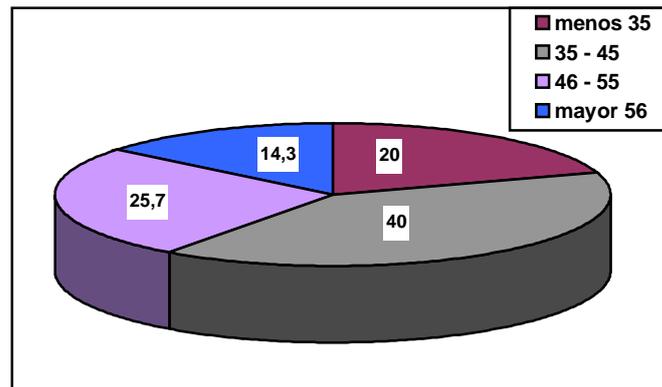


Gráfico 1.- Distribución de la Edad

El **género** se distribuye de manera desigual entre masculino y femenino: 20% de hombres frente a 80% de mujeres.

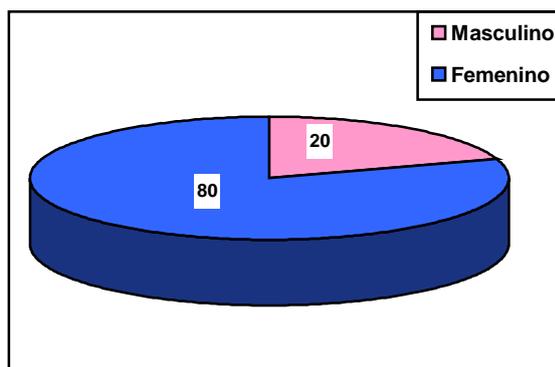


Gráfico 2.- Distribución del Género

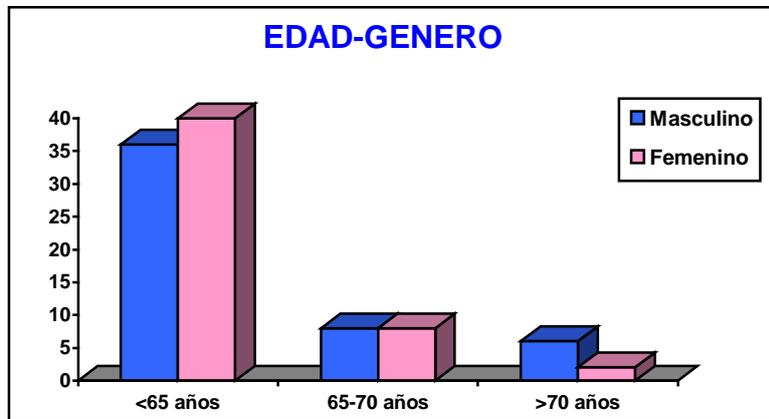


Gráfico 3.- Distribución del género-edad

2.2 VARIABLES PROFESIONALES

La distribución de **Años de profesión** es homogénea por categorías de edad, ya que tenemos un 35% de menos de 11 años de profesión, un 36 % de 11 a 22 años, y un 29% de 23 a 37 años de profesión.

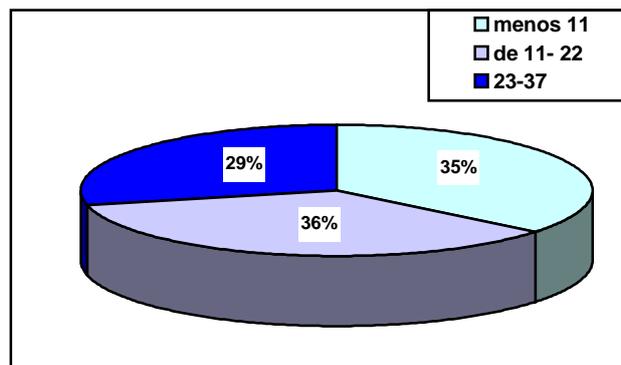


Gráfico 4.- Distribución de años de profesión

El **Tipo de contrato** más predominante con un 73 % son los contratos de tipo fijo, con un 20% los contratos de tipo interino y con un 7% el contrato de tipo suplente.

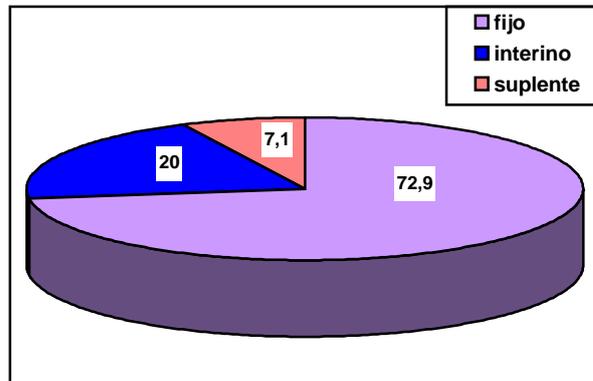


Gráfico 5- Distribución de tipo de contrato

El promedio de **Número de alumnos** por aula nos da dos grupos homogéneos que son los grupos de 15-25 alumnos y de 26 a 35; y un grupo más pequeño con un 14 % que son los grupos de menos de 15 alumnos por aula

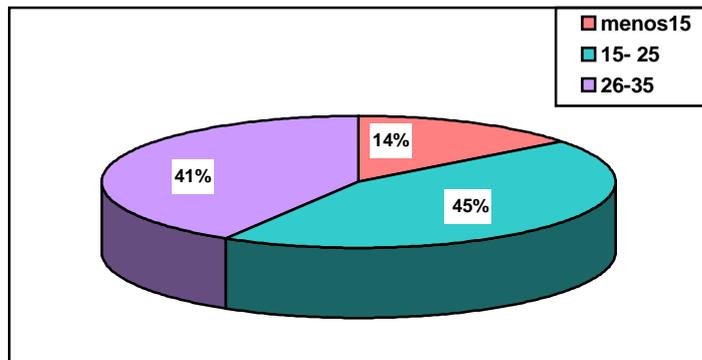


Gráfico 5- Número de alumnos por aula

Al analizar los resultados sobre la distribución de Grupos de alumnos que atiende el profesorado se observa que hay un 53% que atiende menos de 4 grupos, un 40% atiende entre 4 y 7 grupos, y un 7% atiende entre 8 y 10.

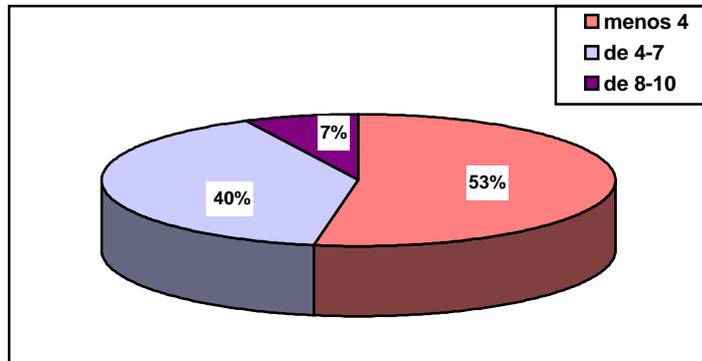


Gráfico 7- Grupo de alumno que atiende el profesorado

El profesorado cree con un 91% que **Podría detectar alteraciones conductuales** en el alumno, en cambio un 9% cree no poder detectarlas.

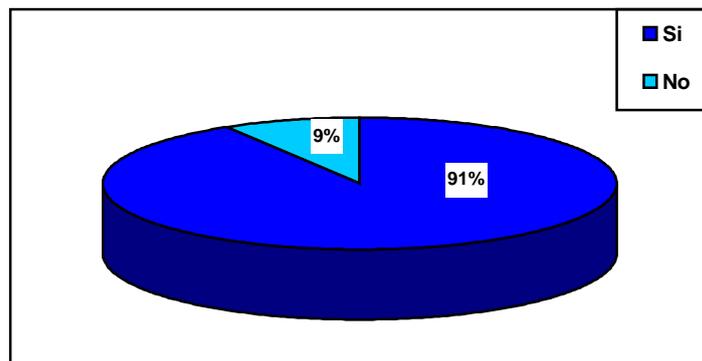


Gráfico 8- Detección de alteraciones conductuales por el profesorado

En ésta pregunta observamos que un 91% sí **Cree saber lo que es una depresión**, frente al 9% que cree no saberlo.

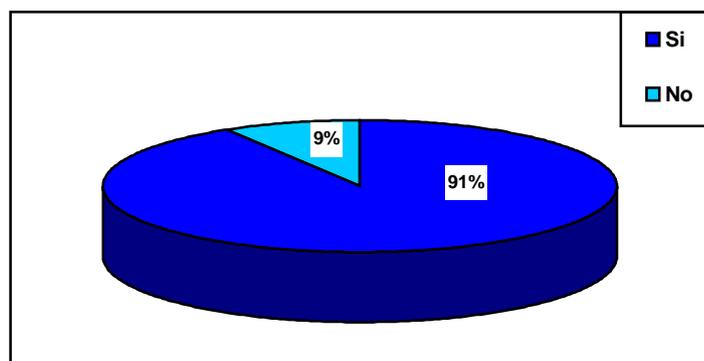


Gráfico 9- ¿Cree saber que es una depresión?

Se realizarán varios gráficos a la pregunta 10, ya que hay diferentes opciones entre las que los profesores pueden elegir. La pregunta que se les hacía era: ¿Que conducta o comportamiento le harían sospechar que algunos de sus alumnos tiene problemas depresivos?

1) Tristeza

Las respuestas afirmativas a esta opción son mayoritarias ya que un 94,3 % de los profesores han contestado que **Si**, frente un 5,7 % que han contestado que **No**.

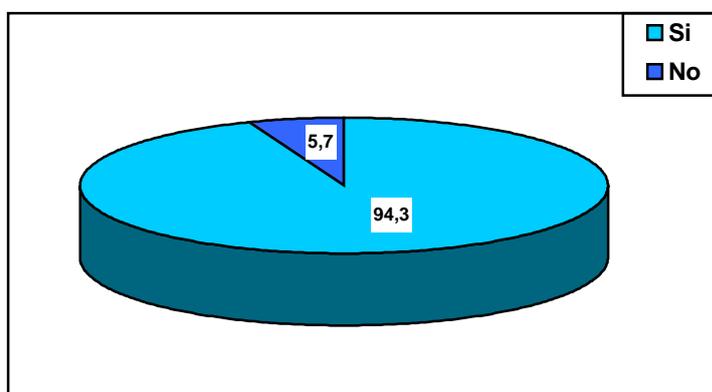


Gráfico: Tristeza

Diferenciando las contestaciones según el ámbito en el que trabaja el profesor, podemos observar como un 94,2 % de los profesores han contestado que **Si**, frente un 5,8 % que han contestado que **No**. En el ámbito privado un 94,4 % han contestado que **Si**, y un 5,6 % han contestado que **No**.

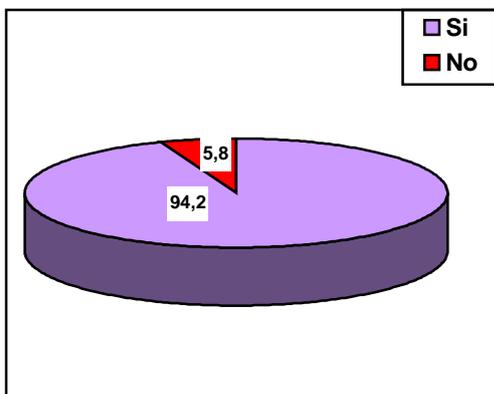


Gráfico – Ámbito público

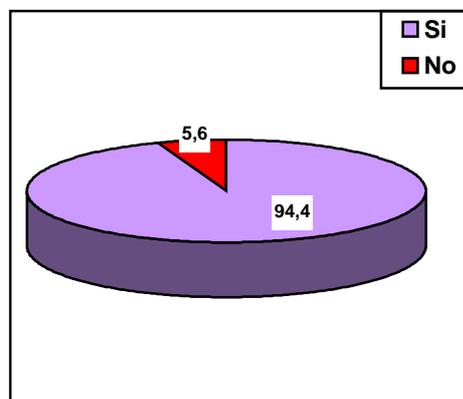


Gráfico – Ámbito privado

2) Lloros espontáneos

La respuesta a esta opción ha sido bastante mayoritaria, ya que un 80% han contestado que **Si**, frente un 20 % que han contestado **No** a esta opción.

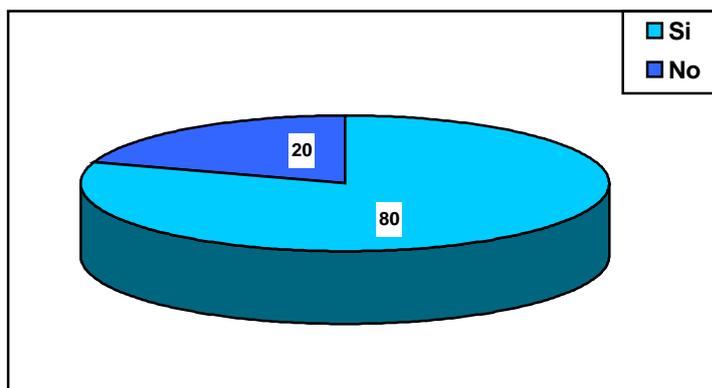


Gráfico: Lloros espontáneos

Según el ámbito donde trabajan los profesores podemos observar como un 78,8 % de los profesores de ámbito público han contestado **Si**, un 21,2 % en cambio han contestado que **No**. Los profesores de institutos privados han contestado afirmativamente, es decir que **Si** un 83,3 %, en cambio han contestado negativamente, es decir que **No** un 16,7 %.

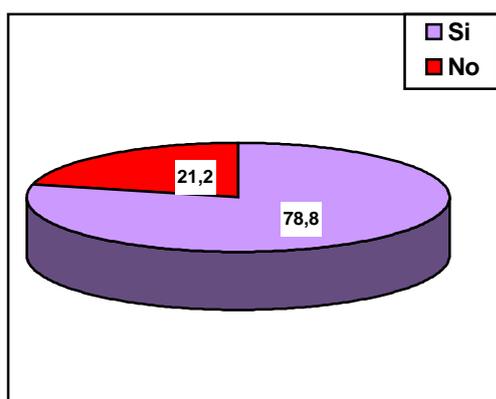


Gráfico – Ámbito público

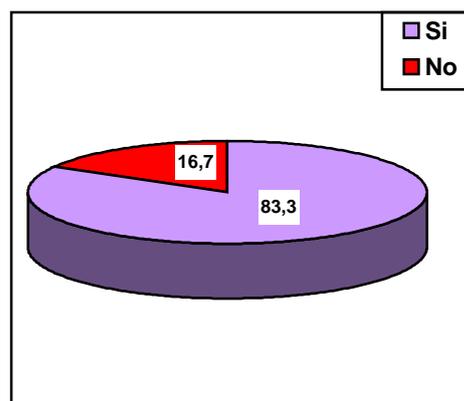


Gráfico – Ámbito privado

3) Dejar de comer

Un 62,9 % de los profesores han contestado que **Si** a esta opción, un 37,1 % en cambio han contestado que **No**.

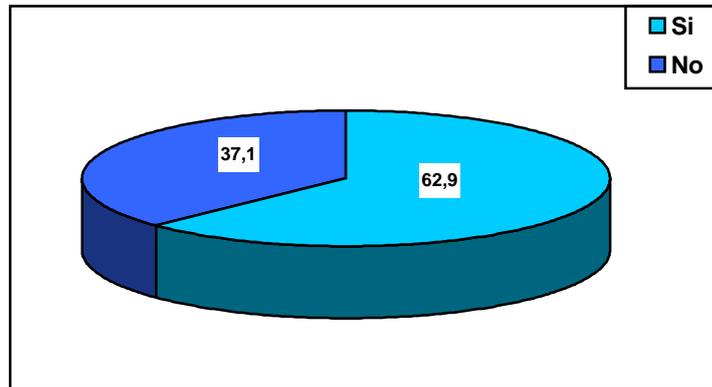


Gráfico : Dejar de comer

Diferenciando las respuestas según el ámbito en el que trabajan los profesores, podemos observar como un 61,5 % de los profesores de ámbito público han contestado que **Si** a esta opción, un 38,5 % en cambio han contestado que **No**. En el ámbito privado, han contestado que **Si** un 66,7 %, frente un 33,3 % que han contestado que **No**.

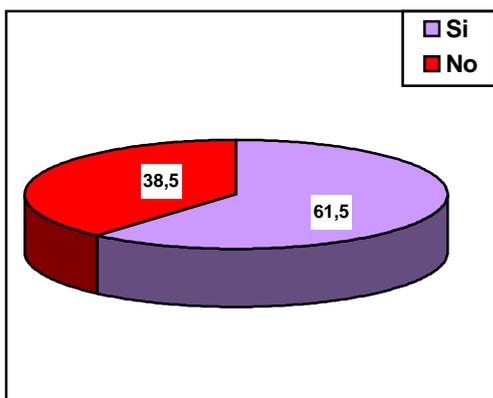


Gráfico – Ámbito público

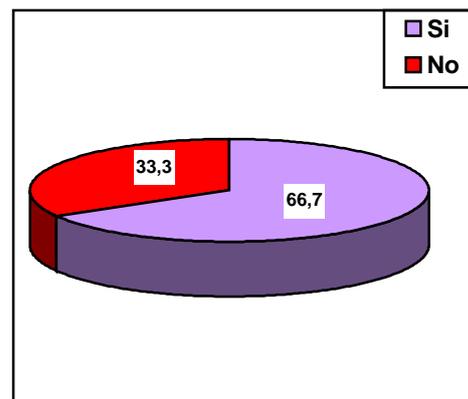


Gráfico – Ámbito privado

4) Escuchar voces

A esta opción los profesores se han puesto de acuerdo, ya que solo un 10 % han contestado que **Si**, frente un 90 % que han contestado que **No**.

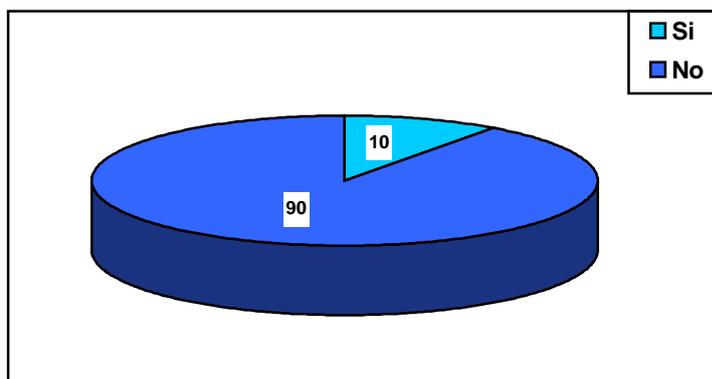


Gráfico : Escuchar voces

Un 9,6 % de profesores de institutos públicos han contestado que **Si** a esta opción, un 90,4 % en cambio han contestado que **No**. Los profesores de ámbito privado han contestado que **Si** un 11,1 % frente un 88,9 % que han contestado que **No**.

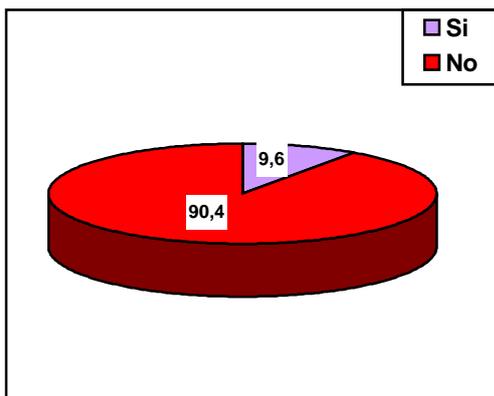


Gráfico – Ámbito público

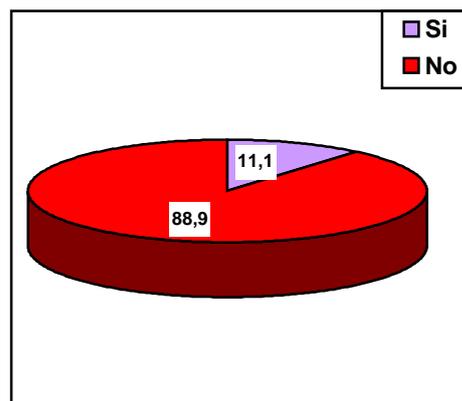


Gráfico – Ámbito privado

5) Guardar basura

La respuesta a esta opción ha sido mayoritariamente negativa, ya que solo un 14,3 % de los profesores han contestado que **Si**, frente un 85,7 % que han contestado que **No**.

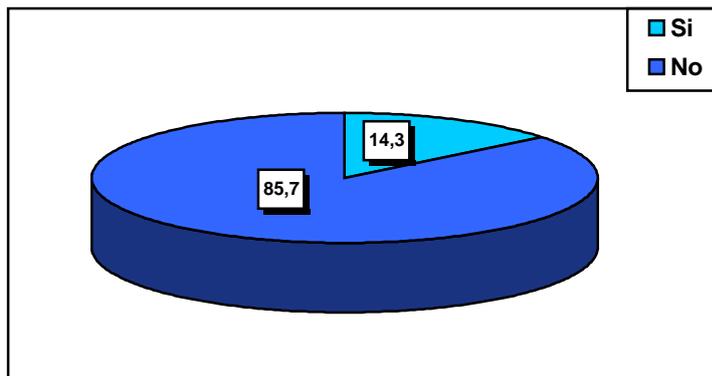


Gráfico: Guardar basura

Un 11,5 % de profesores de institutos públicos han contestado **Si** a esta opción, un 88,5 % han contestado **No**. Los profesores de ámbito privado han contestado que **Si** un 22,2 % un 77,8 % han contestado **No** a esta opción.

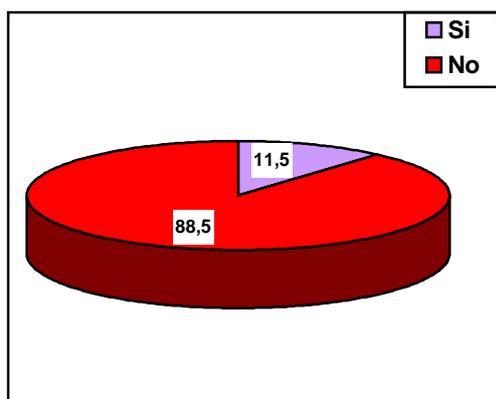


Gráfico – Ámbito público

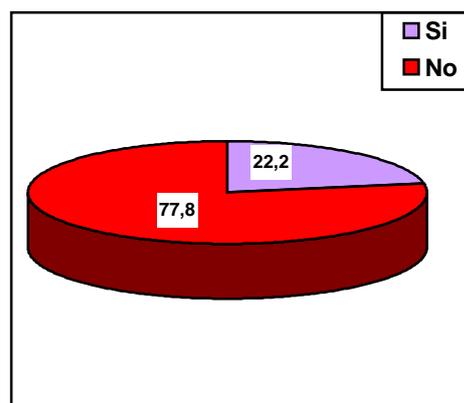


Gráfico – Ámbito privado

6) Conductas agresivas

A esta opción han contestado que **Si** un 31,4 % de los profesores, un 68,6 % han contestado que **No**.

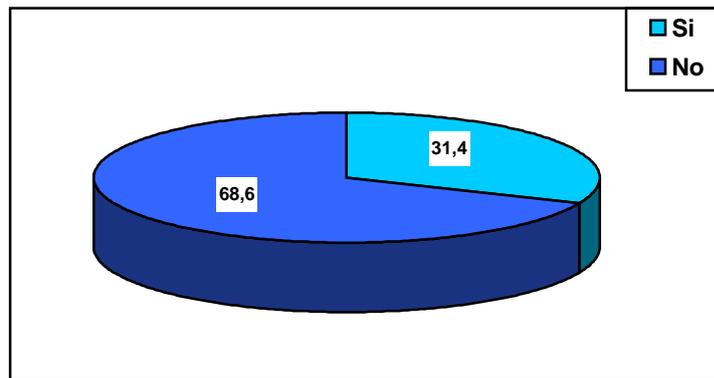


Gráfico: Conductas agresivas

Un 32,7 % de profesores de ámbito público han contestado que **Si**, un 67,3 % en cambio han contestado que **No**. Los profesores de ámbito privado han contestado el siguiente resultado, **Si** un 27,8 %, **No** un 72,2 %.

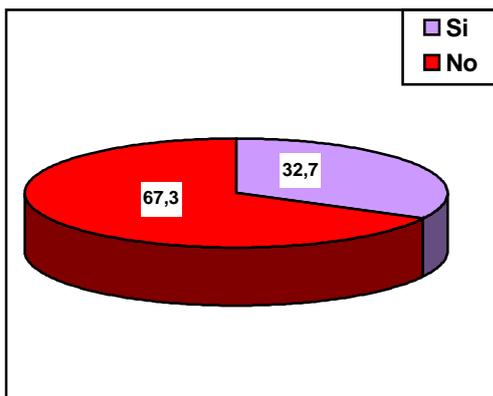


Gráfico – Ámbito público

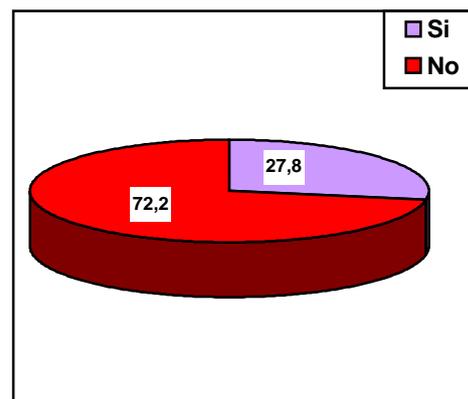


Gráfico – Ámbito privado

7) Aislamiento social

Un 85,7 % de los profesores en general **Si** creen que el **Aislamiento social** es una conducta o comportamiento que pueda sospechar que un alumno tenga depresión. Un 14,3 % de los profesores en cambio **No** lo creen de esa forma.

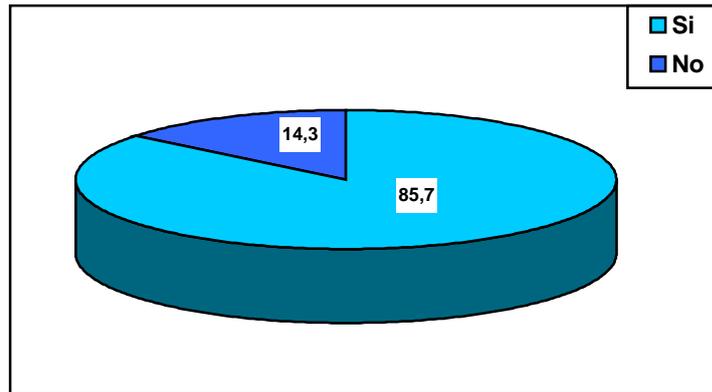


Gráfico: Aislamiento social

Un 84,6 % de los profesores de institutos públicos han contestado que **Si** a esta opción, un 15,4 % en cambio han contestado que **No**. En el ámbito privado un 88,9 % de profesores han contestado **Si**, un 11,1 % han contestado que **No**.

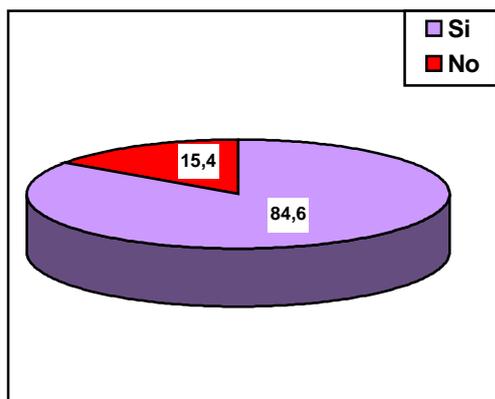


Gráfico – Ámbito público

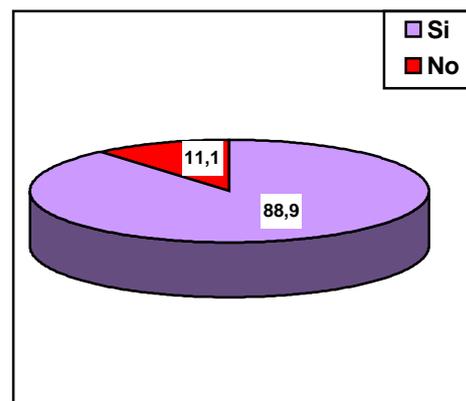


Gráfico – Ámbito privado

8) Aislamiento del entorno

La respuesta a esta opción ha sido mayoritariamente afirmativa, ya que un 80 % de los profesores han contestado que **Si**, frente un 20 % que han contestado que **No**.

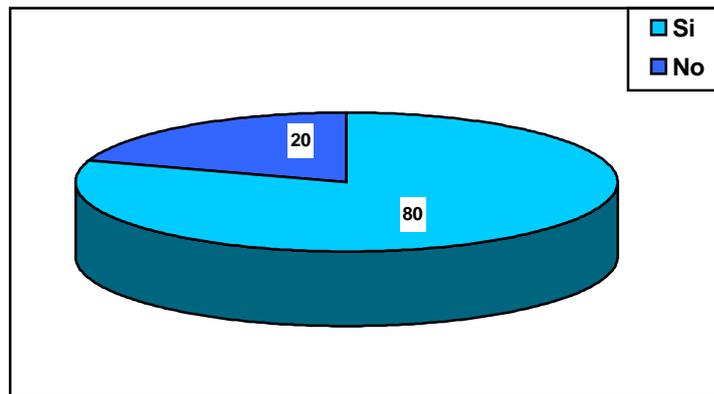


Gráfico: Aislamiento del entorno

Un 80,8 % de los profesores públicos **Si** cree que este comportamiento sea sospechoso, frente un 19,2 % que **No** lo cree de esa forma. En el ámbito privado un 77,8 % han contestado que **Si**, frente un 22,2 % que han contestado que **No**.

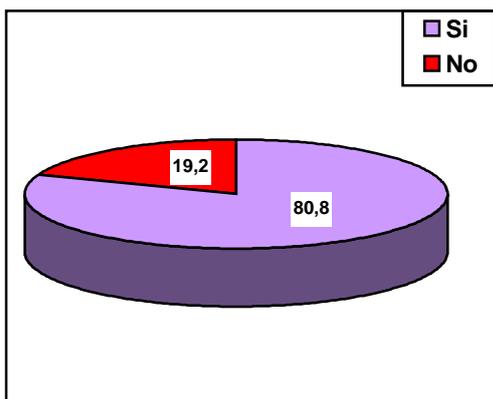


Gráfico – Ámbito público

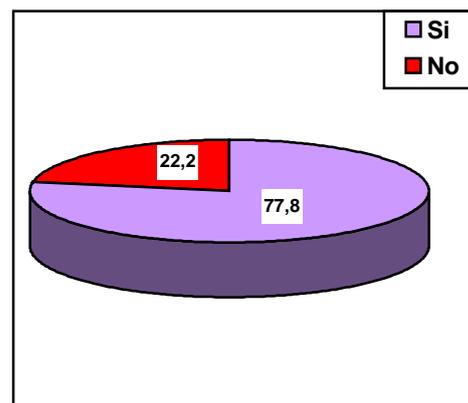


Gráfico – Ámbito privado

9) Euforia

Un 15,7 % de los profesores han contestado **Si** a esta opción, un 84,3 % en cambio han contestado que **No**.

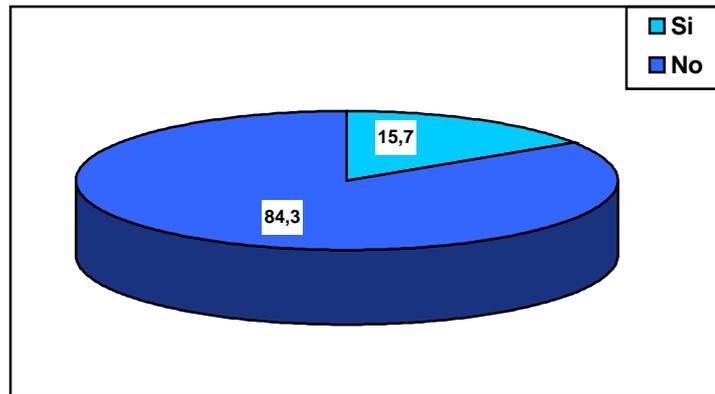


Gráfico: Euforia

Un 11,5 de los profesores de institutos públicos han contestado que **Si** a esta opción, un 88,5 % en cambio han contestado que **No**. Por otra parte un 27,8 % de los profesores de ámbito privado han contestado que **Si**, frente un 72,2 % que han contestado que **No**.

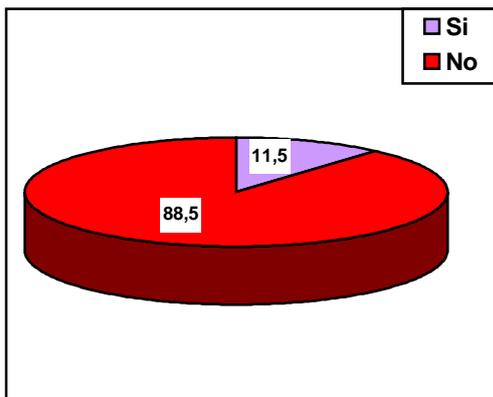


Gráfico - Ámbito público

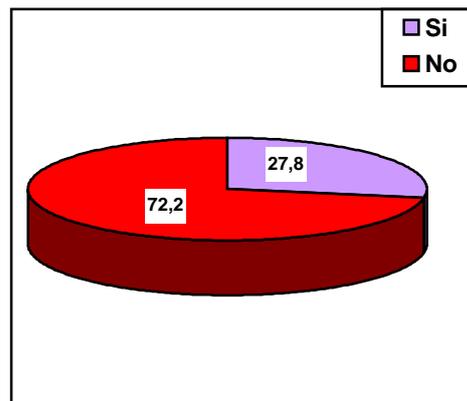


Gráfico - Ámbito privado

10) Gritar

Un 15,7 % del total de los profesores encuestados han contestado **Si** a la opción de Gritar, frente un 84,3 % que han contestado que **No**.

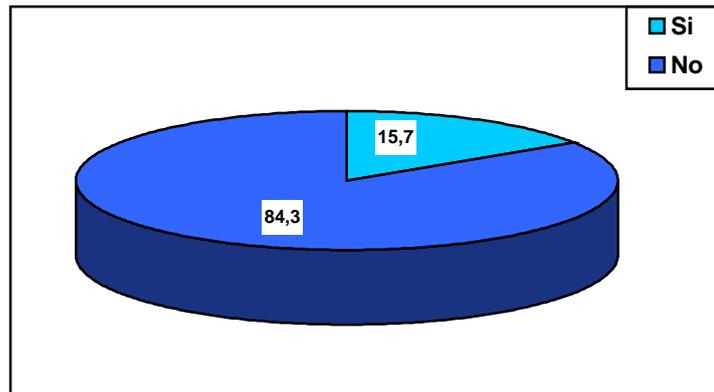


Gráfico: Gritar

Un 13,5 % de los profesores de ámbito público han contestado que **Si**, un 86,5 % en cambio han contestado que **No**. Un 22,2 % de los profesores de ámbito privado han contestado que **Si**, un 77,8 % de los profesores han contestado que **No**.

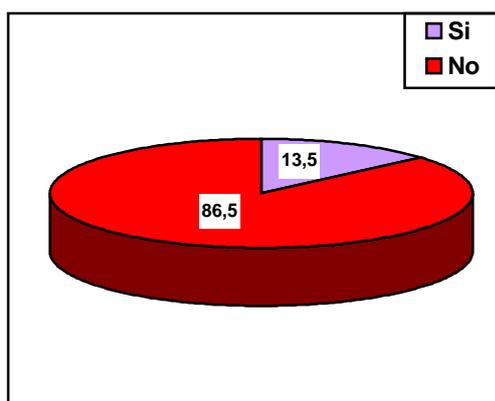


Gráfico - Ámbito público

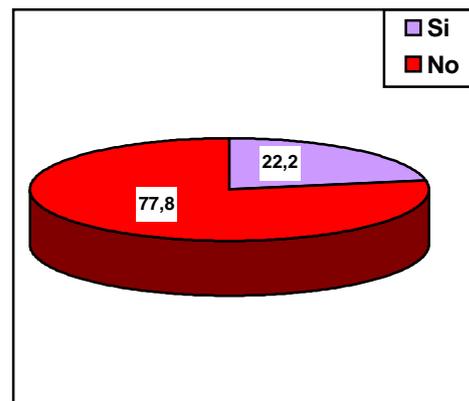


Gráfico - Ámbito privado

11) Bajar el rendimiento escolar

Un 81,4 % de los profesores **Si** creen que **Bajar el rendimiento escolar** es una conducta sospechosa o relacionada con la depresión, un 18,6 % en cambio **No** lo creen.

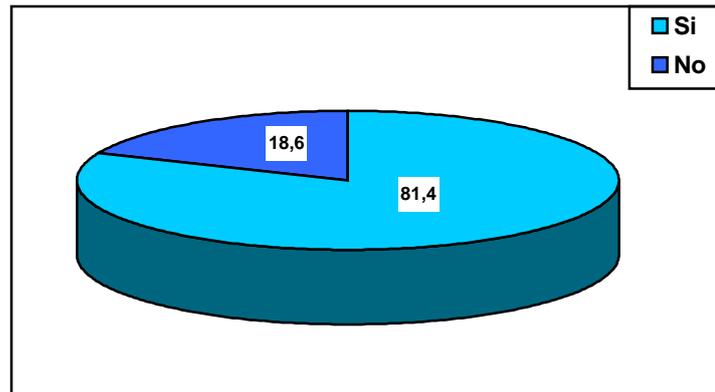


Gráfico: Bajar el rendimiento escolar

Las respuestas según el ámbito en el que trabajan los profesores han sido parecidas, ya que un 80,8 % de los profesores públicos han contestado que **Si**, un 19,2 % han contestado que **No**. Los profesores de ámbito privado han contestado lo siguiente, un 83,3 % **Si** y un 16,7 % **No**.

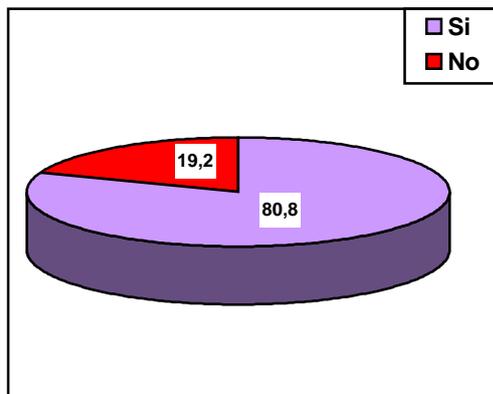


Gráfico – Ámbito público

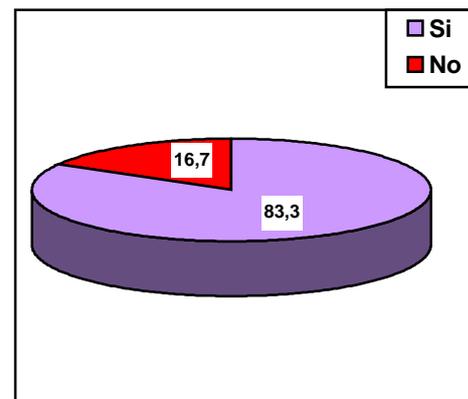


Gráfico – Ámbito privado

12) Pérdida de peso

Los resultados totales a la pregunta de: La **Pérdida de peso** es una conducta o comportamiento sospechoso de depresión ha sido bastante ajustado, ya que han contestado que **Si** un 57,1 % de los profesores, frente un 42,9 % que han contestado que **No**.

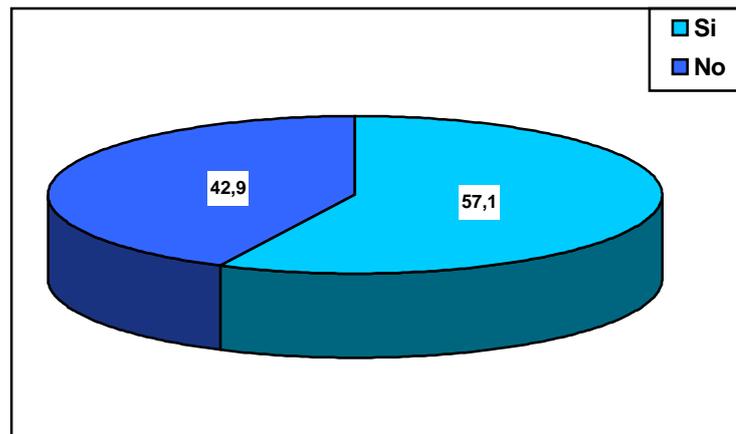


Gráfico: Pérdida de peso

En cambio si diferenciamos las contestaciones según el ámbito en el que trabajan los profesores, es decir institutos públicos o privados, podemos observar como las respuestas han sido muy diferentes, ya que un 63,5 % de los profesores de ámbito público han contestado **Si**, un 36,5 % han contestado **No**. Los profesores privados han contestado lo contrario, ya que un 38,9 % han contestado **Si**, un 61,1 % han contestado que **No**.

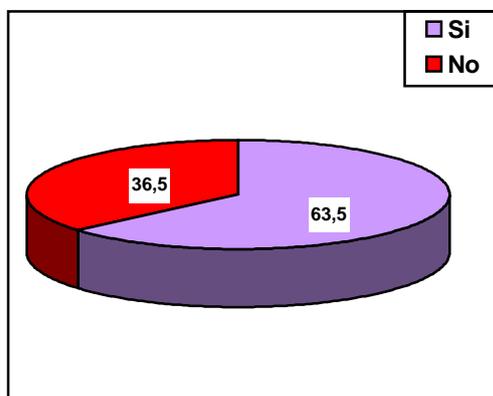


Gráfico – Ámbito público

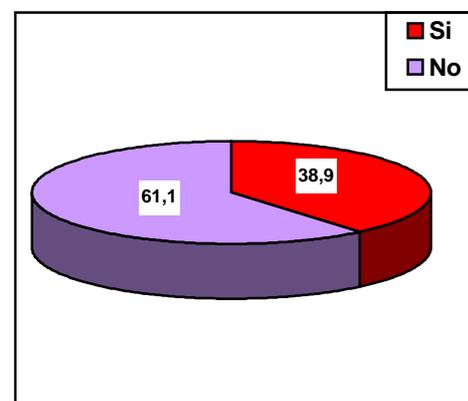


Gráfico – Ámbito privado

13) Creer que la TV habla de él/ella

Creer que la TV habla de él/ ella, a esta pregunta un 14,3 % de los profesores han contestado que **Si**, un 85,7 % en cambio han contestado que **No**.

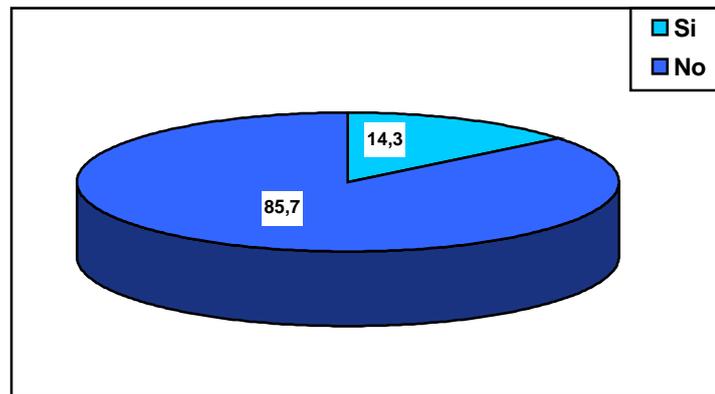


Gráfico: Creer que la TV habla de él/ ella

La respuestas de los profesores públicos y privados a esta pregunta ha sido mas diferenciada, ya que un 11,5 % de los profesores públicos han contestado **Si**, en cambio un 88,5 % han contestado que **No**. Los profesores de ámbito privado han contestado que Si un 22,2 %, frente un 77,8 % que han contestado que **No**.

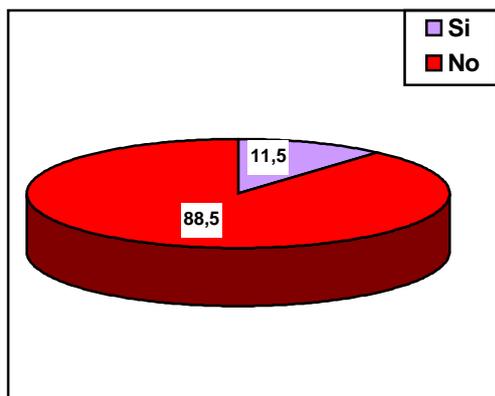


Gráfico – Ámbito público

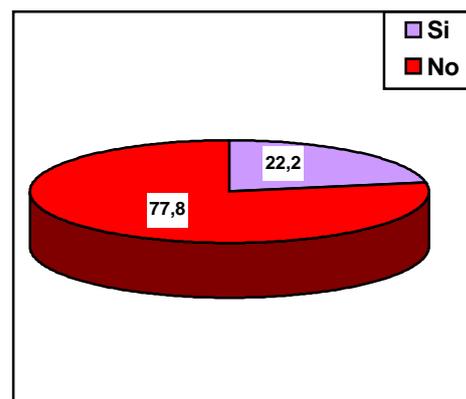


Gráfico – Ámbito privado

14) Tomar tóxicos

Un 24,3 % de los profesores han contestado que **Si**, es decir que **Tomar tóxicos** para ellos es un comportamiento sospechoso, un 75,7 % de los profesores en cambio han contestado que **No**.

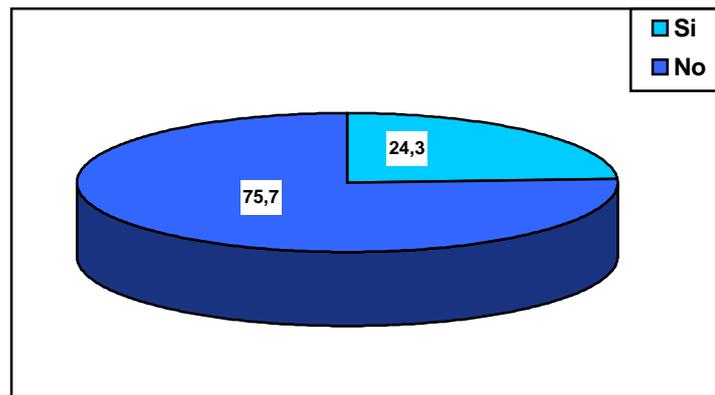


Gráfico: Tomar tóxicos

Un 25 % de los profesores públicos **Si** creen que **Tomar tóxicos** es un comportamiento sospechoso, un 75 % **No** lo cree. Los profesores de ámbito privado piensan mas o menos igual que los profesores públicos, ya que un 22,2 % han contestado que **Si**, frente un 77,8 % que han contestado que **No**.

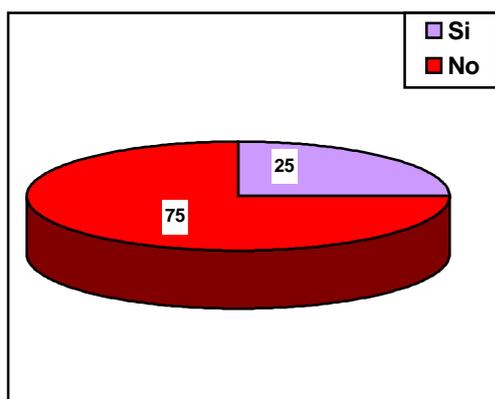


Gráfico – Ámbito público

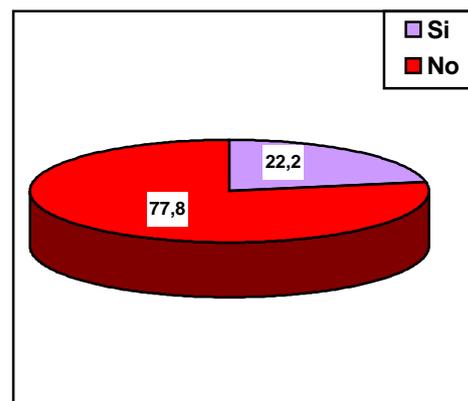


Gráfico – Ámbito privado

15) Ausentismo escolar

Un 68,6 % de los profesores han contestado que **Si**, es decir que creen que el **Ausentismo escolar** es un comportamiento que le haría sospechar que un alumno tiene problemas depresivos, un 31,4 % en cambio **No** lo creen.

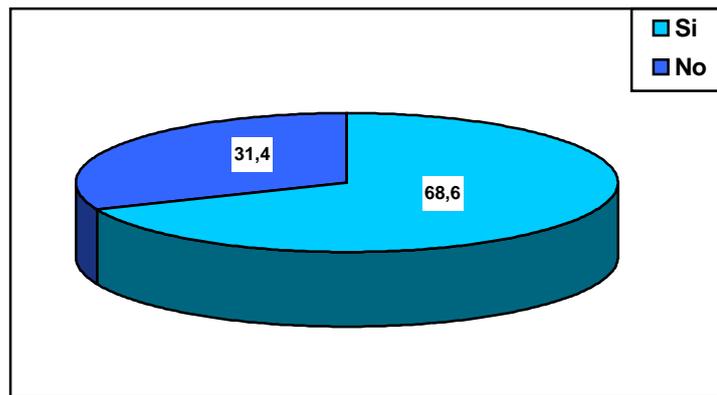


Gráfico: Ausentismo escolar

Si diferenciamos los resultados por institutos públicos o privados, podremos observar que el 69,2 % de los profesores públicos han contestado **Si** a la pregunta, frente a un 30,8 % que han contestado que **No**. En los institutos privados un 66,7 % han contestado que **Si**, un 33,3 % de los profesores han contestado que **No**.

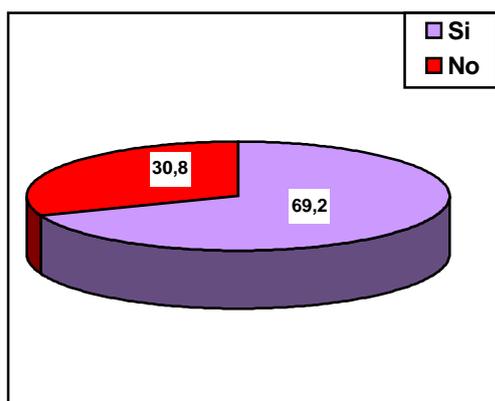


Gráfico – Ámbito público

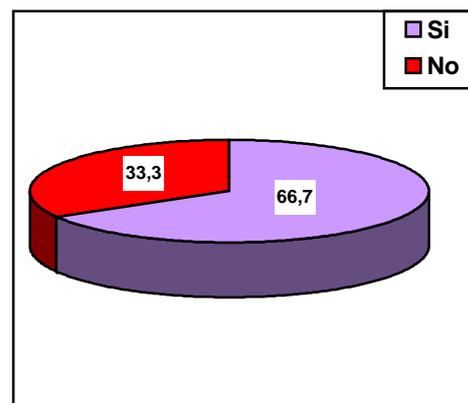


Gráfico – Ámbito privado

16) Dormirse en clase

Un 32,9 % de los profesores **Si** creen que **Dormirse en clase** es un comportamiento sospechoso, un 67,1 % del total de profesores encuestados **No** lo cree.

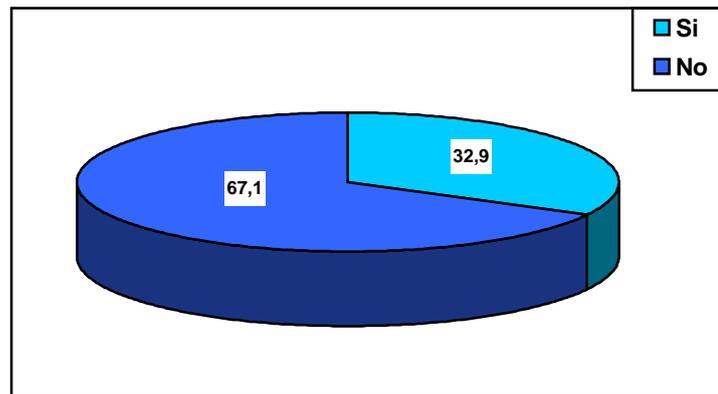


Gráfico: Dormirse en clase

Un 34,6 % de los profesores públicos **Si** cree que **Dormirse en clase** es un comportamiento sospechoso, frente un 65,4 % que **No** lo cree. En el ámbito privado un 27,8 % han contestado que **Si**, en cambio un 72,2 % de los profesores han contestado que **No** es un comportamiento que sea sospechoso de depresión.

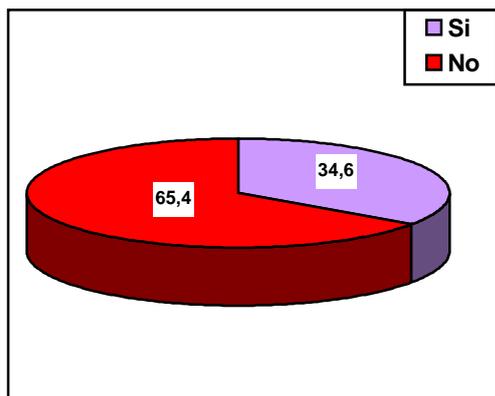


Gráfico – Ámbito público

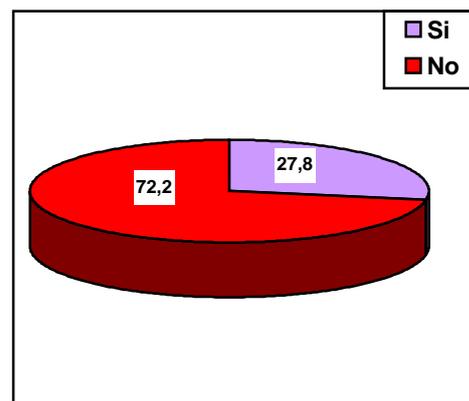


Gráfico – Ámbito privado

17) Creer ser Dios

Un 11,4 % del total de profesores encuestados han contestado que **Creer ser Dios, Si** es una conducta a tener en cuenta frente un 88,6 % que creen que **No** es una conducta que haría sospechar que algún alumno tiene problemas depresivos.

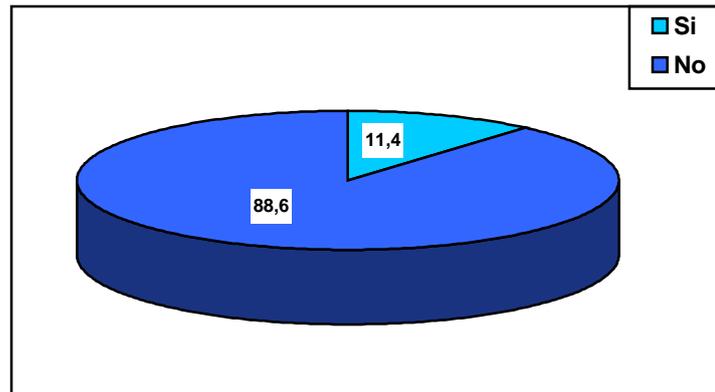


Gráfico: Creer ser Dios

Según el ámbito en el que trabajan, un 11,5 % de los profesores públicos creen que **Si** es una conducta a tener en cuenta, un 88,5 % **No** lo creen. En el ámbito privado un 11,1 % **Si** creen que se ha de tener en cuenta esta conducta, frente un 88,9 % que **No** lo creen.

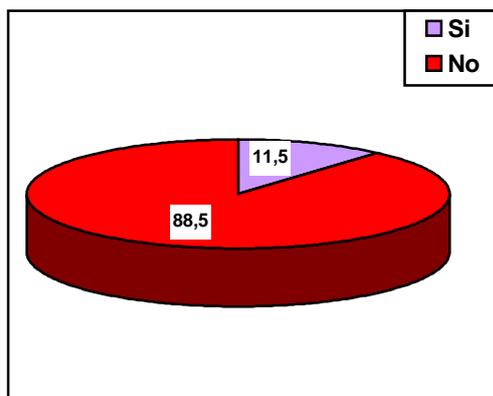


Gráfico - Ámbito público

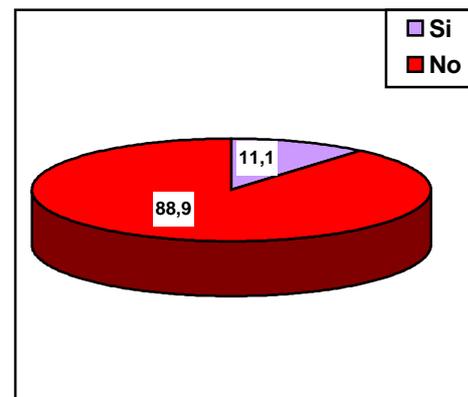


Gráfico - Ámbito privado

18) Abandono de la higiene personal

Según el 71,4 % de los profesores encuestados el **Abandono de la higiene personal**, **Si** es un comportamiento a tener en cuenta, mientras un 28,6 % **No** lo cree.

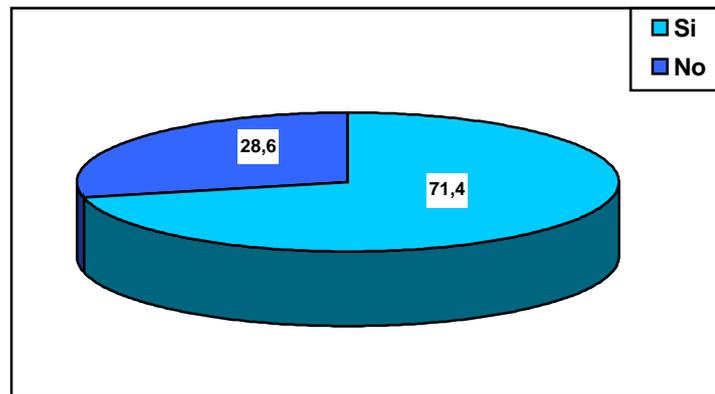


Gráfico: Abandono de la higiene personal

Según el ámbito en el que trabajan un 75 % de los profesores públicos han contestado que **Si** es un comportamiento a tener en cuenta, frente un 25 % que han contestado que **No**. En los institutos privados un 61,1 % han contestado que **Si**, frente un 38,9 % que han contestado **No**.

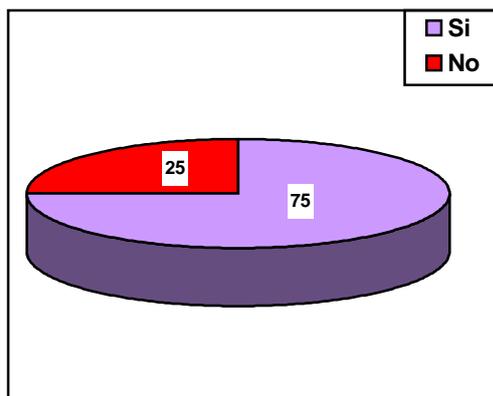


Gráfico – Ámbito público

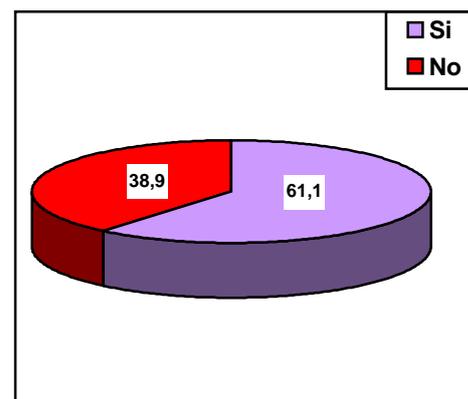


Gráfico – Ámbito privado

19) Desinhibición sexual

La **Desinhibición sexual Si** es una posible conducta que pueda tener un alumno con problemas depresivos, eso es lo que han contestado el 18,6 % de profesores, un 81,4 % han contestado que **No** es un comportamiento sospechoso.

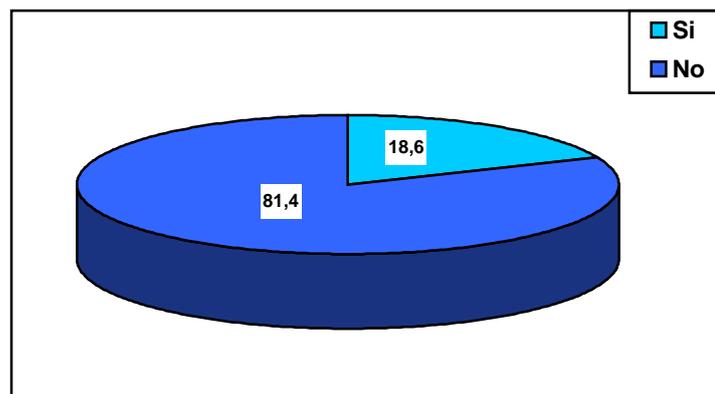


Gráfico: Desinhibición sexual

Un 13,5 % de profesores de institutos públicos **Si** creen que sea una actitud sospechosa de depresión frente a un 86,5 % que **No** lo cree. En los institutos privados un 33,3 % **Si** cree que la desinhibición sexual es una actitud sospechosa de depresión frente un 66,7 % que **No** lo cree.

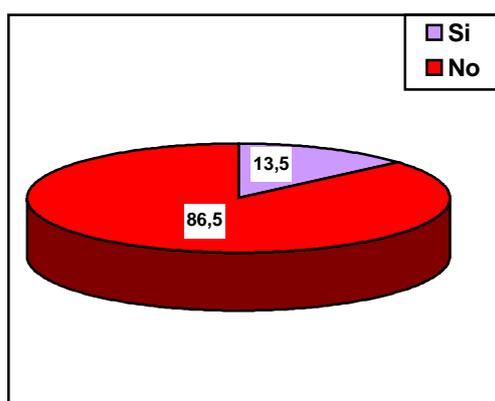


Gráfico – Ámbito público

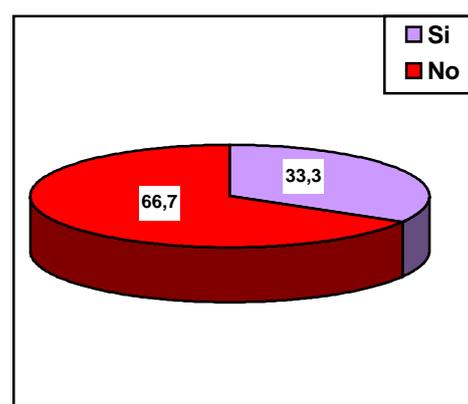


Gráfico – Ámbito privado

20) Hablar mucho

Han contestado que **Hablar mucho**, **Si** es una conducta sospechosa de depresión si un alumno la tiene el 7,2 % de profesores, mientras que un 92,8 % han contestado que **No** tiene relación con posibles problemas depresivos.

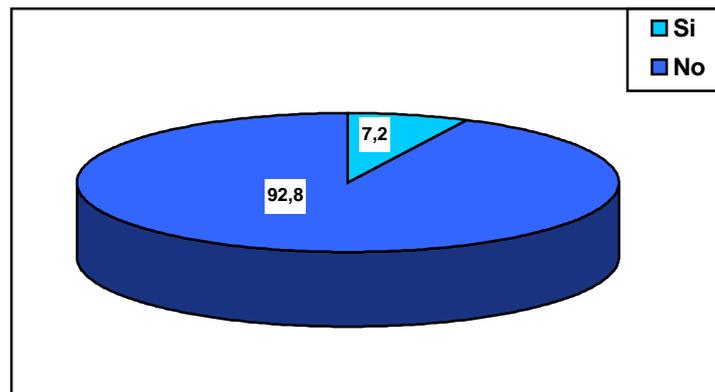


Gráfico: Hablar mucho

El 5,9 % de profesores de institutos públicos **Si** cree que hablar mucho está relacionado con un posible problema de depresión, mientras que un 94,1 % **No** lo cree. En los institutos privados un 11,1 % de profesores han contestado que **Si** frente a un 88,9 % que han contestado que **No**.

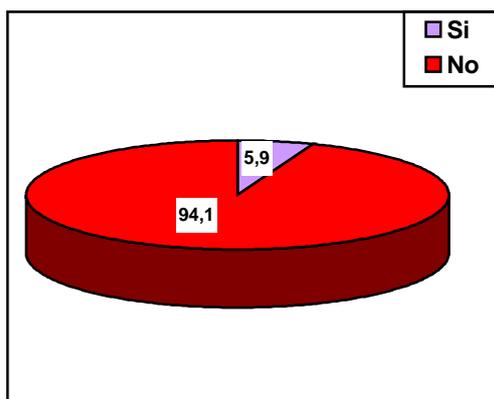


Gráfico – Ámbito público

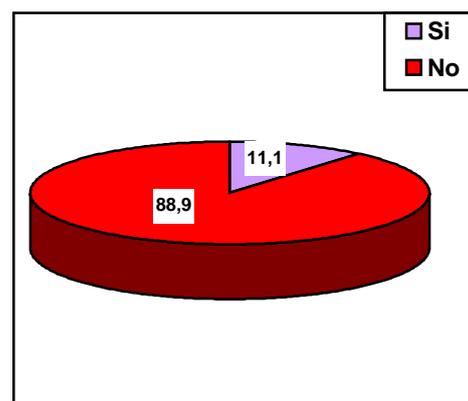


Gráfico – Ámbito privado

21) Subir el rendimiento escolar

El 100 % de los profesores **No** cree que subir el **rendimiento escolar** sea una conducta para sospechar que un alumno tenga problemas depresivos.

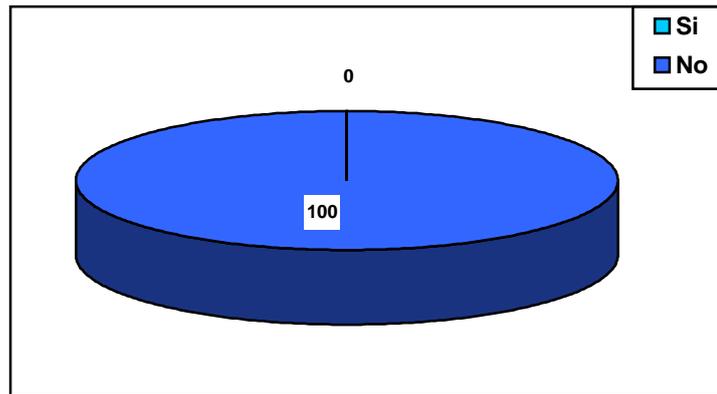


Gráfico: Subir el rendimiento escolar

El 100 % de los profesores tanto de institutos públicos como privados han contestado que subir el rendimiento escolar **No** es una conducta o comportamiento que haga sospechar que un alumno tenga depresión.

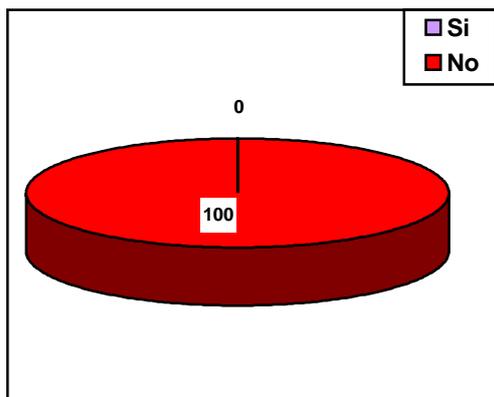


Gráfico - Ámbito público

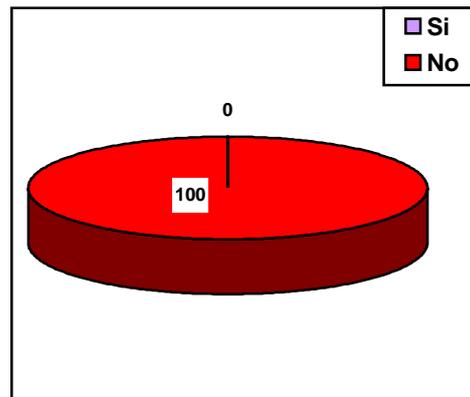


Gráfico - Ámbito privado

22) Ver cosas inexistentes

El 11,4 % de los profesores **Si** piensan que **Ver cosas inexistentes** en una conducta o comportamiento que haría sospechar que algunos de sus alumnos tienen problemas depresivos, mientras que el 86,6 % de profesores **No** creen que sea una conducta sospechosa.

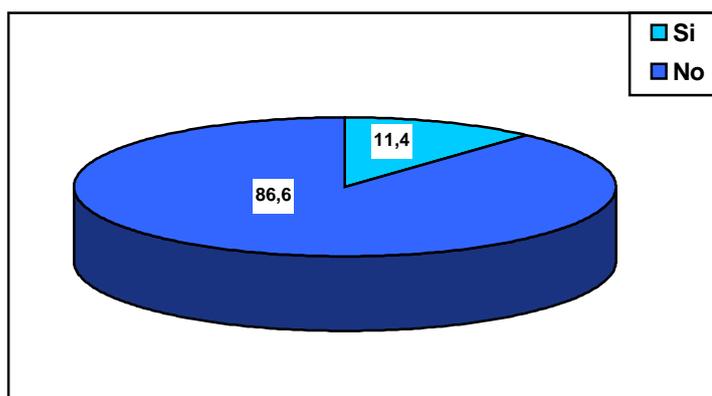


Gráfico: Ver cosas inexistentes

El 11,5 % de los profesores de institutos públicos **Si** creen que ver cosas inexistentes es una conducta que en el caso de tenerla un alumno sospecharían que puede tener problemas depresivos, mientras que el 88,5 % **No** lo creen. En los institutos privados el 11,1 % **Si** cree que ver cosas inexistentes es una conducta relacionada con la depresión, mientras un 88,9 % **No** cree que tenga nada que ver.

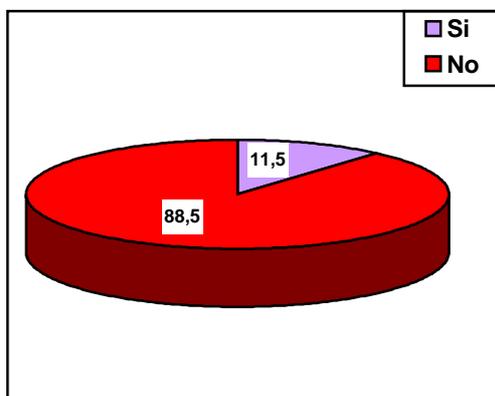


Gráfico - Ámbito público

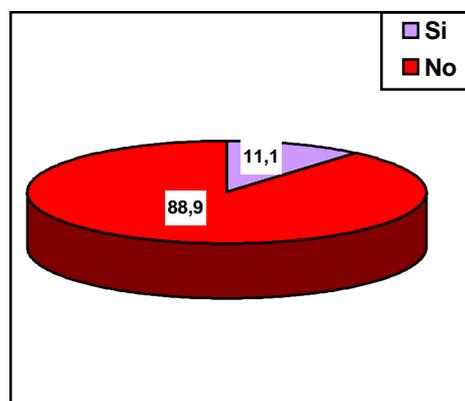


Gráfico - Ámbito privado

El resultado a esta pregunta ha sido bastante ajustado ya que el 58,6 % de los profesores creen que un continuo cambio entre el profesorado ya sea por bajas, suplencias, etc **Si** influye o puede afectar en el conocimiento de posibles problemas mentales entre los alumnos, frente a un 41,4 % de profesores que **No** cree que un continuo cambio pueda afectar a este conocimiento.

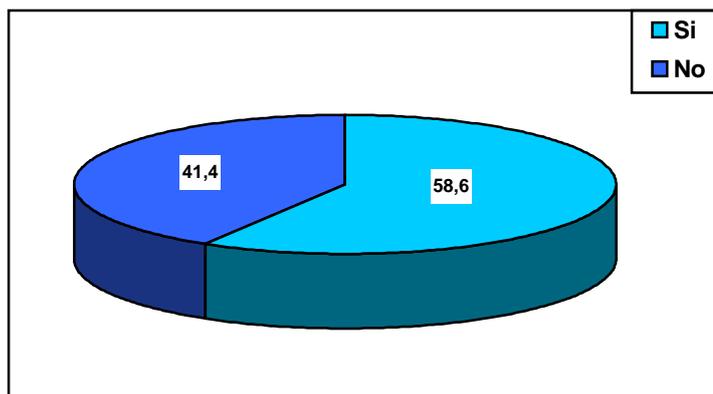


Gráfico: Un continuo cambio afecta al conocimiento

Diferenciando por titularidad del centro, podemos observar como lo profesores de centros públicos piensan que **Si** afecta al conocimiento del alumno un 57,7 %, mientras que un 42,3 % piensan que **No** afecta. En los profesores de institutos privados, un 61,1 % piensan que **Si** que afecta un continuo cambio, frente un 38,9 % que piensa que **No** afecta.

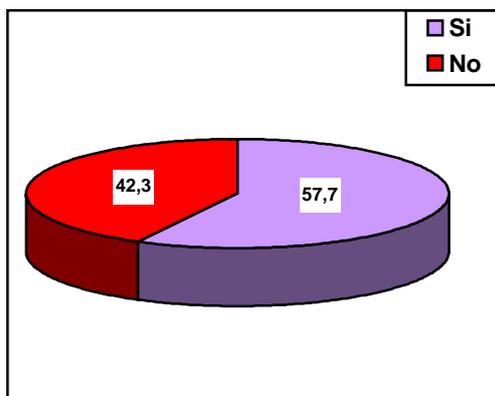


Gráfico – Ámbito público

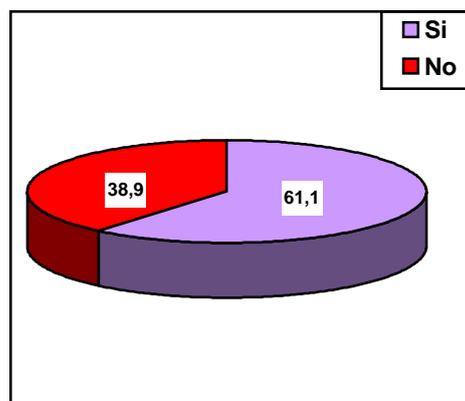


Gráfico – Ámbito privado

Muy poco profesores creen que el profesorado puede influir directamente en la aparición de depresión de sus alumnos, ya que solo un 4,3 % han contestado que la actitud del profesor puede **influir directamente** en sus alumnos, un 54,3 % ha contestado que **influye indirectamente** y un 41,4 % ha contestado que **no influye**.

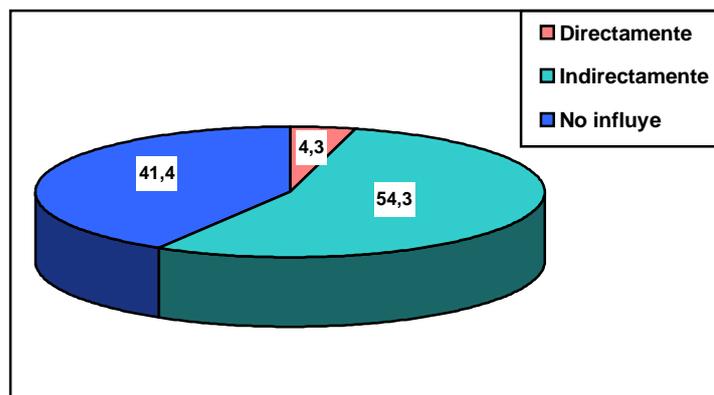


Gráfico: Influye el profesorado en al aparición de depresión de sus alumnos

En los institutos públicos, un 1,9 % de los profesores ha contestado que **no influye directamente**, un 59,6 % que **influye indirectamente** y un 38,5 % cree que el profesorado **no influye** en la aparición de depresión en sus alumnos. Los profesores de institutos privados creen con un 11,1 % **no influye directamente**, un 38,9 % que **influye indirectamente**, y un 50 % que **no influye**.

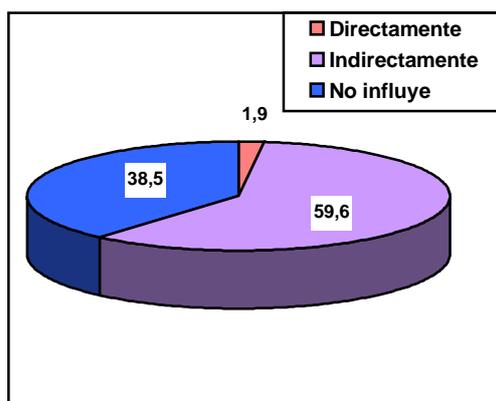


Gráfico – Ámbito público

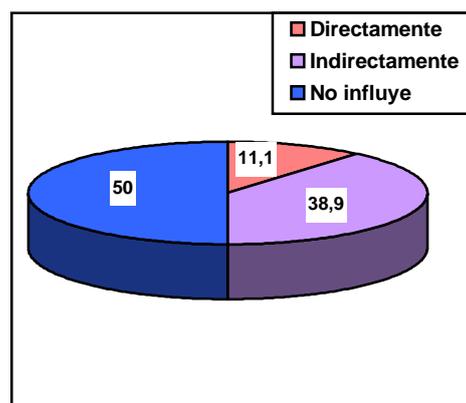


Gráfico – Ámbito privado

A la pregunta de si el profesor cree necesaria la detección de depresión en el adolescente, un 97,1 % de los profesores han contestado que **Si** cree necesaria la detección precoz, frente un 2,9 % que han contestado que **No** cree necesaria dicha detección.

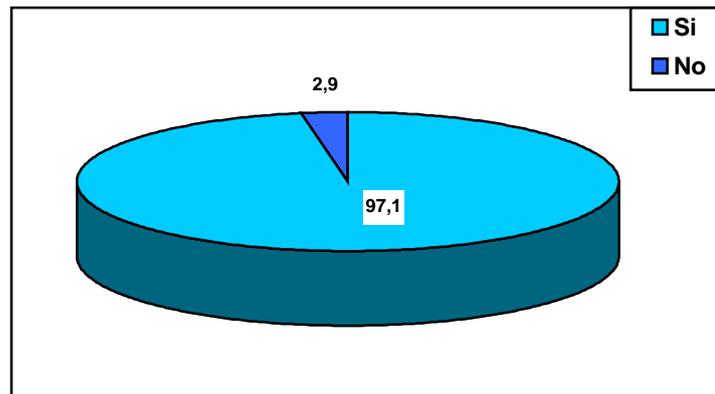


Gráfico: Cree necesaria la detección de depresión en el adolescente

Diferenciando el ámbito público o privado, vemos que un 96,2 % de los profesores de ámbito público **Si** creen necesaria dicha detección, frente un 3,8 % de profesores que **No** creen necesaria dicha detección. Los profesores de ámbito privado han sido más contundentes, ya que el 100 % de ellos **Si** cree necesaria la detección de depresión en el adolescente.

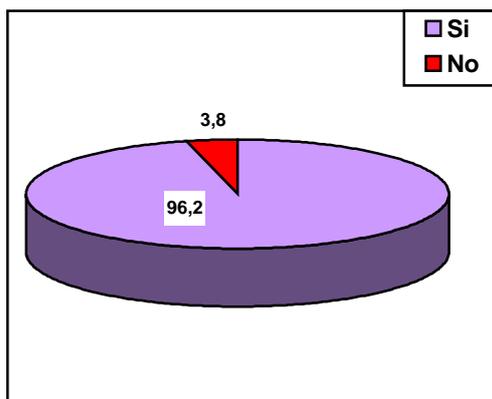


Gráfico – Ámbito público

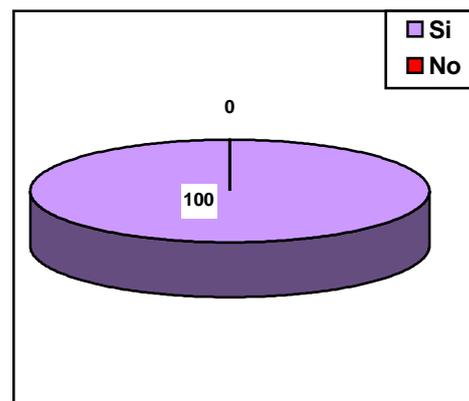


Gráfico – Ámbito privado

Un 65,2 % de los profesores que han contestado el cuestionario creen que **Si** estaría dentro de sus funciones saber detectar alteraciones conductuales en sus alumnos, frente un 34,8 % que **No** cree que está dentro de sus competencias.

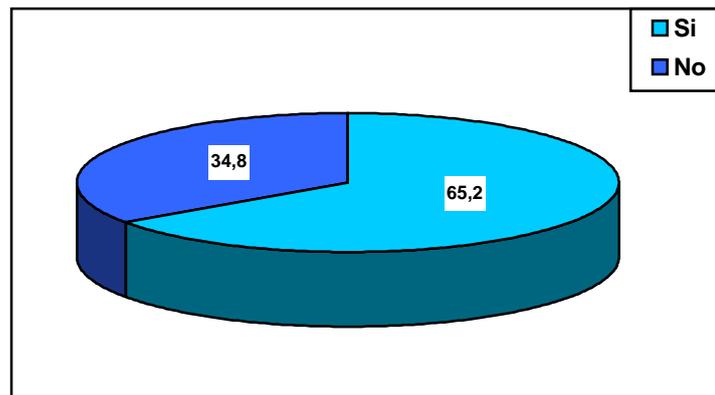


Gráfico: Está dentro de sus funciones detectar alteraciones conductuales en sus alumnos

Diferenciándolos según el ámbito en el que trabajan, un 65,3 % de los profesores de ámbito público **Si** cree que entra dentro de sus funciones el detectar alteraciones conductuales en sus alumnos, frente un 34,7 % que **No** cree que entre dentro de sus funciones. En el ámbito privado, un 64,7 % han contestado que **Si**, frente un 35,3 % que ha contestado que **No** entra dentro de sus funciones la pregunta anteriormente descrita.

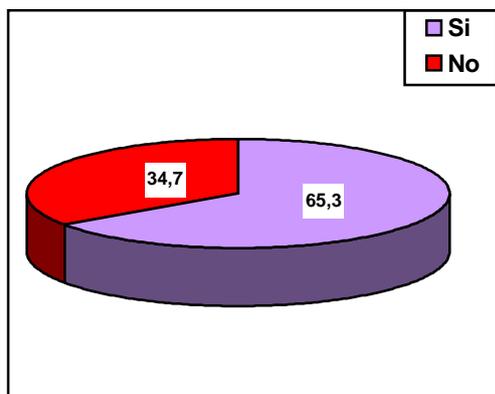


Gráfico – Ámbito público

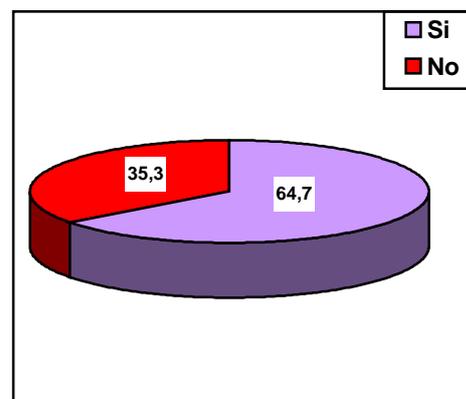


Gráfico – Ámbito privado

Ante la pregunta de cuantas veces en el último año ha solicitado ayuda a un profesional del campo de la salud ante la sospecha de problemas de salud mental en alguno de sus alumnos, la respuesta obtenida ha sido la siguiente:

Un 48,6 % de los profesores no ha solicitado **Ninguna** vez la ayuda al profesional, un 15,7 % la ha solicitado **Una** vez, un 22,9 % la ha solicitado **Dos** veces, un 7 % **Tres** veces un 2,9 % **cuatro** y un 2,9 % **cinco o más veces**.

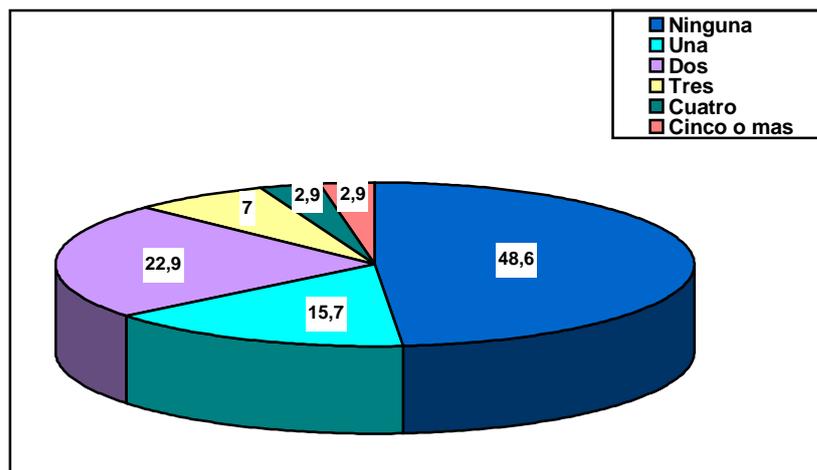


Gráfico – Número de veces que han solicitado ayuda

Otra forma de apreciar el resultado a la pregunta anterior podría ser a partir del gráfico que podemos ver a continuación.

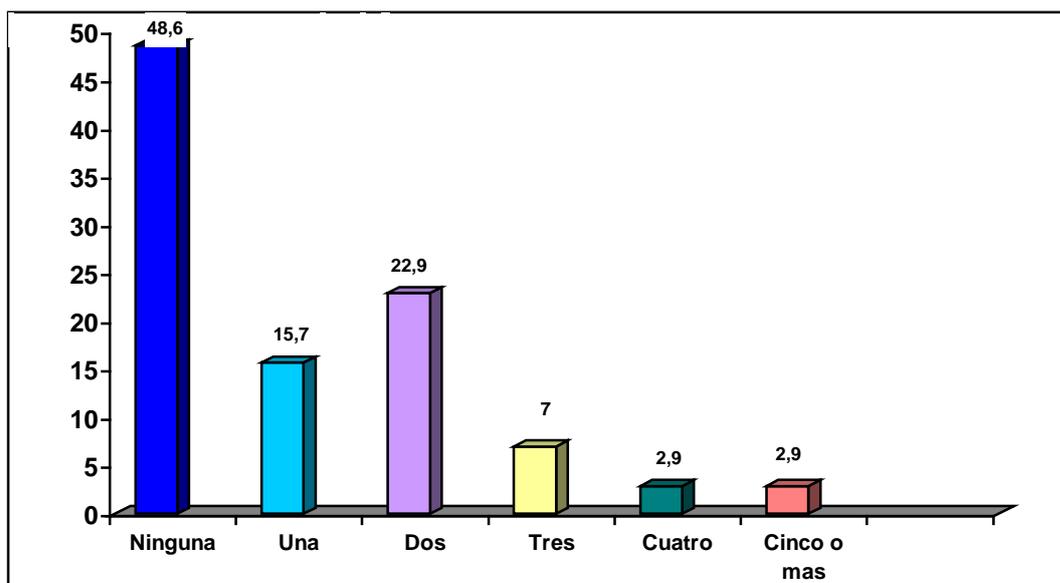


Gráfico – Número de veces que han solicitado ayuda

En el ámbito público un 50 % no ha necesitado **Ninguna** ayuda, un 17,3 % la ha solicitado **Una** vez, un 25 % **Dos** veces, un 5,8 % la ha solicitado **Tres** veces, un 0 % **cuatro** veces y un 1,9 % han contestado **Cinco o mas** veces.

El 0% que aparece en el margen superior del gráfico de ámbito público es el resultado de haber solicitado ayuda **cuatro veces** en el último año.

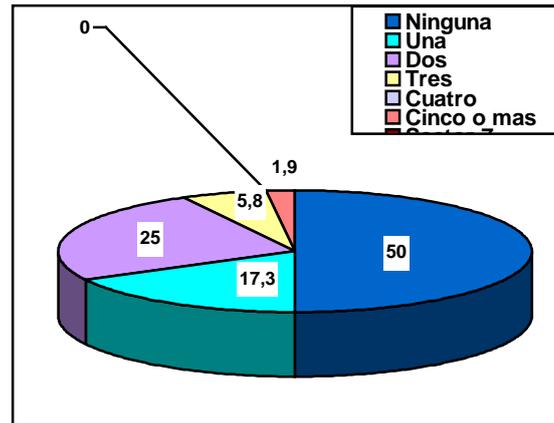


Gráfico – Ámbito público

A continuación realizaremos un gráfico en forma de barras para poder ver las respuestas que han contestado los profesores de ámbito público desde otro formato.

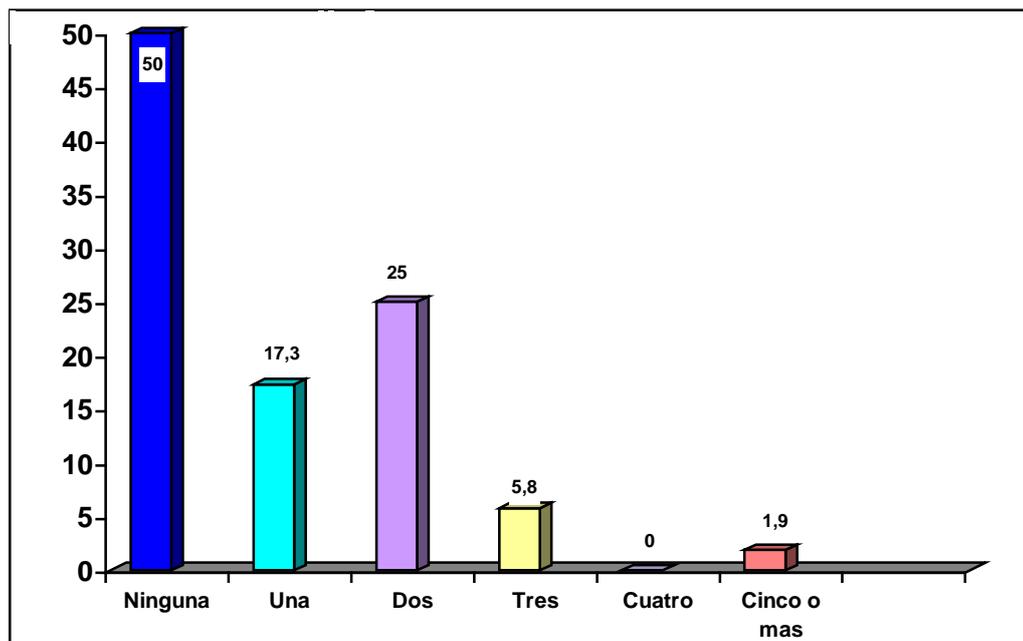


Gráfico – Ámbito público

En el ámbito privado un 44,4 % no ha solicitado **Ninguna** ayuda, un 11,1 % la ha solicitado **Una** vez, un 16,7 % **Dos** veces, un 11 % **Tres** veces, un 11,1 % **Cuatro** veces y un 5,6 % ha solicitado ayuda **Cinco o mas veces**.

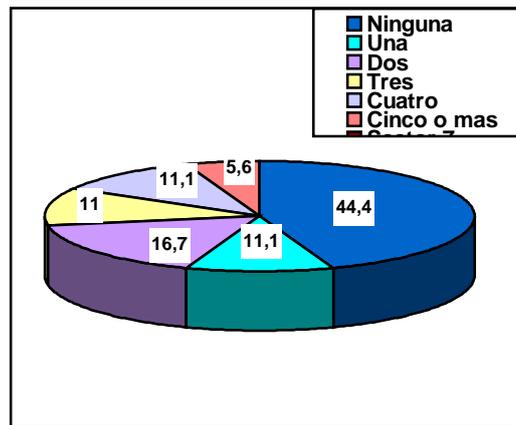


Gráfico – Ámbito privado

A continuación realizaremos un gráfico en forma de barras para poder ver las respuestas que han contestado los profesores de ámbito privado desde otro formato.

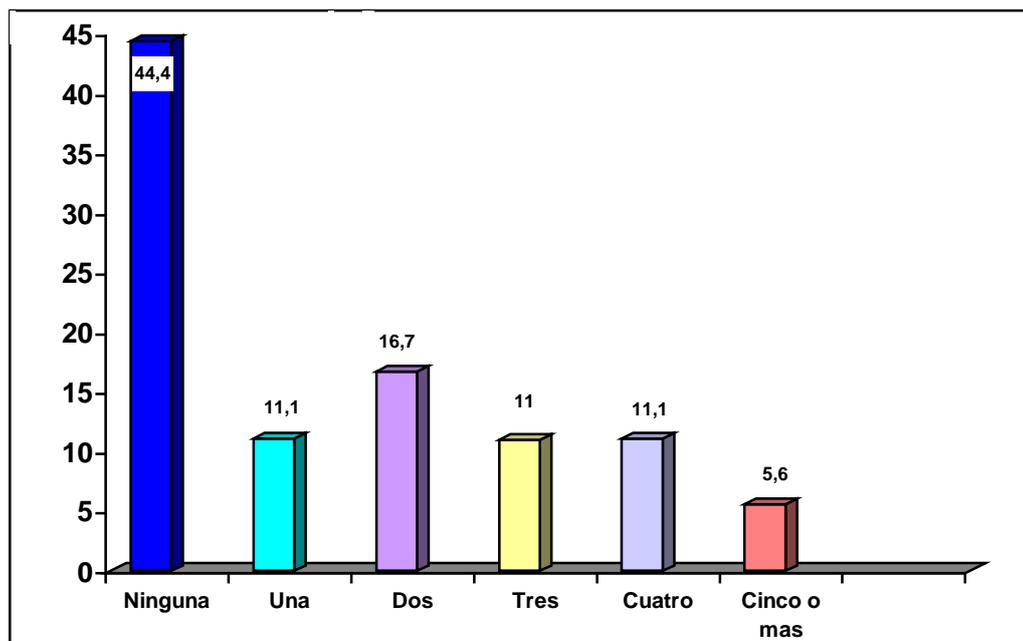


Gráfico – Ámbito privado

Cuando se les ha preguntado a los profesores sobre si consideran suficientes los recursos a su alcance para detectar problemas de salud mental en sus alumnos, el 15,7 % del total de profesores han contestado que **Si** los consideran suficiente, frente un 84,3 % de profesores que consideran que **No** son suficientes.

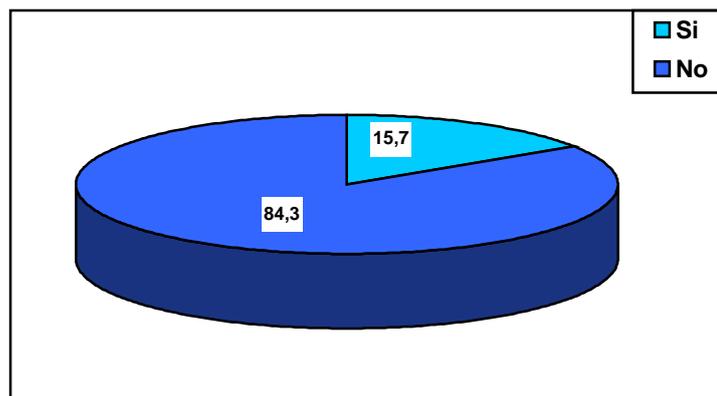


Gráfico: Considera suficientes los recursos actuales a su alcance

Diferenciando las respuestas obtenidas según la titularidad del instituto, un 19,2 % de los profesores del ámbito público **Si** cree suficientes los recursos con los que cuenta, frente un 80,8 % que **No** lo cree así. En el ámbito privado la respuesta negativa ha sido mas contundente, ya que un 5,6 % han contestado **Si** a la pregunta, frente un 94,4 % que han contestado **No**.

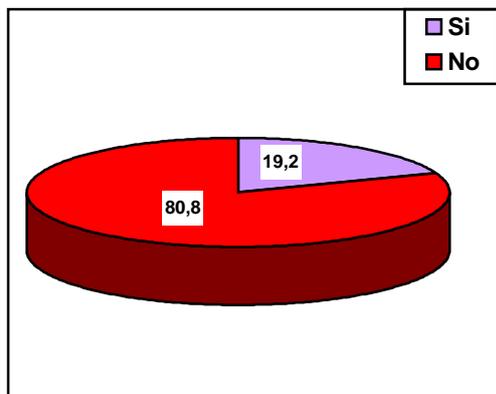


Gráfico – Ámbito público

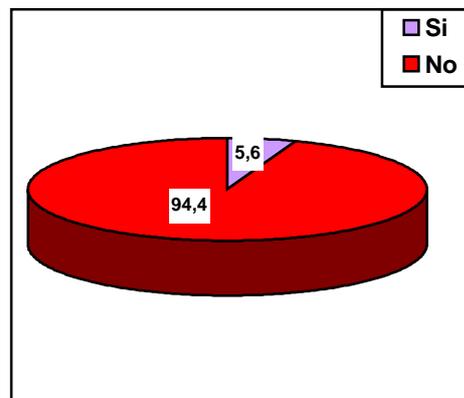


Gráfico – Ámbito privado

Realizaremos varios gráficos en la pregunta 18 diferenciando en un principio si el profesor realizaría las opciones o no que se le han descrito. La pregunta en cuestión era:

¿Como actuaría si un alumno dice o sabe por otras personas que se quiere suicidar?

1) A la respuesta **Hablaría con el alumno**:

Un 75,7 % del total de los profesores **Si** hablaría con el alumno, frente al 24,3% que **No** hablaría con el alumno.

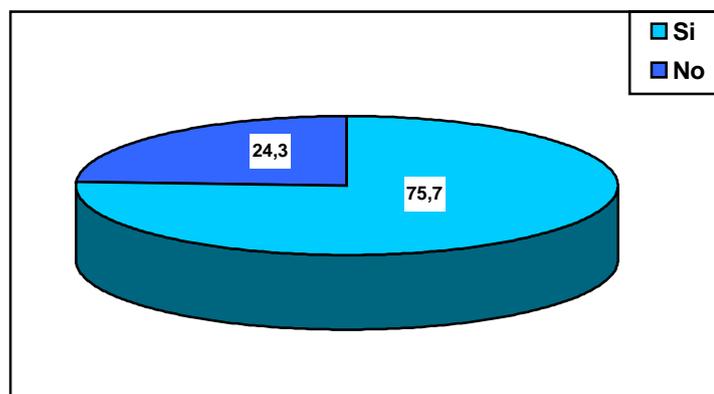


Gráfico: Hablaría con el alumno

Diferenciando la respuesta según la titularidad del centro, el 75% de los profesores de titularidad pública **Si** hablaría con el alumno, en cambio un 25% **No** hablaría con él. Mientras, los profesores de institutos privados han contestado que **Si** hablarían con el alumno un 77,8 %, frente un 22,2 % que **No** hablaría con el alumno.

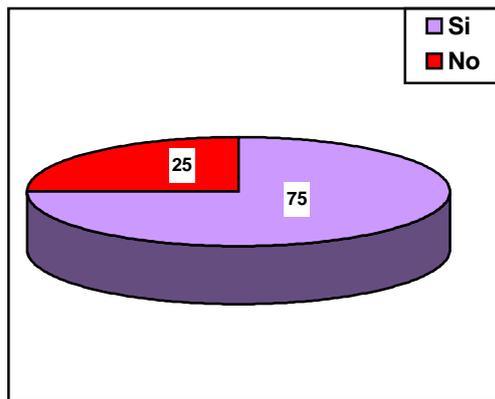


Gráfico – Ámbito público

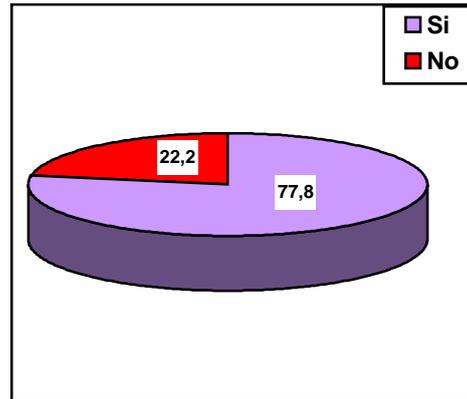


Gráfico – Ámbito privado

2) A la respuesta **Hablaría con el psicólogo:**

Un amplio 88,6 % **Si** hablarían con el psicólogo, frente un 11,4 % que **No** lo haría.

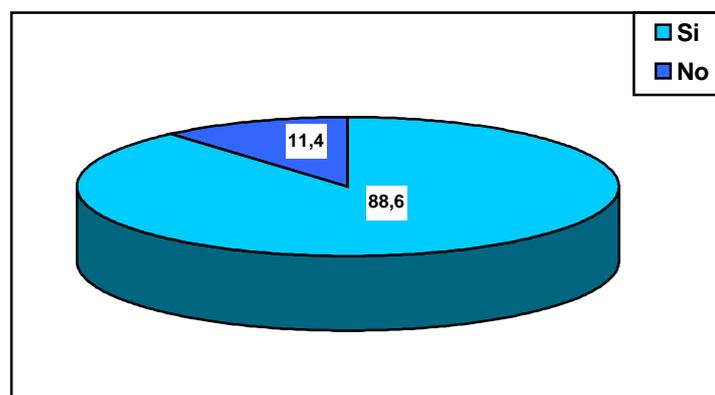


Gráfico: Hablaría con el psicólogo

Diferenciando las respuestas obtenidas según sea el centro público o privado, podemos observar que un 92,3 % de los profesores de ámbito público **Si** hablarían con el psicólogo, en cambio un 7,7 % **No** lo haría. En el ámbito privado un 77,8 % **Si** hablaría con el psicólogo frente un 22,2 % que **No** hablaría.

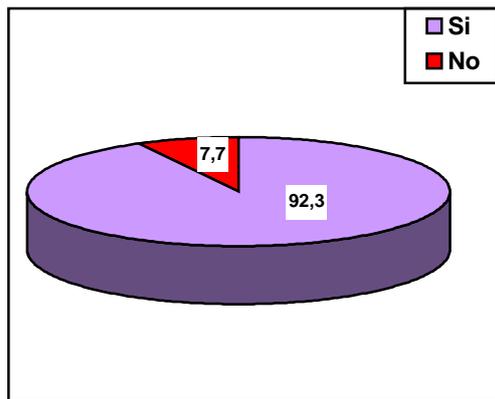


Gráfico - Ámbito público

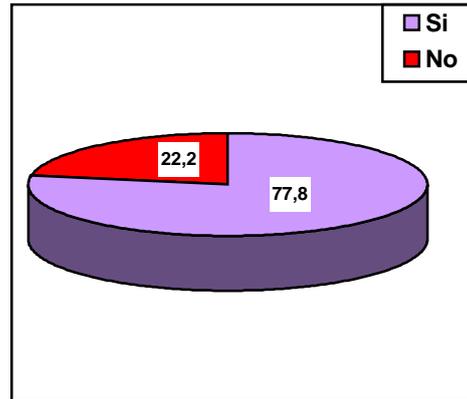


Gráfico - Ámbito privado

3) A la respuesta **Hablaría con la enfermera.**

Mirando las respuestas obtenidas podemos observar como la figura de la enfermera no es una de las opciones a las que los profesores acudirían. Un 27,1 % de los profesores Si hablaría con la enfermera, en cambio un 72,9 % No hablaría con la figura de la enfermera.

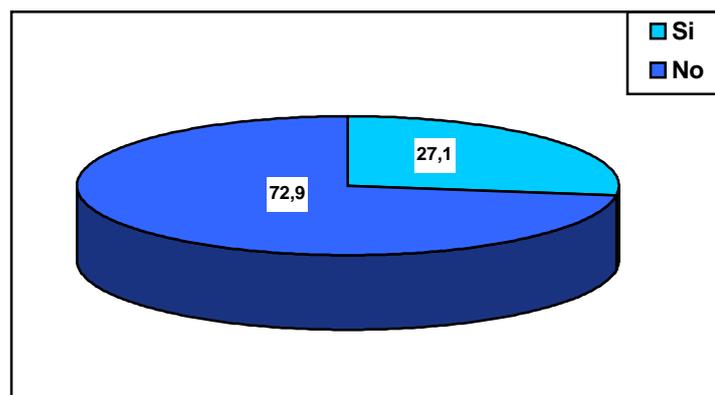


Gráfico: Hablaría con la enfermera

Un 25 % de los profesores de ámbito público **Si** hablaría con la enfermera, un 75 % de profesores, en cambio **No** hablaría con la enfermera. En los institutos privados, un

33,3 % de los profesores encuestados **Si** hablaría con la enfermera, frente un 66,7 % que **No** lo hablaría con la enfermera.

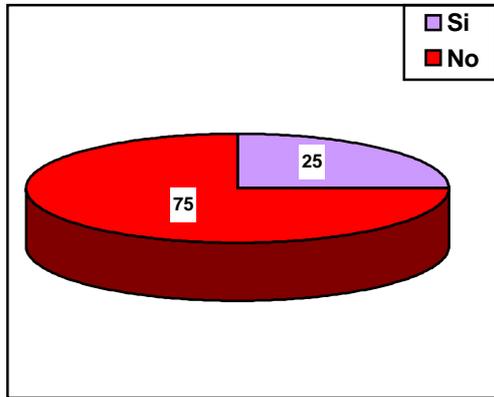


Gráfico – Ámbito público

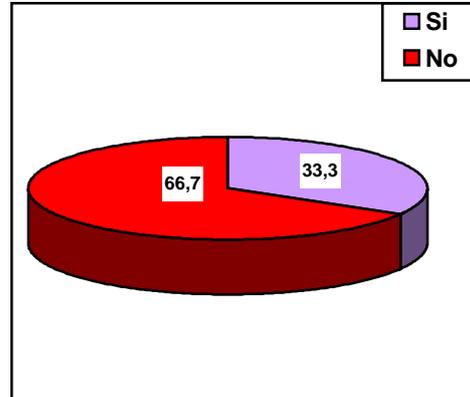


Gráfico – Ámbito privado

4) A la respuesta **Hablaría con los padres.**

Un 72,9 % del total de los profesores **Si** hablaría con los padres, un 27,1 % de los profesores en cambio **No** hablaría con los padres.

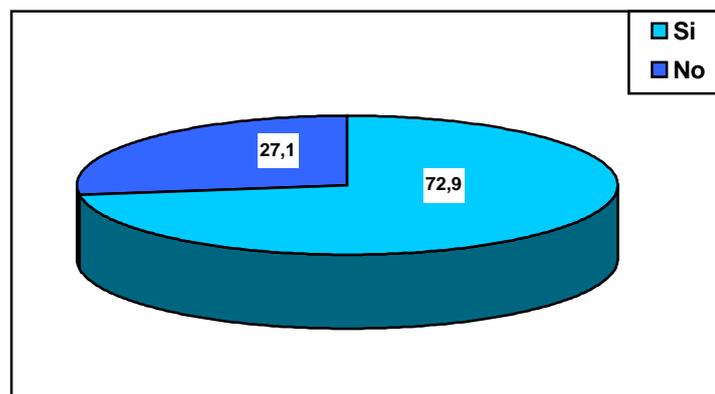


Gráfico: Hablaría con los padres

Un 71,2 % de los profesores públicos **Si** hablaría con los padres, un 28,8 % de dichos profesores **No** hablaría con los padres. Si observamos los resultados obtenidos en los institutos privados, podemos ver como un 77,8 % de los profesores **Si** hablarían con los padres frente un 22,2 % de profesores que **No** lo haría.

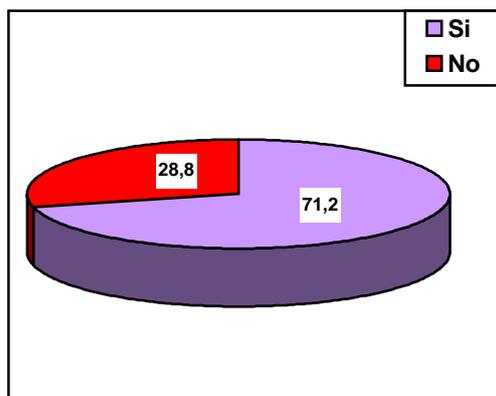


Gráfico - Ámbito público

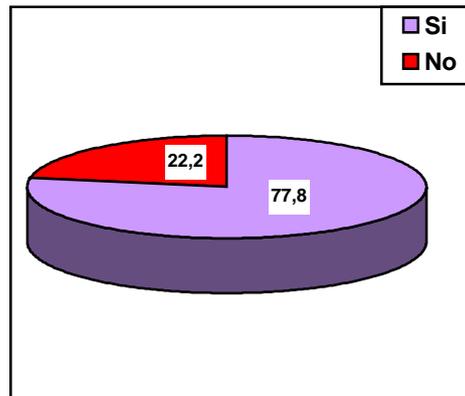


Gráfico - Ámbito privado

5) A la respuesta **Habría con el director:**

El resultado a esta pregunta ha sido similar, ya que un 55,7 % de los profesores **Si** hablaría con el director, en cambio un 44,3 % **No** hablaría con el director.

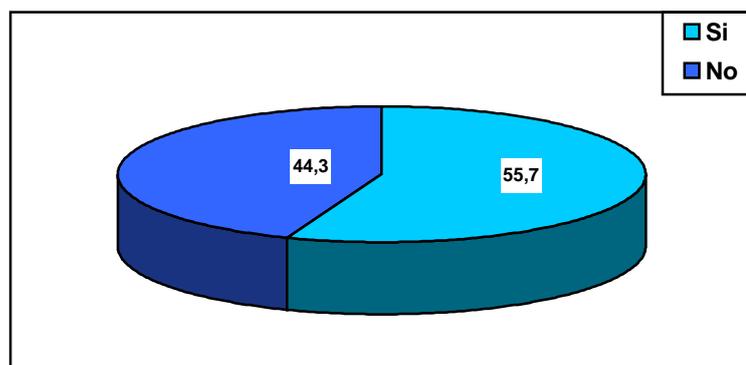


Gráfico: Hablaría con el director

Diferenciando la respuesta según la titularidad del instituto, podemos apreciar como el 51,9 % de los profesores que trabajan en el ámbito público **Si** hablaría con el director en cambio un 48,1 % **No** hablaría con el director. Los profesores de institutos privados ha contestado que **Si** hablarían con el director un 66,7 % frente un 33,3 % que **No** hablaría con el director.

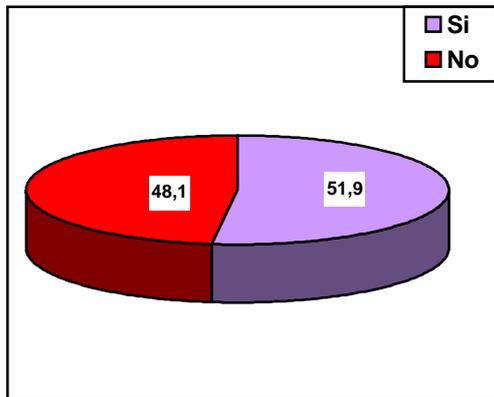


Gráfico – Ámbito público

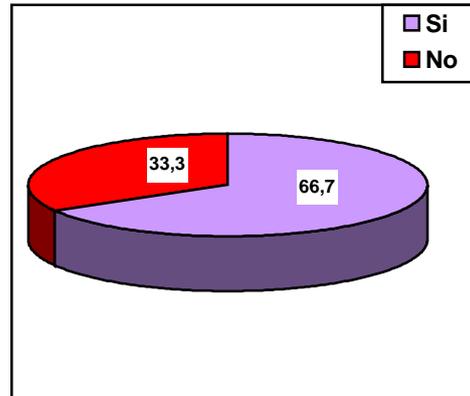


Gráfico – Ámbito privado

6) A la respuesta de **No haría ningún comentario**:

La contestación a esta respuesta ha sido contundente por parte del profesorado, el 100 % de los profesores **Si** hablaría con alguien, un 0% **No** haría ningún comentario.

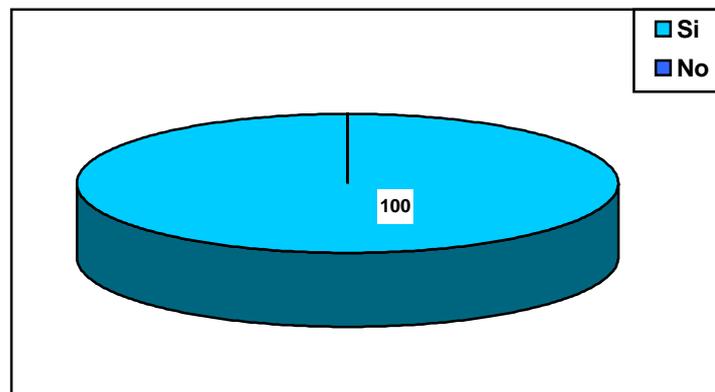


Gráfico: Haría algún comentario

Un 100% de los profesores tanto de ámbito público como privado **Si** hablarían con alguien o realizarían algún comentario en el caso de que supieran que algún alumno tiene la idea de suicidarse.

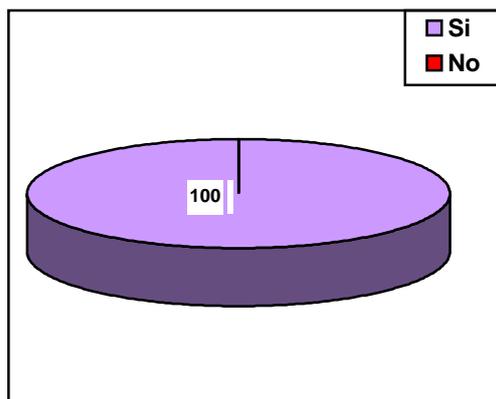


Gráfico - Ámbito público

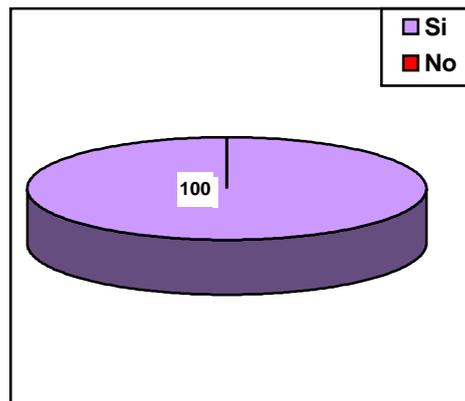


Gráfico - Ámbito privado

7) A la respuesta abierta de **Otras**:

Un 7,1 % de los profesores han puesto **Si** como respuesta, es decir, han pensado en alguna persona diferente a la que se le han facilitado, frente un 92,9 % que **No** han encontrado otra alternativa a la pregunta o les ha parecido suficiente las respuestas que se les ha facilitado.

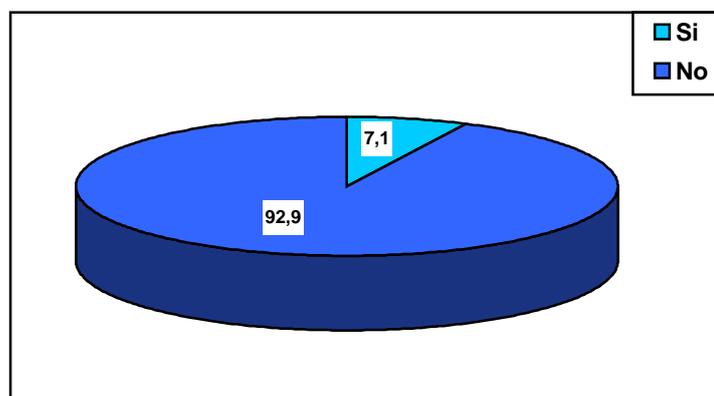


Gráfico: Otras

En el ámbito público un 9,6 % de los profesores **Si** han encontrado otra opción aparte de las facilitadas, frente un 90,4 % que **No** han encontrado otra opción. En el ámbito privado al 100 % de los profesores ya les ha parecido bien las opciones facilitadas o **No** han encontrado ninguna otra opción.

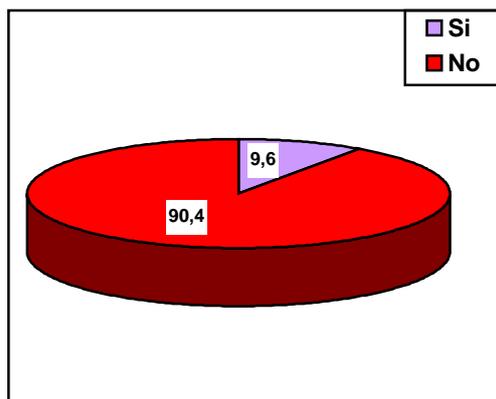


Gráfico – Ámbito público

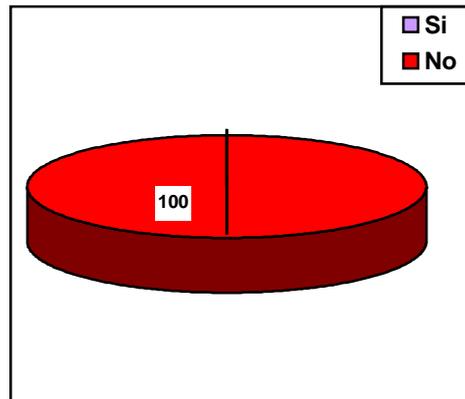


Gráfico – Ámbito privado

El gráfico que aparece a continuación ha sido el resultado de obtener las respuestas contestadas **Si** a la pregunta 18 anteriormente detallada.

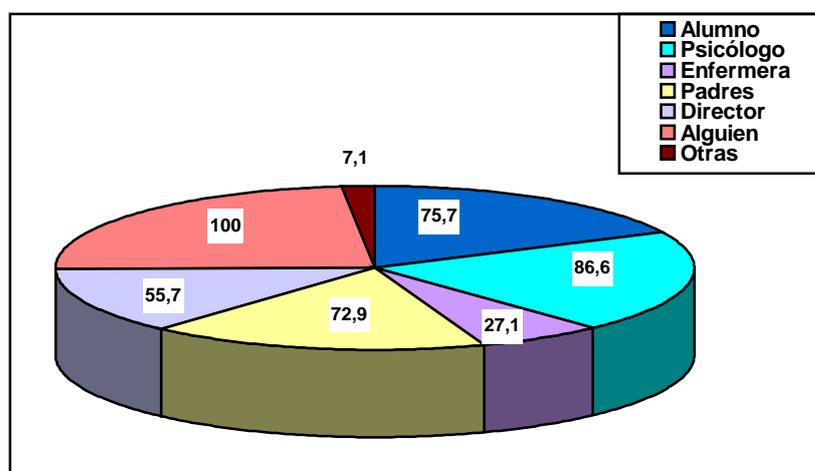


Gráfico – Han contestado afirmativamente

A continuación el gráfico que podremos observar es el resultado de todas las respuestas que han contestado que **No** a la pregunta 18.

El 0% que sale en la parte superior del gráfico, es la respuesta anteriormente comentada en la que todos los profesores hablarían con alguien si supieran que algún alumno tiene la idea o intención de suicidarse.

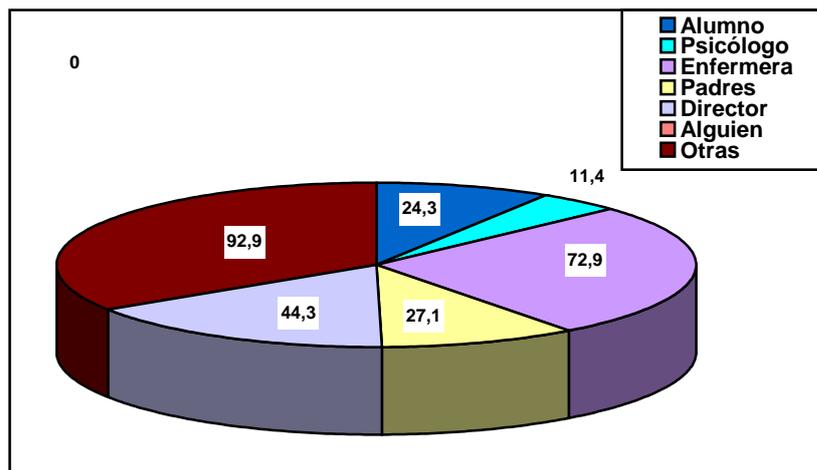


Gráfico – Han contestado negativamente

Otra forma de ver el tipo de respuesta que han contestado Positivamente (**Si**) o Negativamente (**No**), a la respuesta 18, aparte de los gráficos anteriormente realizados, es mediante el siguiente gráfico en forma de barras. Las barras de color violeta, son los profesores tanto de centros públicos como privados que han contestado **Si** a la pregunta 18 de nuestro cuestionario, las barras de color azul, son las respuestas de los profesores que han contestado, **No** a dicha pregunta.

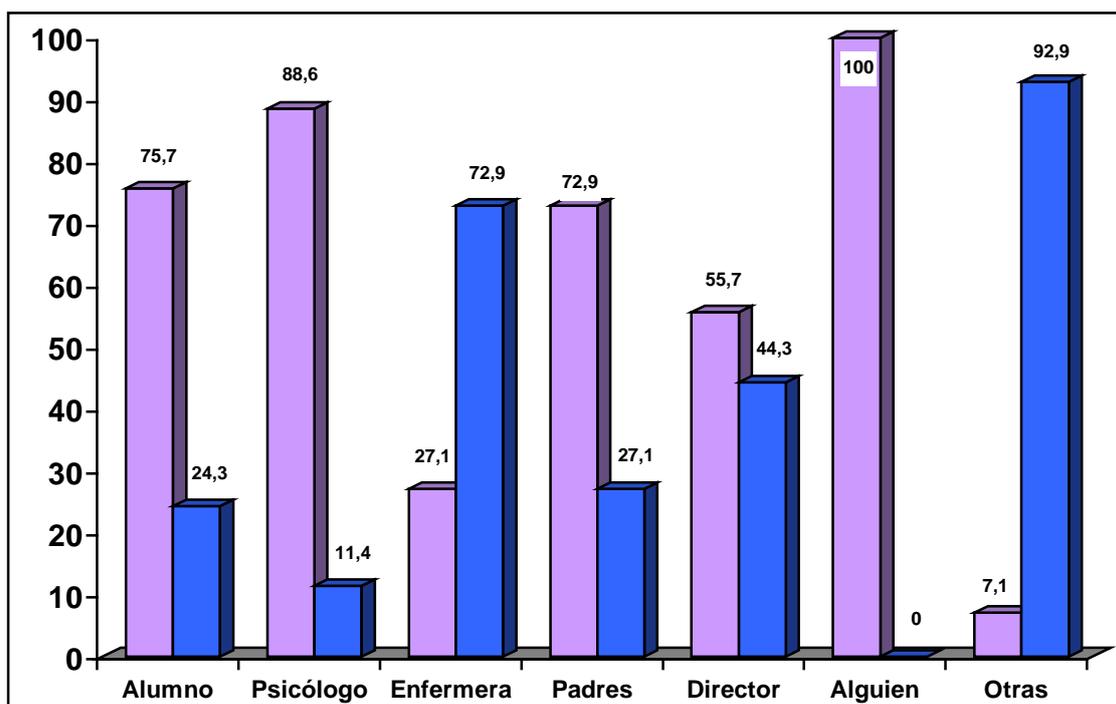


Gráfico : Respuestas Si y No de la pregunta 18

Otra diferenciación que podríamos realizar en esta pregunta podría ser la diferenciación entre las contestaciones **Si** ya sean de los profesores de institutos públicos o privados. En el gráfico que vemos a continuación las barras de color verde, son las respuestas **Si** de los profesores de institutos públicos, y las barras de color gris, son las respuestas **Si** de los profesores de institutos privados.

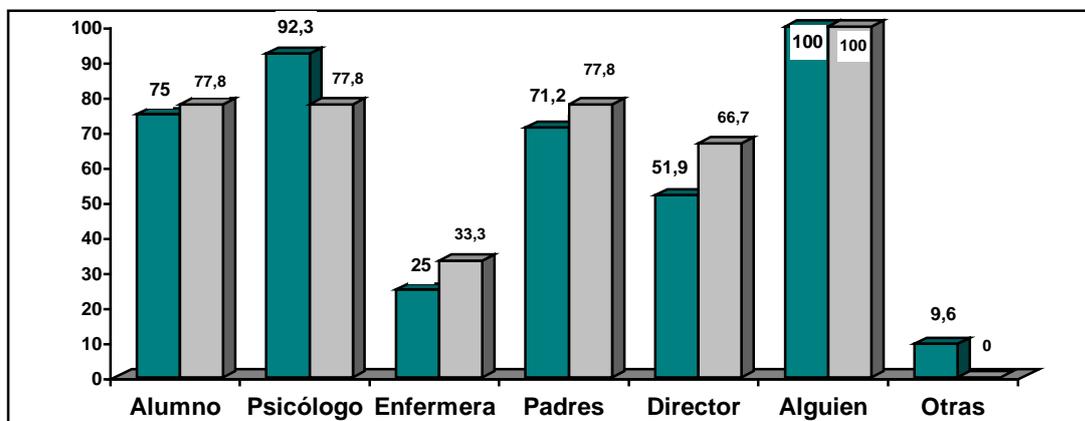


Gráfico : Respuestas **Si** diferenciando el ámbito público y privado

Como podemos observar el resultado de las respuestas son mas o menos ajustados, excepto podríamos decir en la opción de **Otras**, en la que los profesores de ámbito público tendrían alguna persona alternativa o diferente a las opciones que se le han facilitado.

El siguiente gráfico está hecho a partir de las respuestas **No** de la pregunta 18, diferenciando como el gráfico anterior el ámbito en el que trabajan los profesores, ya sean de ámbito público o privado. Las barras de color naranja, son las respuestas **No** de los profesores de institutos públicos, mientras que las barras de color violeta, son las respuestas **No** de los profesores de institutos privados.

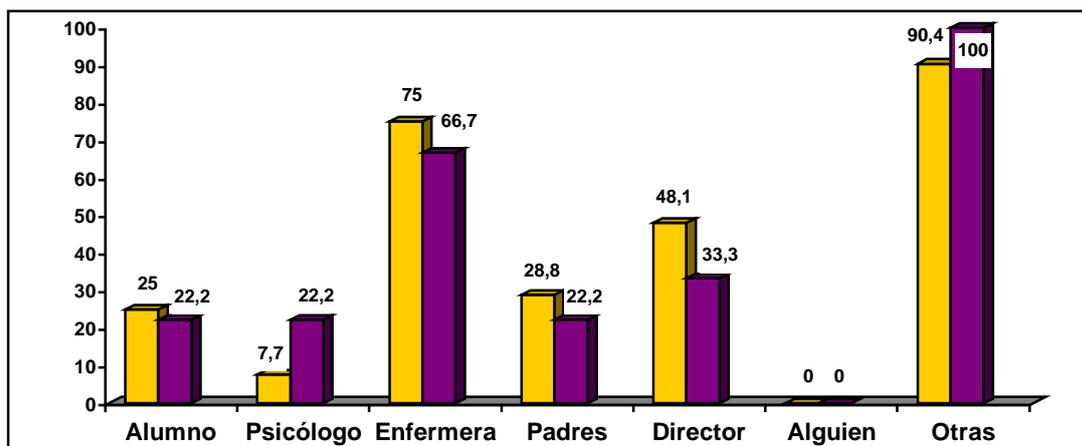


Gráfico : Respuestas **No** diferenciando el ámbito público y privado

Solo en la opción del Psicólogo podemos ver una diferencia apreciable, en el resto de respuestas los resultados obtenidos están bastante ajustados.

Un 17,4 % del total de los profesores **Si** se han encontrado ante un alumno que tenía alguna idea o intención de suicidarse. Una amplia mayoría un 82,6 % de los profesores en cambio **No** se han encontrado con dicha situación.

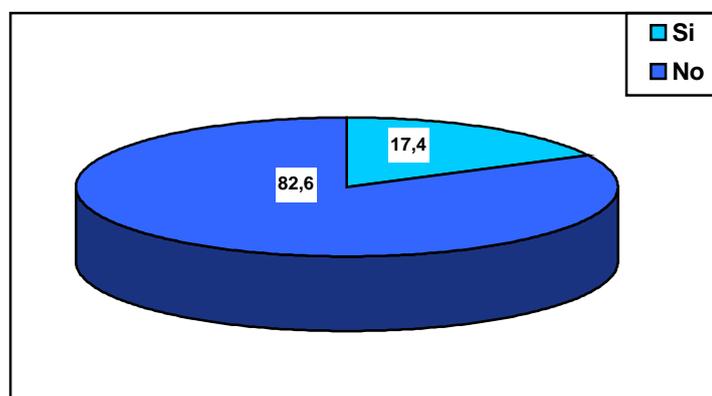


Gráfico: Se ha encontrado ante un alumno con intención de suicidarse

Diferenciando la anterior pregunta en base a la titularidad del centro podemos observar como:

Un 17,6 % de los profesores de institutos públicos **Si** se ha encontrado con la situación anteriormente descrita, frente un 82,4 % que **No** se ha encontrado en dicha situación. En los institutos privados un 16,7 % de los profesores **Si** se han encontrado en dicha situación, frente un 83,3 % que **No** se han encontrado.

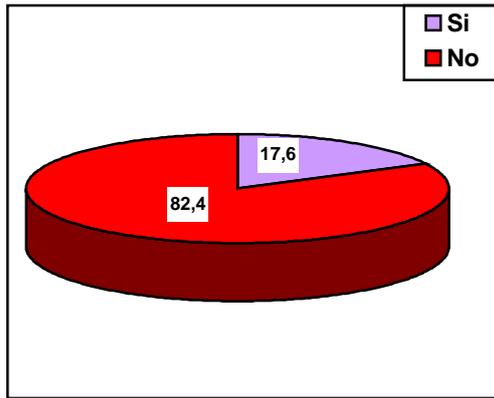


Gráfico – Ámbito público

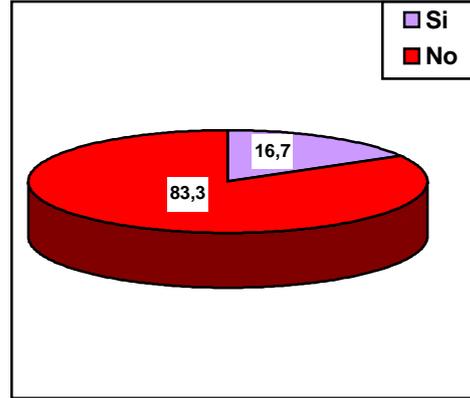


Gráfico – Ámbito privado

La respuesta a esta pregunta ha sido ampliamente negativa ya que un 85,7 % de los profesores encuestados.

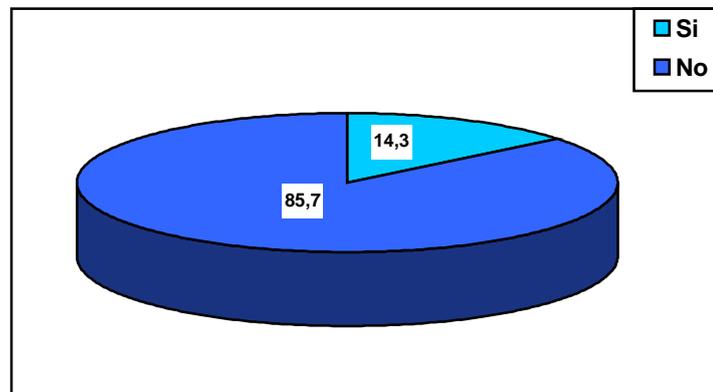


Gráfico: Conoce algún caso de suicidio en el centro educativo dónde trabaja

Han contestado en el ámbito público con un 17,3 % que **Si** conocen algún caso de suicidio en el centro donde trabaja, un 82,7 % de los profesores han contestado que **No**.

En el ámbito privado un 5,6 % han contestado que **Si** conocen algún caso frente un 94,4 % que han contestado que **No**.

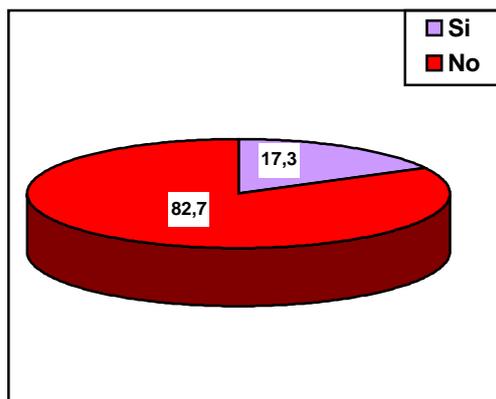


Gráfico – Ámbito público

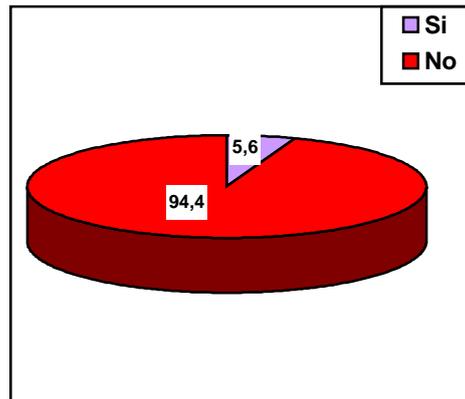


Gráfico – Ámbito privado

Un 72,9 % de los profesores no conoce ningún profesor que haya pasado por una situación de suicidio, frente a un 27,1 % que si que conoce algún profesor que haya pasado por dicha situación.

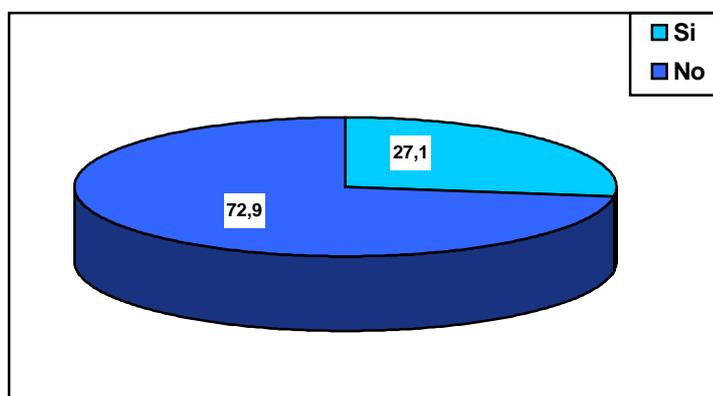


Gráfico: Conoce algún profesor que haya pasado esta situación

Un 30,8 % de profesores en institutos de titularidad pública han contestado que **Si** conocen algún profesor que haya pasado el suicidio de algún alumno. Un 69,2 % han contestado que **No**.

Un 16,7 % de profesores en institutos de titularidad privada han contestado que **Si** conocen algún profesor, frente a un contundente 83,3 % que han contestado que **No**.

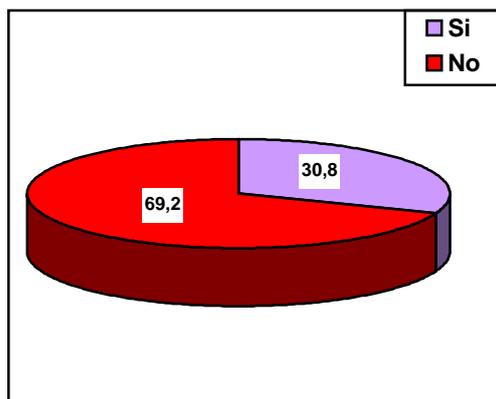


Gráfico - Ámbito público

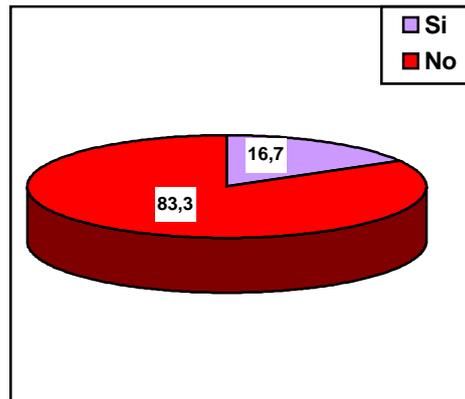


Gráfico - Ámbito privado

La respuesta más predominante a la pregunta de **si mantiene reuniones con regularidad con otros profesores para hablar del estado de ánimo de los alumnos, rendimiento escolar, actitud en clase**, a sido Si ya que han contestado afirmativamente el 82,9 % de los profesores, mientras que un 17,1 % han contestado No a dicha pregunta.

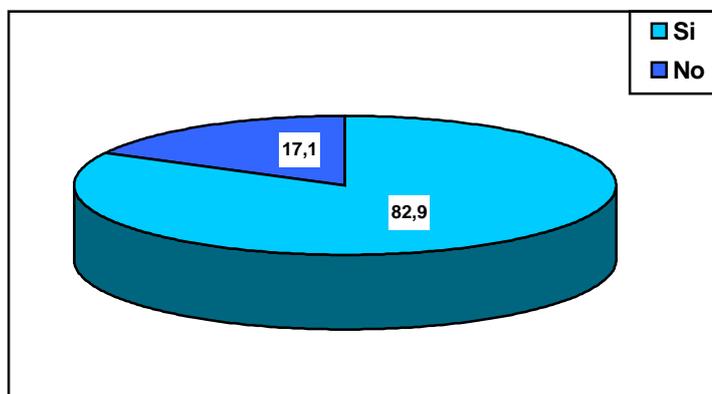


Gráfico.- Mantiene reuniones con regularidad con otros profesores

Un 82,7 % de los profesores en institutos públicos **Si** mantienen reuniones con regularidad con otros profesores un 17,3 % **No** mantienen reuniones con regularidad. Un 83,3 % de los profesores en institutos privados **Si** mantienen reuniones con regularidad con otros profesores para hablar de sus alumnos, un 16,7 % de dichos profesores **No** mantienen esas reuniones.

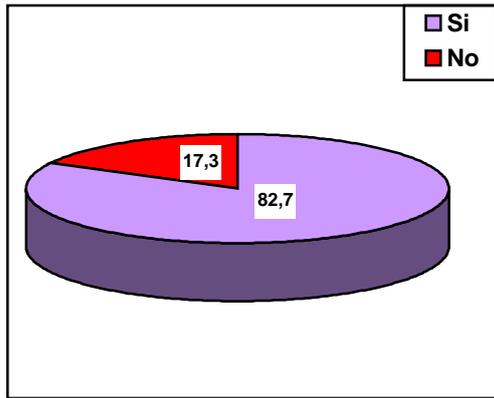


Gráfico - Ámbito público

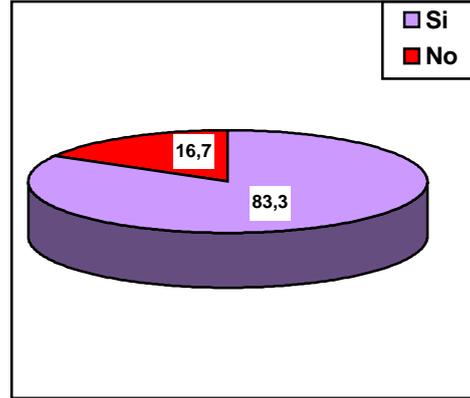


Gráfico - Ámbito privado

Los resultados obtenidos en la pregunta de **si mantienen reuniones con regularidad con los padres de sus alumnos para hablar del estado de ánimo, rendimiento escolar actitud en clase**, han sido bastantes ajustados, ya que un 45,7 % de los profesores si mantienen reuniones regularmente con los padres, en cambio un 54,3 % de los profesores no mantienen dichas reuniones.

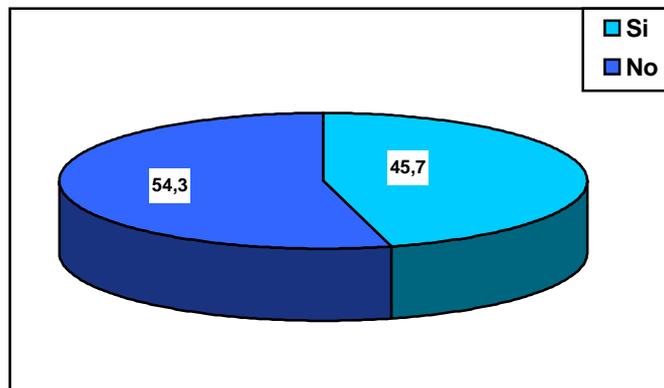


Gráfico.- Mantiene reuniones con regularidad con los padres de sus alumnos

Un 40,4 % de los profesores de ámbito público **Si** mantienen reuniones con regularidad con los padres de sus alumnos y un 59,6 % **No** mantienen dichas reuniones.

En el ámbito privado un 61,1 % de los profesores **Si** que mantienen las reuniones, frente a un 38,9 % de profesores que **No** lo hacen.

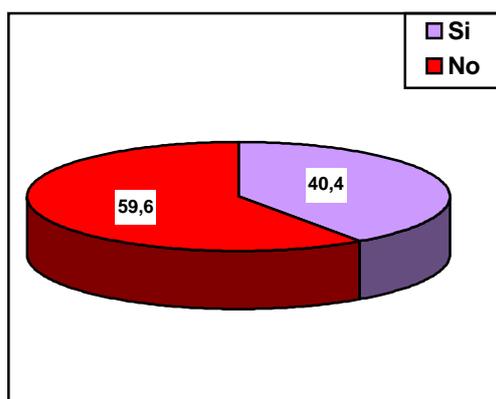


Gráfico - Ámbito público

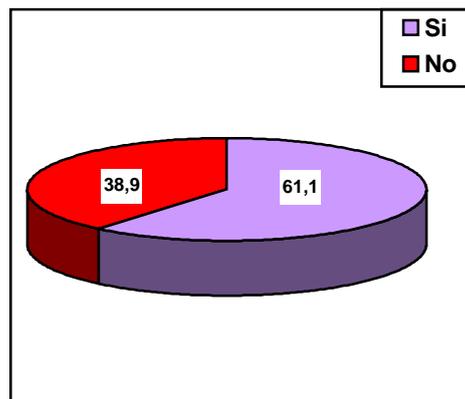


Gráfico - Ámbito privado

Una amplia mayoría de los profesores 84,3 % **si estaría interesado en recibir formación sobre salud mental y depresión**, un 15,7 % de los profesores no está interesado en recibir formación sobre salud mental y depresión.

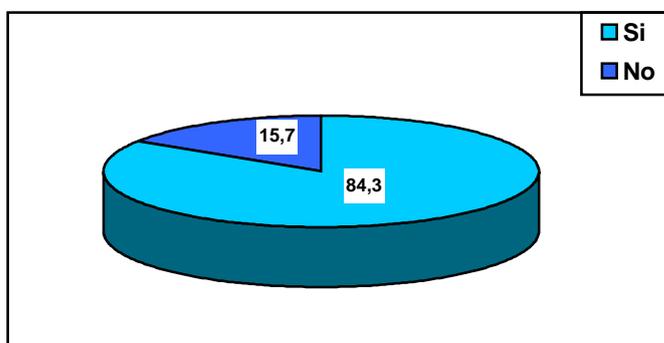


Gráfico : Le interesaría recibir formación sobre salud mental y depresión

Un 71,2 % de los profesores de institutos públicos **Si** les interesaría recibir algún tipo de formación respecto salud mental y depresión en cambio un 28,8 % **No** estaría interesado.

Un 83,3 % de los profesores de institutos privados **Si** estarían interesados en dicha formación, frente a un 16,7 % que **No** estaría interesado en recibir la formación.

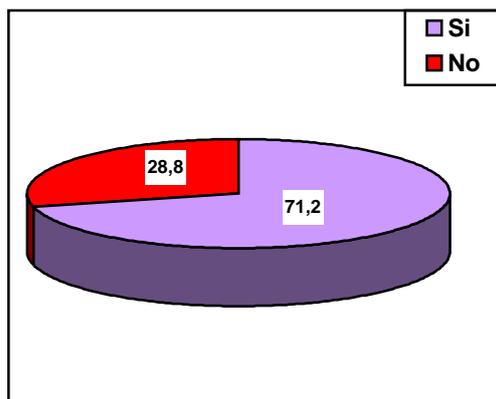


Gráfico - Ámbito público

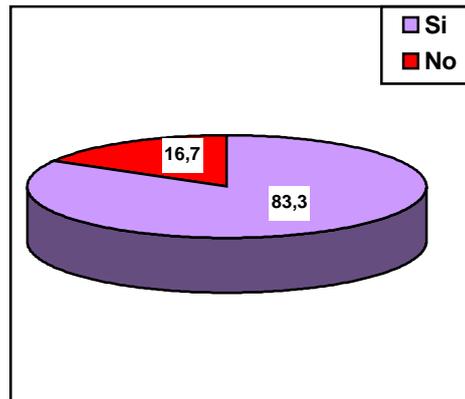


Gráfico - Ámbito privado

Un 84,3 % cree **que le sería útil la formación que pudiera recibir sobre salud mental o depresión**, solo un 15,7 % no cree que le fuera útil recibir tal formación.

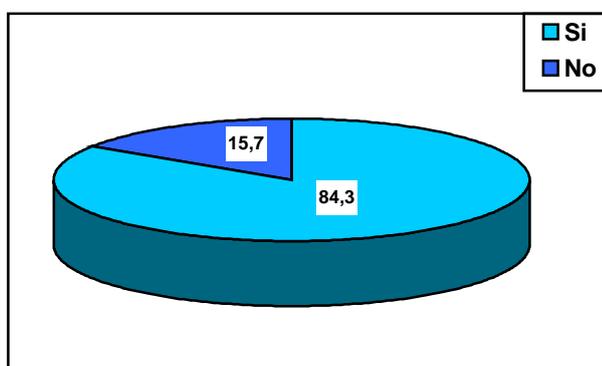


Gráfico.- Cree que le sería útil ésta formación

No hay mucha diferencia entre los profesores de ámbito público y privado al contestar esta pregunta, ya que un 84,6 % de los profesores de los institutos públicos han contestado que **Si** cree útil la formación en salud mental y depresión, un 15,4 % han contestado que **No** cree que le sería útil dicha formación.

En el ámbito privado un 83,3 % han contestado que **Si**, frente a un 16,7 % que han contestado que **No**. Como podemos observar este resultado coincide con el de la pregunta anterior cuando se les preguntó a los profesores de institutos privados si

estarían interesados en recibir algún tipo de formación respecto salud mental y depresión.

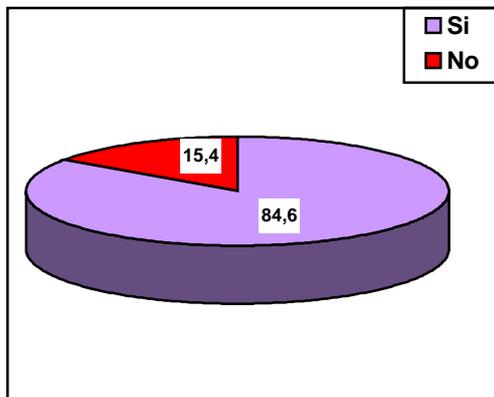


Gráfico – Ámbito público

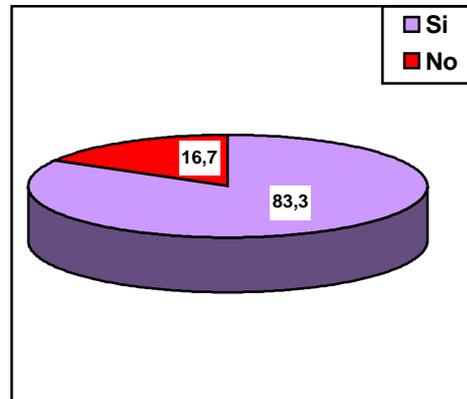


Gráfico – Ámbito privado

Una amplia mayoría 75,7 % de los profesores encuestados contesta negativamente a la pregunta de **si cree tener los soportes o herramientas necesarias para abordar una situación de depresión en sus alumnos**, solo un 24,3 % de los profesores ha contestado afirmativamente a la anterior pregunta

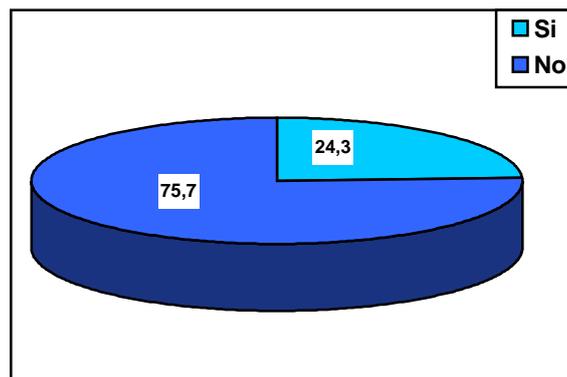


Gráfico.- Tiene los soportes necesarios para una situación de depresión en sus alumnos

Los profesores de los institutos públicos creen con un 30,8 % que **Si** tienen las herramientas o soportes necesarios para abordar una situación de depresión en su alumnado, un 69,2 % cree que **No** tienen dicho soporte o herramientas.

Los profesores de los institutos privados creen con un 5,6 % que **Si** tienen dicho soporte o herramientas, frente a un 94,4 % que creen que **No** las tienen.

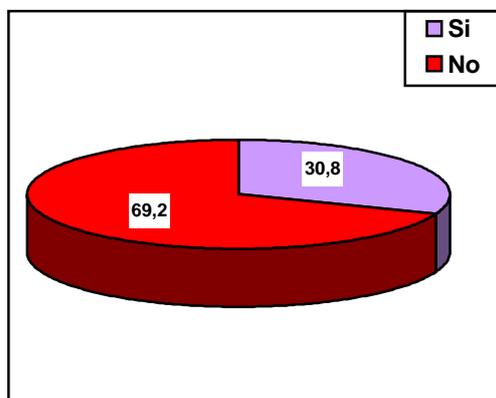


Gráfico - Ámbito público

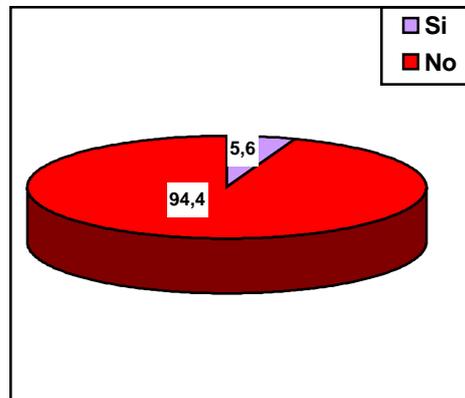


Gráfico - Ámbito privado

A la pregunta de **si le afectan los problemas de sus alumnos en su vida privada**, podemos observar como a la amplia mayoría de los profesores, un 71,4 % **algunas veces** le afectan los problemas de sus alumnos en su vida privada, un 11,4% le afectan **bastante** y con un mismo resultado un 8,6 % tenemos resultados tan distintos como que **nunca le afectan** los problemas y **siempre le afectan** los problemas de sus alumnos.

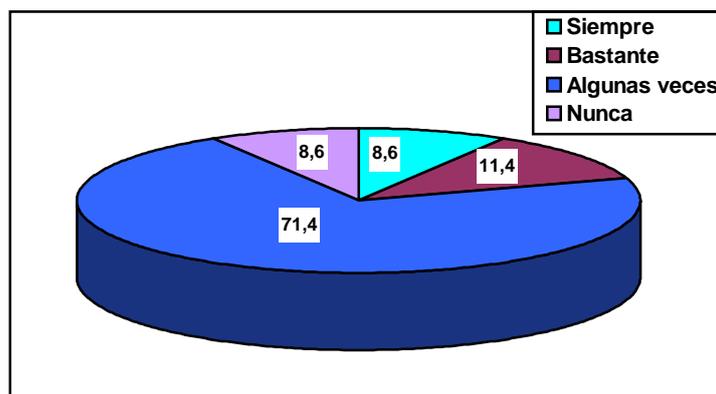


Gráfico.- Le afectan los problemas de sus alumnos en su vida privada

A continuación podemos apreciar el resultado de la pregunta anterior en este gráfico en forma de barras y de esta forma, con un resultado bastante abultado podemos observar como a un 71,4 % de los profesores encuestados **Algunas veces** le afecta

los problemas de sus alumnos en su vida privada. El resto de respuestas a las opciones facilitadas al profesorado, han sido bastante similares.

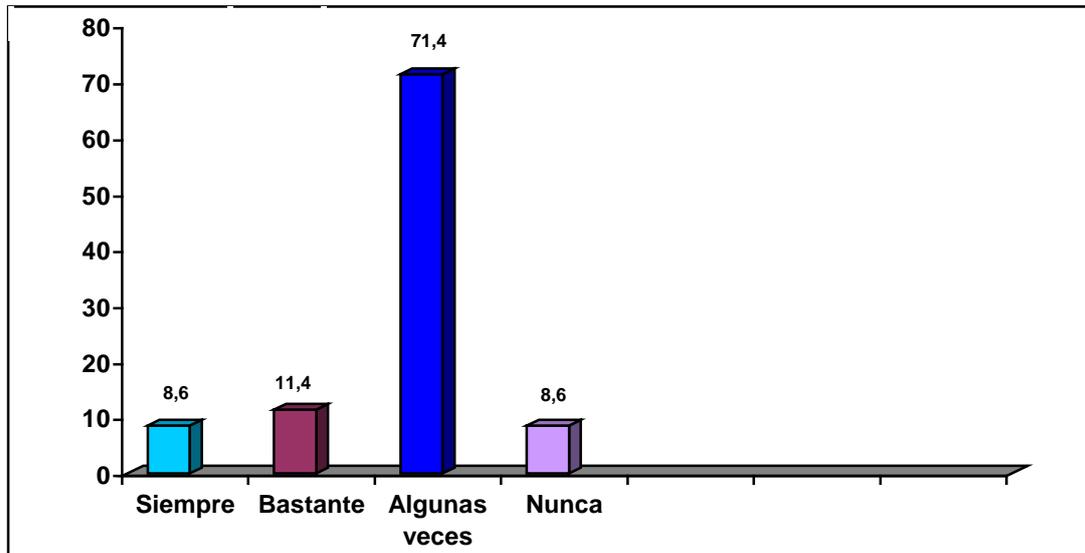


Gráfico.- Le afectan los problemas de sus alumnos en su vida privada

Separando las respuestas según la titularidad del centro, podemos observar como en un instituto público al 11,5 % de los profesores **siempre** le afectan los problemas de sus alumnos en su vida privada, un 15,4 % le afectan **bastante**, un 65,4 % **algunas veces** y un 7,7 % **nunca** le afectan los problemas de sus alumnos.

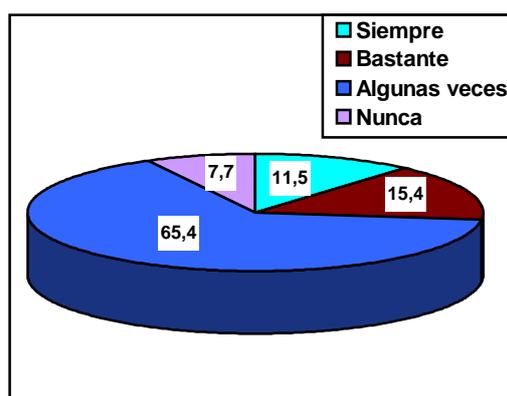


Gráfico – Ámbito público

A continuación podemos ver en otro tipo de gráfico, las respuestas que los profesores de los institutos públicos han contestado a la pregunta de si los problemas de sus alumnos le afectan en su vida privada.

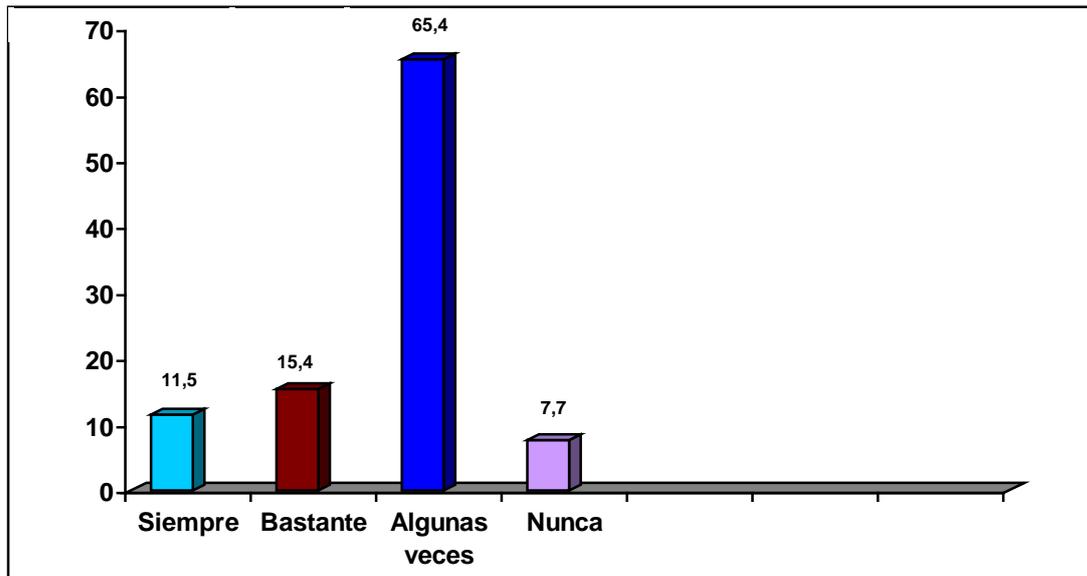


Gráfico – Ámbito público

A los profesores que trabajan en los institutos privados, un 0 % **siempre** le afectan los problemas, un 0 % le afectan **bastante** un 88,9 % le afectan **algunas veces** y un 11,1 % no le afectan **nunca** los problemas de sus alumnos en su vida privada.

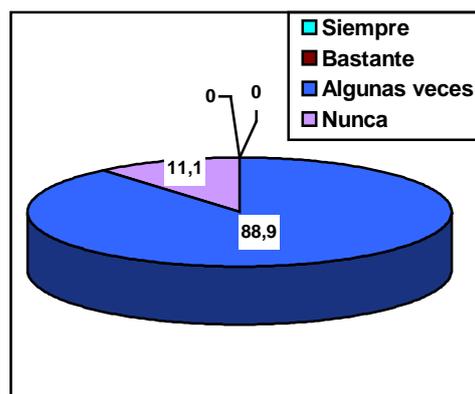


Gráfico – Ámbito privado

A continuación podemos ver en otro tipo de gráfico, las respuestas que los profesores de los institutos privados han contestado a la pregunta de si los problemas de sus alumnos le afectan en su vida privada.

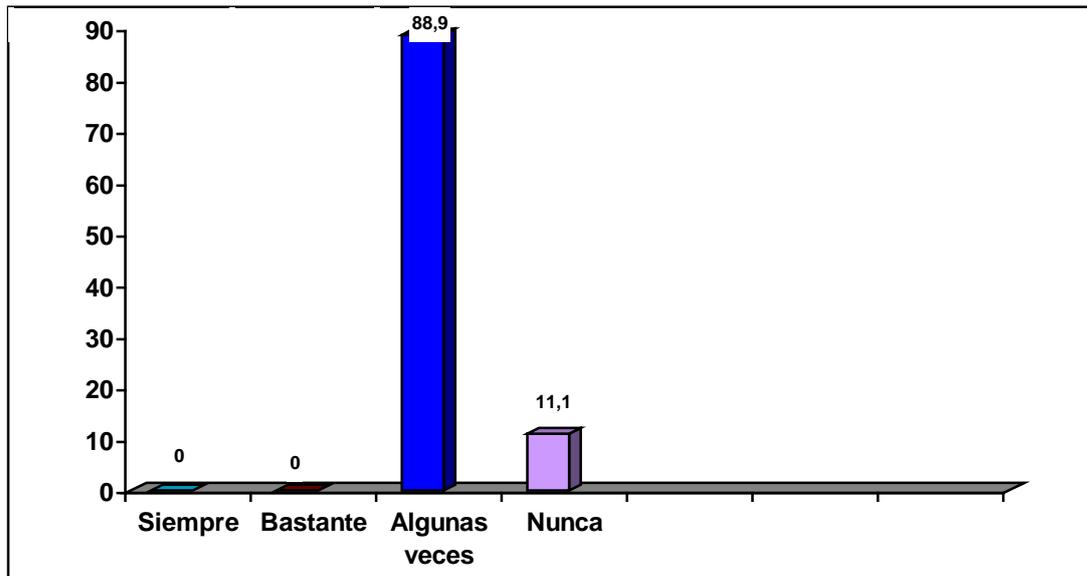


Gráfico – Ámbito privado

A la pregunta de **si se encuentran a gusto en su trabajo** podemos ver que un 94,2 % de los profesores entrevistados **Si** se encuentran a gusto en su trabajo y un 5,8 **No** se encuentran a gusto en su trabajo.

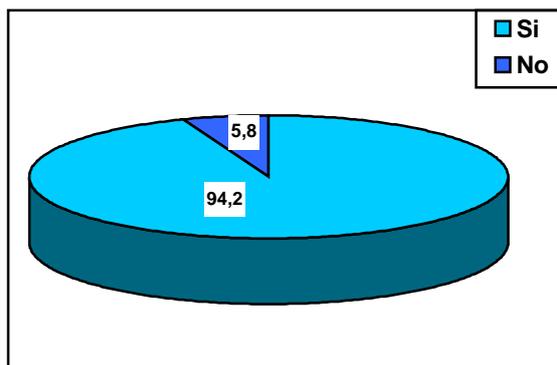


Gráfico.- Se encuentra a gusto en su trabajo

Los profesores que trabajan en los centros públicos han contestado con un 92,3 % que **Si** se encuentran a gusto en su trabajo frente a un 7,7 % que han contestado que

No, en el ámbito privado la respuesta ha sido contundente, el 100 % de los profesores encuestados han contestado que **Si** se encuentran a gusto en su trabajo.

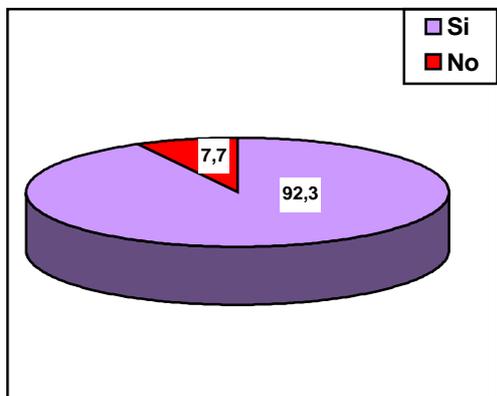


Gráfico – Ámbito público

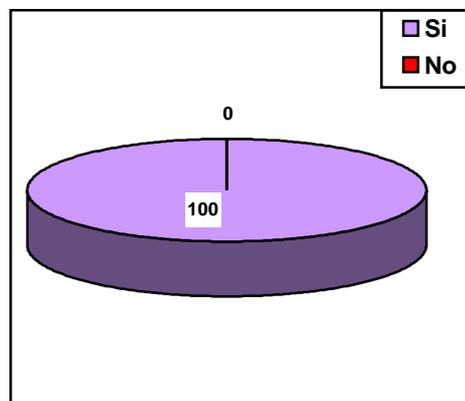


Gráfico – Ámbito privado

A la pregunta **Cree necesaria la figura del enfermero/a en el centro educativo**, podemos observar en el gráfico que el 79,7 % de las personas entrevistadas **SI** cree necesaria la figura del enfermero/a, frente al 20,3 % que **NO** cree necesaria la presencia de dicho profesional.

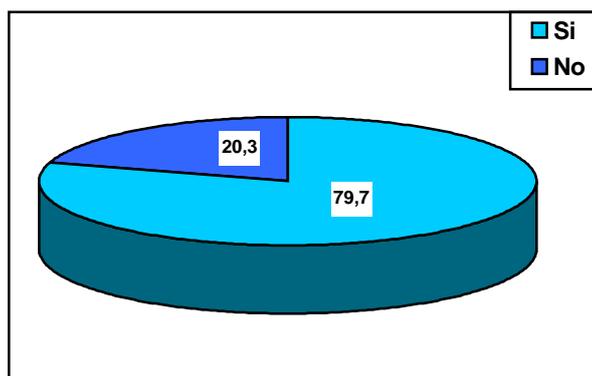


Gráfico – Cree necesaria la figura del enfermero/a

Diferenciando la pregunta según en el ámbito en la que ha sido contestada, es decir por un profesor que trabaja en un instituto público o privado, el resultado ha sido:

El 80,8 % de los encuestados en el ámbito público ha contestado que **Si** cree necesaria la figura del enfermero, frente al 19,2 % que ha contestado que **No**.

En el ámbito privado el 76,5 % ha contestado **Si** y el 23,5 % ha contestado **No**.

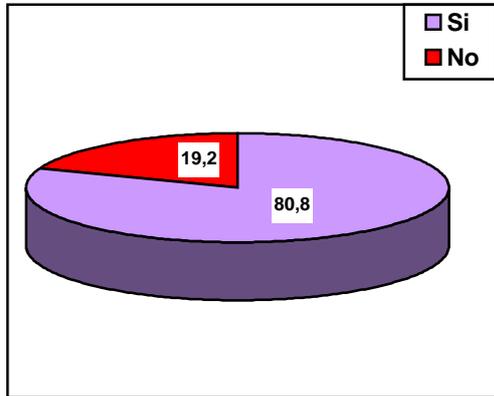


Gráfico – Ámbito público

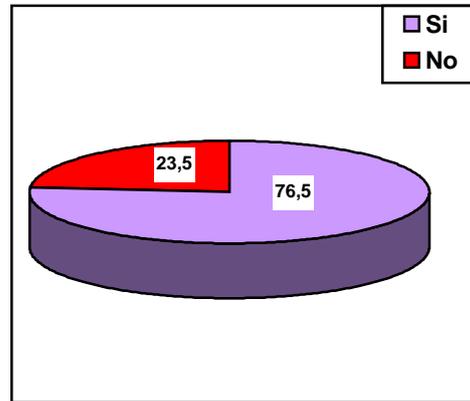


Gráfico – Ámbito privado

RESULTADOS PREGUNTAS ABIERTAS. CUESTIONARIO COMPETENCIAS DEL PROFESORADO EN LA DETECCIÓN DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN

	PREGUNTA 9 (causas depresión)	PREGUNTA 16¿Qué profesional de salud intervino?
1	Fisiológicas	-----
2	Estrés Enfermedades familiares Falta de trabajo/dinero Situaciones traumáticas Predisposición genética Circunstancias extremas Baja autoestima Exceso de responsabilidades trabajo Ansiedad	-----
3	Emocionales Biológicas	-----
4	Situación familiar Muerte ser querido Pérdida de hijo Divorcio Situación laboral Pérdida de trabajo Frustración Endógenas	-----
5	Alteraciones químicas del organismo Genéticas Estrés Frustraciones Enfermedades Falta de expectativas	Psicopedagogo Educador social Psicólogo
6	Factores genéticos Presión social, laboral y escolar Presión familiar Factores ambientales	-----
7	Duelo por alguien Pérdidas Estrés Enfermedades Cambios Inseguridad Baja autoestima Frustraciones Soledad	Psicopedagogo
8	Genético Problemas personales Personalidad	Psicóloga
9	Inseguridad	-----

	Cambios Estrés Enfermedades	
10	Problemas en casa Problemas con amigos Problemas en el colegio Baja autoestima	Psicóloga
11	No contesta	Psicopedagogo
12	Insatisfacción personal y colectiva	Psicopedagogo
13	Ambiente Dinero Falta de cariño Comprensión de los padres Angustia vital Falta de relaciones en grupo Problemas físicos Mal ambiente en el entorno	-----
14	Endógenas Exógenas Problemas familiares	Psicopedagogo
15	Estrés Ansiedad Insomni Tristesia Pérdida de peso	-----
16	Muerte de un familiar Ruptura amorosa Malas Notas Aislamiento en la clase Mofa por parte de los otros Inadaptación a un nuevo entorno	-----
17	Bajada en el rendimiento escolar Falta de motivación Aislamiento social	-----
18	No contesta	-----
19	Acontecimientos vitales Pérdida de familiares Dificultades ante os cambios Irritabilidad Herencia familiar	Psicopedagogo
20	Baja autoestima Consumo de tóxicos Problemas familiares Dificultades en relacionarse Fracaso escolar	Enfermera psiquiátrica
21	Presión familiar Divorcio de los padres Muerte de familiar cercano	-----
22	Baja autoestima	-----

	Por fracaso Fobia social Bullying	
23	Inadaptación a una sociedad excesivamente competitiva y exigente Aislamiento social No encajar con la imagen, comportamientos "ideales" No encontrar la posibilidad de luchar colectivamente contra "la norma" Traumas emocionales	Psicopedagogo
24	Ansiedad Estrés Exigencia Agotamiento Insatisfacción	Psicopedagogo
25	Falta de apoyos Sufrir alguna enfermedad difícil Desorientación No ver salida a los problemas Que el mundo que les rodea se derrumbe	-----
26	Perdidas familiares Fracaso en las expectativas Por celos Nacimiento de hermanos	Psicóloga
27	Estrés Soledad	Psicopedagogo
28	Estrés Insatisfacción Soledad Aislamiento Desgracias personales Problemas afectivos	Psicopedagogo
29	Aislamiento Tristeza	Psicopedagogo
30	Problemas familiares Problemas amistad Autoestima	-----
31	Baja autoestima Problemas afectivos Autoexigencia Obsesiones	-----
32	Ansiedad Falta de motivación	Psicólogo y endocrina
33	Fracaso Demasiadas expectativas Desconocimiento de uno mismo Presión de uno mismo Presión de fuera	Psicólogo
34	Frustración	-----

	Desengaño Estrés Perdidas familiares	
35	Estrés Causas orgánicas	-----
36	Endógenas Problemas personales Problemas familiares	-----
37	Carencia de Lítio Cambios bruscos de ánimo/humor Llanto continuo	-----

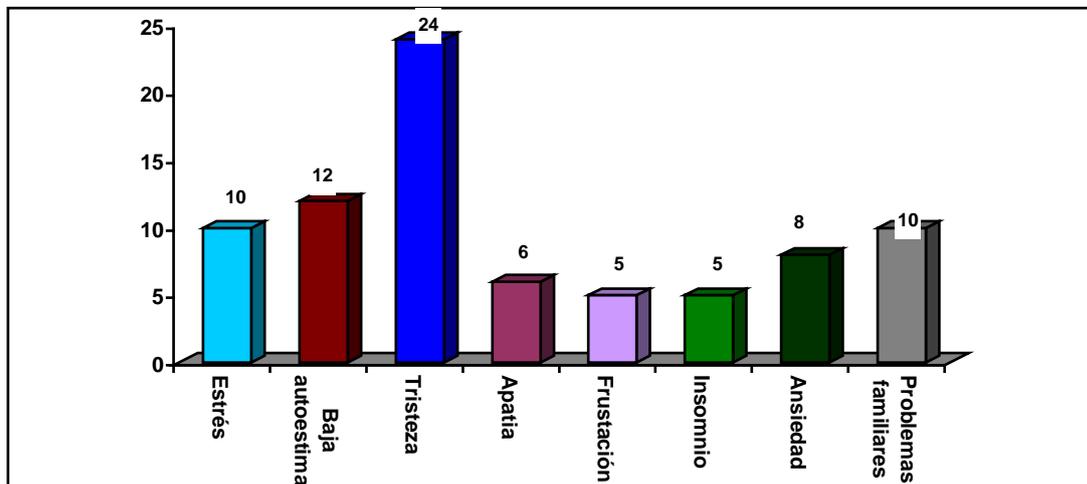
	PREGUNTA 9 (Síntomas)	PREGUNTA 16¿Qué profesional de salud intervino?
38	Tristeza Abandono personal Apatía	PSICÓLOGO
39		MEDICO
40	Baja autoestima Tristeza Ansiedad Debilidad Física	PSIQUIATRA
41	Tristeza Desinterés Desgana Languidez Llanto Fácil Irritabilidad No concentración Malestar Físico	Medico Medicina general
42	Tristeza Angustia Desmotivación Pocas Ganas de Hablar	Psicólogo
43	Angustia Miradas perdidas Descontrol emocional Mal comportamiento Estado animico inestable Hiperactividad Falta de Higiene Toxicomanias	Psicólogo Psicopedagogo
44	Tristeza Sueño Ansiedad Apatia	Psicólogo
45	Apatia Tristeza	EAP

	Desanimo Aislamiento	
46	Tristeza Decaimiento Pocas ganas de trabajar Desmotivación Pesimismo	
47	Apatia Tristeza Soledad	Psicólogo
48	Tristeza Aislamiento Social Dejar de comer Abandono higiene personal	
49	Dejadeza Tristeza Falta de interes Insomnio	Psicólogo
50	Tristeza Desanimo Perdida apetito Insomnio	Enfermera
52	Tristeza Aislamiento Menor rendimiento Mal participación	Psicólogo Psicopedagogo Logopeda
53	Tristeza Desanimo Inactividad Desmotivación Asocial	Psicólogo
54	Tristeza Falta de apetito Lloros Aislamiento Falta de concentración Insomnio	Equipo psicopedagogía
55	Tristeza Aislamiento	
56	Tristeza Desmotivación Pensamientos negativos Rechazo relaciones sociales Rechazo de actividad Pereza Pensamientos recurrentes Silogismos negativos circulares Trastornos del sueño	
57	Tristeza	

	Abandono Aislamiento Agresividad Irritabilidad	
58	Inactividad Tristeza Aislamiento	
59	Apatia Aislamiento Tristeza Desinterés Anorexia Agorafobia	Psicólogo psicopedagogo
60	Apatia Tristeza Angustia Alteraciones alimenticias Insomnio Bajo rendimiento Ansiedad	
61	Apatia Astenia Cambios de humor Tristeza Lloro fácil Irritabilidad Falta de concentración	
62	Tristeza Ansiedad Nerviosismo	
63	Insomnio /Hipersomnio Anorexia Polifagia Sentimiento de desastre Tristeza	Psicólogo
64	Tristeza Enojo Insatisfacción Lloros	
66	Resultados académicos Desengaños amorosos	EAP
67	Insatisfacción personal Problemas laborales Relaciones interpersonales	
68	Baja autoestima Desgracia familiar Inadaptación Impotencia Soledad	

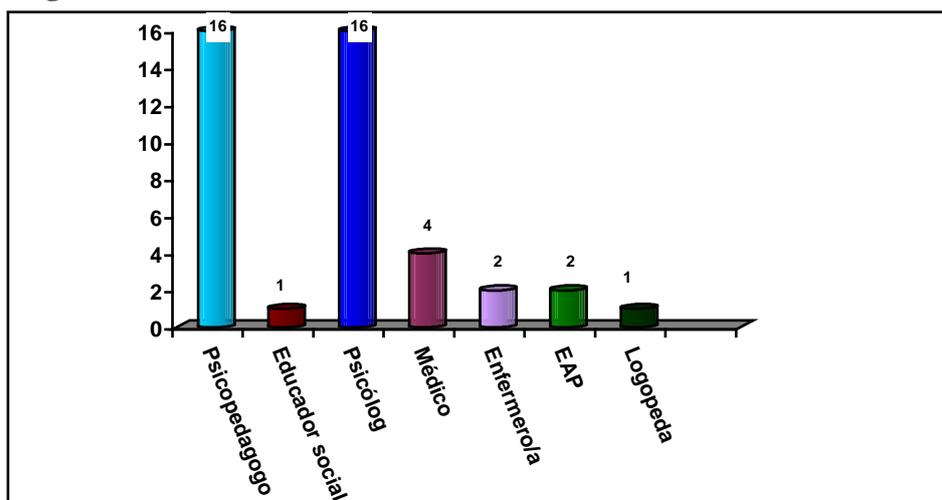
	Fracaso Acoso	
69	Problemas emocionales Problemas fisiológicos Frustraciones Solitud Régimen estricto Sensibilidad excesiva Inseguridad	
70	Baja autoestima Anulación de la personalidad Problemas familiares Fracaso escolar Inadaptación Estrés Soledad Acoso Rechazo	Psicopedagoga

Pregunta 9



Este gráfico refleja cuáles creen que son las causas de la depresión, y se puede observar que 24 encuestados (34.2%) cree que la causa más frecuente de depresión es la tristeza, después la baja autoestima con 12 encuestados (17.14%), y el estrés junto los problemas familiares con 10 respuestas (14.2%), siguiéndole la apatía, la frustración y el insomnio con porcentajes inferiores. Teniendo en cuenta que se han dado más respuestas aunque su incidencia a sido mucho menor.

Pregunta 16



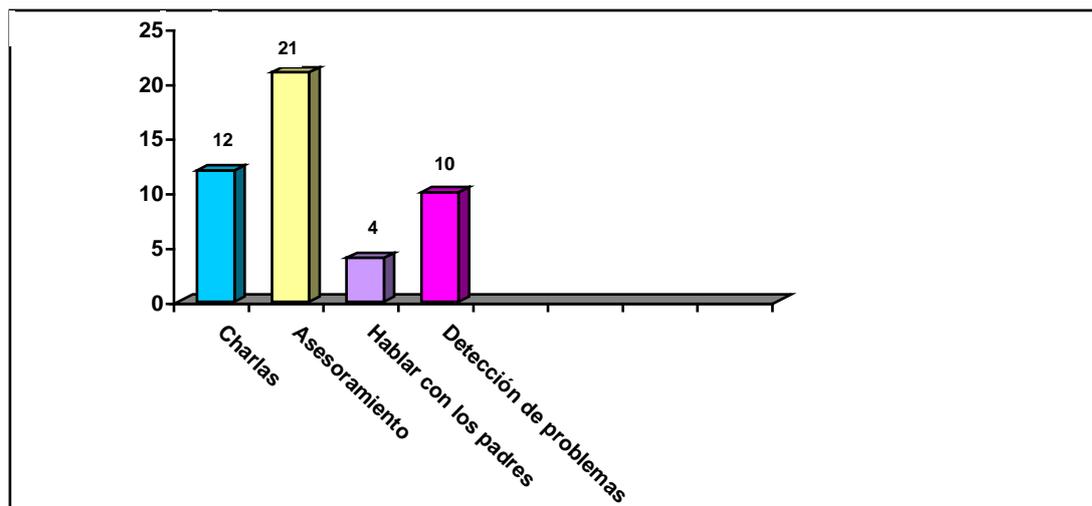
Se observa que el 22,85% cuando a tenido alguna sospecha de problema de salud mental ha acudido a pedir ayuda al psicólogo o al psicopedagogo, así como un 5,7% la ayuda la solicitó a un médico, sólo en 2 de los casos que supone un 2,85% se buscó la intervención de un EAP o un enfermero/a, y el logopeda junto el educador social en uno de los casos, que supone el 1,4%.

PREGUNTA Nº 30 ¿Cómo cree usted que debería intervenir el enfermero/a?

7	Detectar posibles problemas e intervenir en la medida de sus posibilidades
8	-----
9	Charlas Control de medicamentos Técnicas de relajación en crisis
10	Hablar con el alumno Conocer su historial Hablar con los profesores Hablar con los padres
11	-----
12	A través de profesional psicólogo
13	Prestando ayuda individual (nunca en grupo) Hablando con los padres No dando consejos sino actuando Buscando un médico especializado que esté en contacto con el alumno
14	En colaboración con los profesores Con charlas a los alumnos Ofreciendo horas para que los alumnos puedan consultar
15	-----
16	-----
17	-----
18	Cuando lo quiera el alumno
19	Ayudando al alumno en la consulta que le hagan Facilitándole los trámites que sean necesarios

	<p>Prestando información en temas sexuales y de prevención</p> <p>Ayudando a los padres a comprender algunas enfermedades de sus hijos</p> <p>Contribuyendo a que se mediquen cuando sea necesario</p> <p>Facilitando la derivación a un centro llegado el caso</p>
20	<p>Charlas educativas</p> <p>Sesiones periódicas o entrevistas con los alumnos</p> <p>Resolver dudas, estar abierto a nuevas consultas</p> <p>Asegurarle que lo que dice es confidencial</p>
21	<p>Con intervenciones que le hagan conocer mejor al alumno</p> <p>Dando herramientas al profesor para la detección de éste tipo de patologías</p>
22	Relación padre, psicólogo, padres y alumnos
23	-----
24	<p>Asesoramiento a los alumnos periódicamente</p> <p>Darles orientación psicológica y sexual</p> <p>Atender los casos recomendados por los docentes</p>
25	-----
26	Información y asesoramiento
27	-----
28	<p>Entrevistas con los alumnos</p> <p>Cooperación con tutor y resto de profesores</p>
29	-----
30	<p>Socorro</p> <p>Consejo</p> <p>Información</p>
31	Teniendo contacto con los alumnos
32	<p>Asesorar</p> <p>Informar</p> <p>Orientar</p>
33	Atender a los alumnos con problemas psicológicos periódicamente
34	-----
35	Sesiones de consulta en el centro educativo
36	Estar en disposición de alumnos y profesores en horario convenido
37	<p>Higiene y salud mental alumnos (dudas, consejos)</p> <p>Formación básica del profesorado sobre la depresión</p>
38	<p>Entrevista con alumno</p> <p>Informe médico</p> <p>Pasar la información al psicólogo</p>
39	Programa salud i escola pero mas horas
40	<p>Soporte a la acción tutorial</p> <p>Ayuda en los alumnos en horas concertadas</p> <p>Asesoramiento en la formación del profesorado</p>
41	<p>Punto de referencia para alumnos y profesores</p> <p>Soporte en caso de dudas /información</p> <p>Intervención con el alumno</p>
42	<p>Asesorando a los profesores y alumnos que soliciten su servicio</p> <p>Ayudando a detectar los problemas de salud de los alumnos</p> <p>Derivando a un alumno con problemas</p>
44	<p>Charlas alumnos</p> <p>Charlas profesores</p>

45	Detectando tipos específicos del problema Dar pautar de actuación
46	Aconsejándole que vaya ha hablar con el psicólogo al centro
48	Tal como lo hace ahora dedicándole más horas a la semana
49	Ya tenemos este servicio, tal y como lo hace ahora
50	Ayudando a detectar problemas Derivando al alumno a la institución adecuada
51	Fer xerrades sobre drogues- sexualitat-alcohol-diferents malalties als alumnes i als professors Estant a mb contacte amb els alumnes amb problemes i fer seguiment
52	Resolución de dudas de los alumnos Derivación del alumno hacia el especialista concreto si fuera necesario
53	Orientar a los alumnos que lo pidan sobre educación sexual Orientar a los alumnos sobre el uso de drogas Orientar sobre habitos saludables de alimentación y actividad física (detección de casos de sobrepeso) Detección de problemas bulimia/anoréxia
54	Revisando el estado físico de los alumnos con problemas
56	Cada centro habrá de establecer un perfil dentro de su contexto
58	Asesoramiento a los alumnos cuando lo soliciten
59	Orientar:- dudas médicas - dudas sexuales - temas de drogas
62	Cuando se solicite la detección de problemas
65	Orientando a alumnos y profesorado Atendiendo pequeñas consultas Colaborando en talleres
66	Permanencia en el centro Horas de visita periódicas Atención inmediata de las urgencias
68	Atendiendo alumnos que se encuentran mal Haciendo curas Charlar puntuales de determinados temas
69	Como instrumento de detección de problemas Como medio de información de posibles problemas
70	Información al profesorado Orientación al profesorado Ayudar a detectar algún caso de depresión Para consultas de todo tipo de problemas de salud Curas de heridas



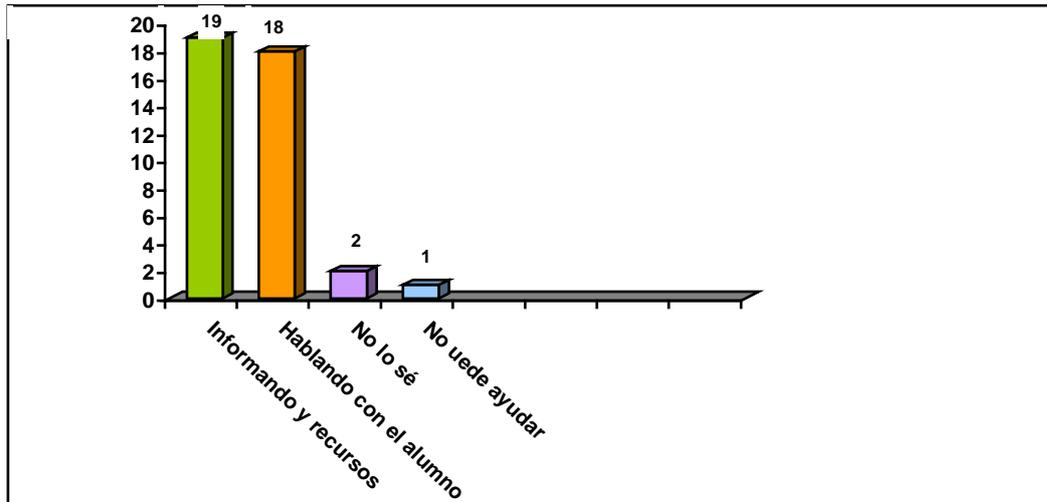
El 30% cree que el personal de enfermería debería actuar en los centros educativos como asesoramiento tanto al profesorado como a los padres o alumnos, un 17,4% opina que debería realizar charlas, un 24,2% que debería ser él quien detectara los problemas de salud mental, y un 5,7% cree que debería ser enfermería quien comunicara a los padres que su hijo/a tiene un problema de salud mental cuando éste se detecte.

Pregunta 31¿Como cree usted que el enfermero/a le puede ayudar a detectar la depresión?

7	Sabiendo la sintomatología del alumno
8	-----
9	Conocimiento materia Conocimiento medicamentos Efectos secundarios medicación, consejos
10	Observando el comportamiento del alumno
11	-----
12	-----
13	-----
14	-----
15	-----
16	-----
17	-----
18	-----
19	Por información de los profesores Revisión del alumno en su estado físico y emocional
20	Sesiones periódicas con los alumnos Entrevistas periódicas individualizadas Observación del alumno en grupo y familia
21	Por sus conocimientos tienen más herramientas para detectar la enfermedad
22	Conocen mejor los síntomas
23	-----
24	Mantener entrevistas personales con los alumnos

	Actuando coordinadamente con los docentes Haciendo sesiones de orientación a los alumnos
25	-----
26	-----
27	-----
28	Analizando comportamientos depresivos
29	-----
30	-----
31	Atendiendo alumnos con síntomas de depresión y enviándolos al psicólogo o psiquiatra
32	Información de la enfermedad Comunicación con el alumno de situaciones o reacciones
33	Detectar síntomas de depresión Decir que tipo de conversación hay que tener con el alumno para detectar la depresión
34	-----
35	-----
36	Dando información Dando recursos
37	Con tests anónimos para los alumnos Que los profesores conozcan las pautas de conducta a detectar en los alumnos
38	Proporcionando la información y formación necesaria
39	Informando al tutor del alumno del estado de éste Preparando un protocolo de actuación rápido para este caso a nivel escolar y atención médica especializada
40	Entrevistando al alumno que se sospecha que puede tener una depresión para intentar derivarlo a un profesional sanitario
41	Dando información Interviniendo de forma directa (entrevistas...)
42	Reuniéndose con el alumno que se sospecha que está pasando por una depresión Informar al profesorado de los síntomas para detectar a los alumnos que tienen depresión
43	Analizando los individuos y después derivando a los profesionales Con una mejor presencia en el centro
44	Formando a los profesores
46	Creo que sería más efectivo el psicólogo del centro
48	Tiene una preparación adecuada
49	No habitualmente
50	Hablando con el alumno
51	No he adquirido ya esa competencia
53	Entrevistas con alumnos que presentan síntomas Entrevistas con alumnos que lo solicitan voluntariamente
54	No lo se
56	Recibiendo los avisos de las personas en contacto con los alumnos
58	Explicando los síntomas
59	Como profesional debe conocer los síntomas
62	Consejos, seguimientos, derivación médica
65	Hablando con la persona afectada

	Orientando al profesor en la conducta a seguir
66	Exponiéndole los casos posibles y asesorando directamente al alumno
69	Explicando lo síntomas
70	Informando Tratando el con el alumno



El 27,14% de los encuestados opina que el enfermero/a podría ayudarles dándoles la información necesaria sobre la enfermedad y facilitando recursos, sin embargo un 25,74% cree que debería ser el profesional enfermero el que detectará las anomalías, un 2,85% no sabe como podría ayudarles enfermería y un 1,4% opina que no les podría ayudar de ninguna manera.

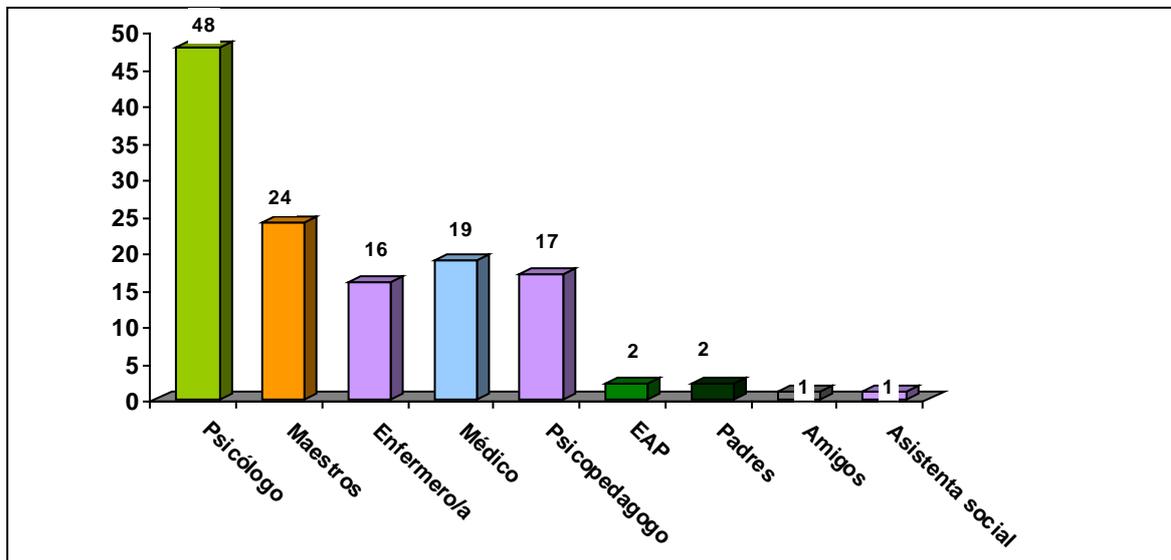
Pregunta 32: ¿Cuál cree que serían los profesionales necesarios a implicar en la detección precoz de trastornos mentales en los alumnos?

7	Psicopedagogo Psicólogo Psiquiatra
8	Psicólogos Maestros
9	Psicólogo Psiquiatra Psicopedagogo
10	Psicólogo Psiquiatra Profesores Enfermeros

11	-----
12	Psicólogo Tutor
13	-----
14	-----
15	-----
16	Psiquiatra Psicopedagogo Psicólogo
17	Psicopedagogo Psicólogo
18	Psicólogo
19	Profesores Psicopedagogo Toda la comunidad de enseñantes
20	Enfermera Profesor Psicólogo
21	Profesor Enfermera Psicólogo
22	Psiquiatras
23	Psicopedagogos Tutores
24	Profesores Psicólogos Enfermeros Padres
25	Padres Medico de cabecera Psicólogo
26	Psicólogo
27	-----
28	Médico Psicólogos Psiquiatras Profesores Enfermeros Tutores Padres Amigos
29	Psicólogos
30	Psicólogo
31	Médico familia Psiquiatra Psicólogo
32	Psicólogo
33	Psicólogo

34	Psicólogo Médico Enfermero
35	Psicólogo Psiquiatra
36	Psicólogo
37	Enfermero Psicólogo Tutor
38	Psicólogo
39	Profesor Tutor Psicopedagogo Psicólogo Enfermeros Psiquiatra
40	Tutor Enfermero Psicopedagogo Psicólogo
41	Enfermero Psicólogo centro Medico generalista Psicólogo
43	Profesionales del ámbito de la medicina Terapeutas con horas suficientes para atender los casos individuales
44	Psiquiatras Psicólogos Asistentes sociales Profesores Enfermeros
46	Psicólogos y psicopedagogos
47	Profesor Psicólogo
48	Psicólogos
49	Profesores Tutor Padres Algún profesional que pueda tener trato directo con el alumno
50	Psicólogos Médico Enfermeros
51	Psicólogos
52	Profesor Psicólogo Psicopedagogo
53	Profesor Psicólogo
54	Una buena labor tutorial

56	Psicopedagogos
57	Psicólogos Neurólogos
58	Enfermeros Psicólogos
59	Psicólogo Psicopedagogo Tutor
60	Psicólogos
61	Psicólogo Tutor Psicopedagogo
63	Profesor Psicólogo Medico de familia
65	Enfermeros Psicólogos
66	Psicopedagogo EAP
67	Psicopedagogo Psicólogo
68	Psiquiatra
69	Psicólogo
70	Psicólogo Psicopedagogo



Los encuestados opinan que los profesionales necesarios para detectar la depresión precozmente son en un 68,57% el psicólogo, en un 34,28% el profesorado, en un 27,1% los médicos incluyendo aquí a los psiquiatras, en un 22,85% a los profesionales de enfermería, después a los psicopedagogos con un 24,28%. Y en menor medida se cree que el EAP, los padres, los amigos o la asistente social también son necesarios para detectar la depresión precoz.

Pregunta 33

A la pregunta si ha sido tutor en alguna ocasión han contestado: 59 que SI 8 que NO y 3 no han contestado

Las sugerencias obtenidas en los cuestionarios han sido, por numeración de encuesta:

16. Lo mismo que considero necesario para los alumnos, considero igualmente oportuno para el profesorado que convive con ellos muchas horas al día y que hace de padre, madre, sacerdote, psicólogo, asesor sentimental etc.

19. Sería conveniente que un enfermero tuviera días de consulta en el centro (de mañana) para atender al alumnado en su proceso de adolescencia, en sus cambios físicos y emocionales así como en prevención de embarazos no deseados. Creo que agradecería mucho su presencia la comunidad escolar, padres, profesores y alumnos.

23. Hubiese agradecido que el cuestionario fuese redactado en catalán, que es la lengua propia de Catalunya y según la ley la lengua vehicular en la enseñanza.

24. Se debería concretar más el concepto depresión. No se tratan el resto de trastornos como déficit de atención, hiperactividad, etc.

25. La medicina preventiva y la detección precoz de trastornos y patologías creo que deben llevar a cabo dentro del sistema sanitario, no del sistema educativo. Creo sin embargo que una colaboración de la escuela con la familia y con el médico o pediatra puede ser en algunos casos, necesaria y por tanto útil, pero no se puede pretender hacer caer sobre el profesorado esa responsabilidad, porque no es su función, ni está preparado para ello.

59- Cuando eres tutor de un grupo es más fácil detectar estos casos ya que mantienes un dialogo mas frecuente tanto con el alumno como sus padres o tutores legales. Creo que se debe dedicar especial atención a los alumnos que enfrentan una separación o divorcio de sus padres. Son una diana fácil para desarrollar un sd. Depresivo.

67- Este tipo de problemas es muy difícil de detectarlos dado el volumen de alumnos y las horas que cada profesor esta en el aula y por otra parte es una tarea para la que no estamos en absolutos preparados. Por otra parte cada vez el tutor tiene más responsabilidades que no puede asumir

CONCLUSIONES

Para facilitar la comprensión de la explotación de los datos obtenidos hemos confeccionado un resumen donde de forma sintetizada damos a conocer los aspectos más relevantes del estudio aportando las conclusiones del equipo de investigación.

1. Tras recoger las encuestas nos encontramos con una muestra joven, una media de edad de 43 años donde un 65% contaban con más de once años de experiencia.
2. Mayoritariamente atienden 4 o menos grupos (53%), seguido por grupos de 4 a 7 grupo (40%) y minoritariamente grupos de igual o más de ocho (7%). Cada clase está formada de 15 a 35 alumnos dependiendo de las características del centro.
3. El 91% de los profesores afirman saber que es una depresión.
4. Podemos resumir los datos obtenido en la pregunta 10 con la siguiente tabla, DONDE agrupamos los síntomas que **si** tienen relación con la depresión separándolos de los que **no** tienen relación e indicando el porcentaje de ACIERTO en su respuesta por parte de los profesores cuestionados:

SÍNTOMAS RELACIONADOS	SI	% ACIERTO	SÍNTOMAS RELACIONADOS	NO	% ACIERTO
Tristeza		94,3%	Escuchar voces		90%
Lloro		80%	Guardar basura		85,7%
Dejar de comer		62,9%	Conducta agresiva		68,6%
Aislamiento		85,7%	Euforia		84,3%
Aislamiento Entorno		80%	Gritar		84,3%
Bajar rendimiento escolar		81,4%	Creer que la tv habla de él		85,7%
Disminuir de peso		57,1%	Tomar tóxicos		75,7%
Ausentismo escolar		68,6%	Creer ser Dios		88,6%
Dormirse en clase		32,9%	Desinhibición sexual		81,4%
			Hablar mucho		92,8%
			Subir el rendimiento escolar		100%
			Ver cosas inexistentes		86,6%

La conducta más identificada como indicadora de depresión ha sido la tristeza en un 94%, seguida de una disminución del rendimiento escolar (81,4%), lloros espontáneos y aislamiento del entorno (80%), abandono de la higiene personal (71%), ausentismo escolar (68,6%), dejar de comer (62%), disminución de peso (57,1%), y por último desinhibición sexual (18,6%). **Podemos concluir que en su mayoría siempre más del 50% de los profesores a respondido con acierto a los síntomas que están o no relacionados con la depresión** a excepción del dormirse en clase que solo lo relacionó el 32,9% y muy justito la disminución de peso donde solo 57,1% lo ha considerado como síntoma a relacionar con la depresión.

Sólo un 24,3% han asociado los tóxicos como una posible conducta provocada por la depresión. Cierto es que en la actualidad no se puede determinar si el consumo de tóxicos es una conducta que hace sospechar de un posible trastorno depresivo, una consecuencia de este trastorno o una conducta que no se relaciona directamente. Lo cierto es que las patologías de salud mental, y en especial la depresión, están muy relacionados y por lo tanto lo podríamos considerar como un señal de alarma.

5. El profesorado estudiado considera que puede ser un factor indirecto que pueda desencadenar una depresión en el alumno en un 54,3%, que su actitud no influye en un 41,4% y que influye directamente en un 4,3%. Podemos considerar, con más de la mitad del profesorado encuestado, que son conscientes de la posibilidad de influencia, aunque sea indirectamente, que ellos pueden llegar a tener en la aparición de síntomas depresivos en sus alumnos, si bien en ningún caso suele ser éste el único motivo desencadenante de la patología.

6. La población en general está muy sensibilizada con la importancia de la detección precoz de la depresión, los profesionales de la educación también. De echo, un gran porcentaje (**97,1%**) **consideran importante la detección y diagnóstico precoz de este trastorno pero sólo un 65,2% lo asumen como una de sus funciones dentro de su ejercicio profesional.**

7. Un **17,4%** se han encontrado ante un alumno que tenía alguna intención o **idea de suicidio**. En el cuestionario que distribuimos pudimos observar que en un **50,9%** **habían realizado una o más ínter consultas con el personal sanitario** durante el último año escolar por sospecha de problema de salud mental. Mayoritariamente había sido en una o dos ocasiones (38,6%)

8. Los profesores consideran que los recursos de los que disponen son insuficientes en un 84,3%. No se ha especificado si son materiales,

temporales, personales o de conocimientos, lo cierto es que un alto porcentaje **(84,3%) estaría interesado en recibir formación sobre salud mental y depresión.**

9. En la pregunta número 18 La mayoría (75,7%) de los profesores encuestados manifiestan necesario hablar con el alumno que presenta ideación suicida, si bien dan prioridad a tratar el tema con el psicólogo con un 88,6% seguido del 77,9% hablar con los padres. Más de la mitad (55,7%) hablaría con el director, 27,1% hablaría con la enfermera y en último lugar con 7,1% refieren que tomarían otras posibilidades no contempladas en el cuestionario.

10. En la pregunta número 23 sorprende que más de la mitad del profesorado encuestado con un 54,30% manifiesta **no** tener reuniones con regularidad con los padres de sus alumnos para hablar del estado de ánimo, rendimiento escolar y actitud en clase de sus alumnos.

11. Mencionar que no hemos encontrado diferencias significativas en ninguna de las preguntas del cuestionario entre centros privados o públicos, tan solo destacar que en la pregunta nº 26 los centros públicos manifiestan tener más herramientas o soportes para abordar una situación de depresión de sus alumnos con un 30,8% frente a solo un 5,6% que manifiesta tener dichas herramientas o soporte del centro privado.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

A continuación describimos las posibles líneas de actuación que se podrían realizar para que el profesorado y también los alumnos pudieran tener más recursos a su alcance:

1. Informar a los profesores de las funciones y competencias de las enfermeras en los centros educativos catalanes.
2. Planificar sesiones formativas a los profesores de salud mental.
3. Planificar talleres formativos dirigidos a los alumnos de salud mental.
4. Informar a los profesores de las funciones y competencias de las enfermeras en los centros educativos catalanes.
5. Facilitar a los alumnos una persona a la que puedan dirigirse, en este caso el enfermero/a asignado al centro, en el caso de que no encuentren la ayuda que ellos necesitan por parte del profesorado.
6. En el caso de que el alumno necesite ayuda mas especializada (psiquiátrica) poder derivarlo sin problemas al centro de atención sanitaria que corresponda.
7. Volver a pasar las encuestas en un tiempo estipulado, para poder valorar la mejoría o empeoramiento de la calidad del profesorado, herramientas disponibles, para detectar los problemas (en este caso depresión) en sus alumnos.
8. Hacer tutorías que expliquen las competencias del enfermero para poder crear un vínculo entre la escuela y el enfermero.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Les indicamos a continuación una posible línea de investigación para poder valorar la eficacia real del trabajo conjunto entre los profesores y los profesionales de enfermería.

1.- Se realizaría un estudio de caso-control en el que se identificarían 2 grupos diferentes.

Primer grupo: Tendría toda la información necesaria para poder detectar la depresión precoz en adolescentes, así como la ayuda de enfermería para consultas, poder comunicarse con el alumnado, recursos accesibles, etc. Es decir todas las herramientas necesarias para realizar un trabajo en equipo lo más eficaz posible.

Segundo grupo: No tendría un profesional enfermero y con las herramientas innatas y conocimientos propios el profesorado debería detectar la depresión precoz en adolescentes.

Esta línea de investigación se llevaría a cabo en un tiempo determinado, y se valorará la importancia o no del profesional de enfermería en los centros educativos, para poder detectar precozmente enfermedades de salud mental. La herramienta de medición sería la declaración de casos detectados y su correcto seguimiento, así como escalas de medición de grado de competencia del profesor.

Bibliografía

J. Callabed, MJ, Comelles, MJ, Mardomingo." El entorno social, niño y adolescente ". Edición Alertes, 1998

Departamento de cultura, Gabises SA, Encuesta a la juventud de Cataluña, 1998

J.Bobes,M.P. Gonzalez, P.A.Sáinz " Instrumentos básicos para la prácticas de la psiquiatría clínica ". Ed. Novartis Farmaceutica SA,

A. Bulbena, G. Berrios, P.Fernández " Medición clínica en psiquiatría y psicología " Ed. Masson 2000

LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. Joseph Tomàs i Vilaltella. Ed: A.G. RUPEM, 1995

ACTUACIONS PREVENTIVES A L'ADOLESCÈNCIA. Pilar Duro, Elies Casals, Jordi Pou. Generalitat de Catalunya, departament de salut. Ed: DOYMA, 2004.

Master de enfermería. Volumen de ciencias psicosociales. Pilar Tazón Ansola, Lide Aseguinolaza, Javier García. Ed: MASSON, 2000.

PSIQUIATRIA Y PSICOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA. Arturo Grau, Julio Menneghello. Ed: Panamericana, 2000.

ARGUMENTS ADOLESCENTS. "EL MÓN DELS ADOELSCENTS EXPLICAT PER ELLS MATEIXOS". Fundació Jaume Bofia i Secretaria General de joventut, desembre 2004.

DESARROLLO PSICOLÓGICO Y EDUCACIÓN. Jesús Palacios, Alvaro Marchesi, Lessan coll. Ed: Alianza Psicología, 1998.

LA INFANCIA I ADOLESCENCIA CATALANES. Plà integral de suport a la infancia i adolescencia de Catalunya. (www.gencat.es)

SITUACIÓ ACTUAL DEL TRACTAMENT DE LA DEPRESSIÓ. Dolores Rodríguez. Fundació Institut Cálala de Farmacología. Vol. 16, num. 10, 2004 (www.gencat.es)

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de Organización Mundial de Salud. Ginebra 2001. (www.WHO.org)

DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. S.Otero Cuesta. Pediatría integral 2004; VIII (8): 635-641 (www.sepeap.es)

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ASIGNATURA PENDIENTE. Dr. Germán Castellano Barca. Sociedad Española de medicina del adolescente. (www.Adolescenciasema.org) 2005

"El peor error de un padre es querer parecer perfecto a su hijo".Revista magazine del diario la Vanguardia. 9 julio 2006.

ANEXO

ANEXO 1 Valoración según el modelo de Virginia Henderson del adolescente orientado a problemas de depresión.
pag. 113

ANEXO 2 Principales diagnósticos (NANDA) e intervenciones de enfermería (NIC) ante el paciente adolescente con depresión
pag. 120

ANEXO III Escala de depresión de Hamilton
pag. 124

ANEXO IV Estadios de Tanner
pag. 129

ANEXO V Organigrama de la DGPA (Dirección general de evaluación y planificación)
pag. 131

ANEXO VI Cuestionario para evaluación de competencias del profesorado para la detección de síntomas depresivos en sus alumnos.
Pag. 133

VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON DEL ADOLESCENTE ORIENTADO A PROBLEMAS DE DEPRESIÓN

Con el fin de realizar el diagnóstico correctamente es preciso en un primer lugar realizar una valoración de las necesidades básicas, siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

♦ *Necesidad de respiración*

Esta necesidad no suele hallarse vitalmente afectada; sin embargo, hemos de tener en cuenta que el adolescente puede presentar un cuadro ansioso importante y como manifestación fisiológica aparece la hipernea como dificultad respiratoria.

También puede ocurrir que, secundario a la inhibición general, las defensas estén disminuidas apareciendo el riesgo de infección respiratoria y su correspondiente clínica.

♦ *Necesidad de nutrición e hidratación*

Esta necesidad se halla gravemente perturbada debido al estado anímico de la persona: apatía, desinterés, inhibición, ideas de ruina, perjuicio o culpa que le impiden alimentarse. También puede ser, como es en el caso de episodio de depresión mayor, que le falte autonomía para realizar los movimientos o actividades necesarias para realizar su alimentación e hidratación.

Existe una falsa percepción de los alimentos: de que no se hallan en condiciones de ser consumidos, parecerles con mal aspecto y olor desagradable, lo que provoca la negativa a la ingesta de nutrientes. En otras ocasiones hace aparición lo que se denomina una conducta paradójica: mientras repite insistentemente su imposibilidad para alimentarse se puede observar que ingiere vorazmente la comida prácticamente sin masticar.

En el caso que aparezca negativismo, rechaza de manera absoluta y activa cualquier intento de alimentarse.

◆ *Necesidad de eliminación*

No es extraño encontrar problema de estreñimiento o dificultades para la eliminación vesical secundario a la inadecuada o insuficiente nutrición e hidratación. El estado de depresión afecta por un lado la movilidad impidiendo la actividad y por otro lado, incluye también la disminución de la motilidad gastrointestinal y su consiguiente dificultad para la eliminación. Secundario a esto se producirán molestias más difusas como sensación de pesadez, aerofagia o dificultades específicas para digerir determinados alimentos.

◆ *Necesidad de movilización*

Esta necesidad suele hallarse por regla seriamente alterada. En la depresión, debido a la importante inhibición psicomotora que produce la enfermedad, el adolescente se encuentra desposeído de motivación para realizar cualquier tipo de actividad y no tiene interés por nada, ni por su propia vida. En las situaciones más graves permanece en la inmovilidad total, bloqueado, o únicamente realiza los movimientos mínimos.

Con frecuencia le cuesta un esfuerzo superior a sus posibilidades realizar cualquier tipo de actividad; su tendencia natural en estos casos es permanecer aislado e inmóvil, y no colabora por propia iniciativa en las actividades cotidianas.

◆ *Necesidad de reposo y sueño*

El ritmo biológico es peculiar y por regla general se encuentran peor por la mañana. En los adolescentes es más frecuente la hipersomnía que el insomnio lo que provoca somnolencia durante todo el día.

◆ *Necesidad de vestirse y desvestirse*

Esta necesidad tiene interés especial para observar el estado anímico del joven. Se puede entender con facilidad que la falta de interés y motivaciones conduce al abandono en el cuidado del arreglo personal. El aspecto externo traduce en cierta manera el estado de ánimo interno. Si recordamos en este sentido ciertas costumbres culturales que apoyan esta afirmación, la ropa de color negro se ha utilizado desde tiempos remotos como señal de luto, de tristeza y exteriorización de dolor.

Ropas anchas y oscuras pueden reflejar el adolescente que pretende pasar desapercibido, sin ganas de realizar interacción con su círculo social.

◆ *Necesidad de mantener la temperatura corporal*

No se trata de una necesidad afectada en sí misma. El desinterés y la inhibición pueden producir cierto grado de insensibilidad física. Ante temperaturas incómodas para el común de las personas, aparecen indiferentes, con evidente riesgo. También influirá el grado de adecuación del vestido a la temperatura ambiente que, como hemos explicado, puede ser incorrecto.

◆ *Necesidad de higiene y protección de la piel*

Esta necesidad se halla alterada de manera importante, principalmente debido al deterioro del autoconcepto, la autoestima y el desinterés. La falta del cuidado personal y el abandono físico pueden ser totales. Por regla general, los adolescentes que presentan trastornos del estado del ánimo se desentienden totalmente de cualquier actividad para la higiene, aseo o cuidado de sí mismos, y de su aspecto físico, presentándose con una apariencia sucia y desaliñada.

Hay que tener en cuenta además que en esta franja de edad el autoconcepto y el concepto del adolescente que percibe que tienen los demás es de suma importancia. Junto con el desarrollo puberal coincide el acné.

◆ *Necesidad de seguridad*

Las perturbaciones que afectan a esta necesidad son de interés preferente, porque con frecuencia está comprometida la supervivencia del adolescente. En estado depresivo resulta imposible una perspectiva sobre el futuro, para los jóvenes no existe el mañana, tan sólo se vive el presente y éste conlleva gran cantidad de sufrimiento, por lo cual el adolescente será incapaz de pensar que la situación podrá resolverse y dan comienzo las ideas de suicidio como solución más efectiva para acabar con esta situación insoportable.

El riesgo para la seguridad del sujeto es extremo, sin embargo en ocasiones la propia psicopatología contrapone un mecanismo defensivo muy oportuno, la inhibición.

◆ *Necesidad de comunicación*

Las alteraciones del pensamiento afecta a la manera en que éste se expresa, es decir, a la forma de hablar y al contenido de lo que se dice. En la depresión es característico el tono bajo de la voz. Es frecuente que hablen de forma lacónica, respondiendo únicamente con monosílabos a las preguntas. En otros casos más profundos puede aparecer mutismo. También se puede encontrar que el curso de la conversación es extremadamente lento y falto de fluidez. El joven responde verbalmente tras un periodo de latencia más amplio de lo normal y los diálogos son entrecortados con prolongadas fases de silencio, en donde el adolescente parece dedicada a "encontrar las palabras adecuadas" para poder responder. El contenido suele ser escaso y centrado insistentemente en la temática depresiva: ruina, fracaso, pesimismo y desesperación.

La vida de relación está prácticamente bloqueada, habiendo perdido el interés por todo tipo de comunicación con los demás, incluso por las cosas que anteriormente le motivaron.

◆ *Necesidad de creencias y valores*

Es una necesidad a tener en cuenta ya que en función de las creencias y valores el adolescente se enfrenta de determinada manera a su situación. Las convicciones cristianas constituyen un freno importante para las ideas suicidas y también aumentan la tolerancia al sufrimiento.

◆ *Necesidad de realizarse*

Son comunes las manifestaciones de fatiga psíquica dando lugar a dificultad de concentración, errores de orientación y los fallos de memoria afectarán el rendimiento escolar y general del joven.

◆ *Necesidad de actividades recreativas*

Las personas que padecen depresión por lo común padecen anhedonia, es decir, incapacidad de sentir placer. La capacidad de realizar actividades lúdicas y disfrutar con ellas está muy alterada. Si a esto añadimos la apatía, indiferencia, astenia, hipersomnia y falta de movilidad características del estado depresivo, será obvia la dificultad para satisfacer esta necesidad.

Además, las posibilidades de distracción son mínimas, ya que el joven está centrado sobre sí mismo y su propio sufrimiento, por ello muestra escaso interés por las cosas que le rodean

◆ *Necesidad de adquisición de conocimientos*

Alguien para quien el futuro no existe realmente no puede encontrar motivación para adquirir nuevos conocimientos. Las alteraciones del pensamiento, enlentecido y con contenidos depresivos influye en su capacidad intelectual

Anexo

II

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS (NANDA) E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) ANTE EL PACIENTE ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN

Desesperanza manifestado por pasividad, verbalización disminuida, indicadores verbales de bajo estado de ánimo, apetito disminuido, sueño aumentado/disminuido, desinterés en el autocuidado

Objetivo

Desarrollar sentimientos de esperanza, verbalizando que ha superado la situación.

Actividades

- 5270 Apoyo emocional (NIC) Proporcionar certeza, aceptación y estímulo durante los momentos de tensión.

- 1.- Discutir con el joven las emociones que experimenta.
- 2.- Ayudar al sujeto a reconocer sentimientos como ansiedad, miedo o tristeza
- 3.- Animarle a expresar estos sentimientos
- 4.- Discutir las consecuencias de no tratar sobre la culpa y vergüenza.
- 5.- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- 6.- Facilitar la identificación de sus patrones de respuesta habituales para afrontar el temor.
- 7.- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del duelo.
- 8.- Acompañarle y proporcionarle seguridad y protección durante los periodos de ansiedad.
- 9.- Ayudar en la toma de decisiones.

- 5310 Infundir esperanza (NIC) Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva, en una situación dada.
 - 1.- Ayudar al adolescente a identificar razones de esperanza.
 - 2.- Informarle que la situación actual es temporal.
 - 3.- Aumentar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del joven.
 - 4.- Enseñar como reconocer la realidad, examinando la situación y elaborando planes contingentes.
 - 5.- Ayudar a realizar planes y revisar objetivos relacionados con la esperanza.
 - 6.- Ayudar a encontrar su espiritualidad.
 - 7.- Evitar enmascarar la realidad.
 - 8.- Facilitar que el adolescente reviva y saboree logros y experiencias pasados.
 - 9.- Enfatizar sobre las relaciones mantenidas, si el adolescente se muestra insensible, mencionar el nombre de seres queridos.
 - 10.- Utilizar recuerdos del pasado, si es apropiado.
 - 11.- Hacer participar activamente al adolescente en su plan de cuidados.

Riesgo de violencia autodirigida relacionado con historia de conducta suicida, conductas autodestructivas, niveles crecientes de ansiedad, temor de sí mismo o de otros, dificultad para verbalizar los sentimientos, autoestima vulnerable.

Objetivo

Que se pueda controlar la conducta autolesiva.

Actividades

- 6340 Prevención del suicidio (NIC) Reducir el riesgo de daño autoinfligido, para un joven en crisis o depresión grave.
 - 1.- Animar al adolescente a que haga un contrato verbal de no suicidio.
 - 2.- Determinar la historia de intentos de suicidio.
 - 3.- Protegerle de dañarse a sí mismo.
 - 4.- Determinar si tiene un plan del suicidio específico identificado.
 - 5.- Demostrar preocupación sobre su bienestar.
 - 6.- Abstenerse de críticas negativas.

- 6654 Vigilancia: Seguridad (NIC) Recogida y análisis continuo de datos referente al joven y su entorno, con el fin de promover y mantener su seguridad.
 - 1.- Supervisar los cambios en las funciones físicas o cognitivas que puedan conducirle a una conducta peligrosa.
 - 2.- Controlar los riesgos potenciales del entorno.
 - 3.- Determinar el grado de control que requiere basándonos en su grado de funcionamiento y los riesgos presentes en el entorno.
 - 4.- Colocarle en un entorno lo menos restrictivo posible y que permita el grado de observación necesario.
 - 5.- Comunicar la información de la persona de riesgo al resto del equipo.

Anexo

III

Escala de depresión de Hamilton

0-7

normal

8-12

depresión menor

13-17

menos que depresión mayor

18-29

depresión mayor

30-52

más que depresión mayor

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos.

Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

ITems	Puntuación de cada ítem
1.- Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0 Ausente 1 - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados 2 - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3 - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto 4 - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2.- Sensación de culpabilidad	0 - Ausente 1 - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2 - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3 - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3.- Idea de suicidio	0 - Ausente 1 - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3 - Ideas o amenazas de suicidio 4 - Intentos de suicidio
4.- Insomnio precoz	0 - Ausente 1 - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora 2 - Dificultades para dormirse cada noche
5.- Insomnio medio	0 - Ausente 1 - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2 - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...)
6.- Insomnio tardío	0 - Ausente 1 - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2 - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7.- Problemas en el trabajo y actividades	0 - Ausentes 1 - Ideas y sentimientos de incapacidad.

	<p>Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones</p> <p>2 - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3 - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4 - Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	<p>0 - Palabra y pensamiento normales</p> <p>1 - Ligeramente retraso en el diálogo</p> <p>2 - Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3 - Diálogo difícil</p> <p>4 - Torpeza absoluta</p>
9.- Agitación	<p>0 - Ninguna</p> <p>1 - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2 - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10.- Ansiedad psíquica	<p>0 - No hay dificultad</p> <p>1 - Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2 - Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3 - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4 - Terrores expresados sin preguntarle</p>
<p>11.- Ansiedad somática: Signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración 	<p>0 - Ausente</p> <p>1 - Ligera</p> <p>2 - Moderada</p> <p>3 - Grave</p> <p>4 - Incapacitante</p>

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0 - Ninguno</p> <p>1 - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2 - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales</p>
13.- Síntomas somáticos generales	<p>0 - Ninguno</p> <p>1 - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía</p> <p>2 - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido</p>
14.- Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales	<p>0 - Ausentes</p> <p>1 - Débiles</p> <p>2 - Graves</p> <p>3 - Incapacitantes</p>
15.- Hipocondría	<p>0 - No la hay</p> <p>1 - Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2 - Preocupado por su salud</p> <p>3 - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc</p> <p>4 - Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16.- Pérdida de peso (completar solo A o B)	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0 - No hay pérdida de peso</p> <p>1 - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2 - Pérdida de peso definida según el enfermo</p>
	<p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p> <p>0 - Pérdida de peso inferior a 500 gr por semana (de promedio)</p> <p>1 - Pérdida de peso de más de 500 gr por semana (de promedio)</p> <p>2 - Pérdida de peso de más de 1 Kg por semana (de promedio)</p>
17.- Insight (conciencia de enfermedad)	<p>0 - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1 - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2 - Niega estar enfermo</p>

ESTADIOS DE TANNER

CHICAS

Estadio I	Aspecto puberal infantil. A nivel mamario no se palpa masa glandular, no se insinúa el pezón. No existe pelo ni en axilas ni en pubis.
Estadio II	La mama se eleva. Aumenta el tejido celular subcutáneo, las aureolas se pigmentan ligeramente, aparece el botón glandular mamario. Inicio del crecimiento del vello en pubis, situado en el labio mayor y poco pigmentado. Inicio del vello axilar. Se inicia la secreción de flujo vulvovaginal por el inicio de secreción de estrógenos por el ovario.
Estadio III	Se hace más evidente el crecimiento mamario. El vello del pubis y de la axila se espesa. Desarrollo de los labios de la vulva
Estadio IV	Mayor volumen mamario, la aureola se eleva con edema, aparecen las glándulas de Montgomery.
Estadio V	Mama prácticamente desarrollada, pezón prominente y eréctil, glándulas accesorias (sudoríparas, sebáceas y pilosas). Distribución del vello completo, el pubis tiene forma de triángulo invertido, puede llegar hasta la cara interna de los muslos; aparición de la menarquia o primera menstruación.

ESTADIOS DE TANNER

CHICOS

Genitales externos

G1	Prepuberal, testículos < 3ml de volumen, escroto y penis semejante a la infancia.
G2	Aumenta el escroto y la piel se vuelve más fina, testículos de 4 a 6 ml.
G3	Aumenta la longitud del penis, escroto y testículos (6-12ml.) continúan creciendo.
G4	Alargamiento del pene y aumento de diámetro, además se desarrolla el glande. Escroto y testículos (12-20ml.) siguen creciendo y oscurece la piel del escroto.
G5	Órganos genitales adultos en forma y medida. Testículos >20.

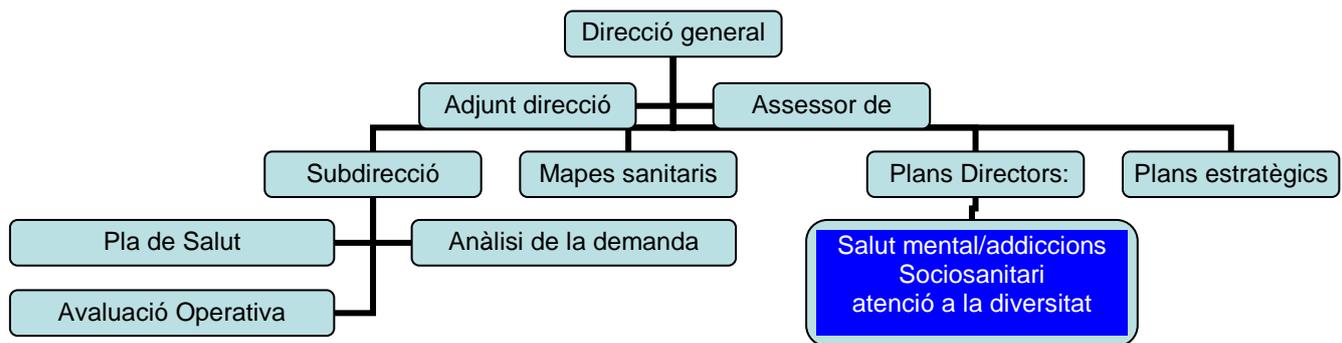
Vello puberal

P1	Prepuberal, no existe vello
P2	Presencia de algún pelo disperso, largo, fino, ligeramente pigmentado, recto y ligeramente rizado, sobre todo en la base del pene y escroto.
P3	Vello más denso, espeso y rizado que se extiende lateralmente.
P4	Vello semejante al del adulto, pero no se extiende a las ingles.
P5	Como el adulto en morfología y extensión.

Anexo

V

Organigrama de la DGPA (Dirección general de evaluación y planificación)



Pla Director Salut Mental i Addiccions: Estructura

Directora: Cristina Molina
Codirector drogodependències : Joan Colom

Consell Assessor
President: Miquel Casas
Vice-president: Josep Ramos (coordinador comissió permanent)

Salut Mental i Addiccions: Organització

- **Grup executiu:** C. Molina, J. Colom, M. Casas, Ll. Bohigas, J. Ramos
- **Coordinadors**
 - *Població 0-12:* J. García Ibáñez (referent de 0 a 6), M. Saperas i J. Tizón
 - **Població adolescent: J. Toro i J. Alvarós**
 - *Població adulta:* Ll. Lalucat i A. Gual
 - *Població de persones grans:* A. Bulbena i P. Lago
- **Comissió Permanent**

Anexo

VI

Cuestionario para evaluación de competencias del profesorado para la detección de síntomas depresivos en sus alumnos.

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado con la ayuda y supervisión de los siguientes profesionales a quien agradecemos la validación del mismo como instrumento de medición de competencias del profesor en la detección de síntomas depresivos en sus alumnos:

C. Masip: Psiquiatra adjunto del Centre Forum

M.Puig: Jefe de enfermería del Centre Forum

J. Escribano: Jefe de área del Centre Forum

José Tejada: Catedrático de la UAB (Didáctica y organización de centros educativos)

Esteban Pont: Doctor en pedagogía, profesor titular de la UAB (Didáctica y organización de centros educativos)

J. Autonell: Psiquiatra coordinador Unitat de Formació i Docència de Sant Joan de Déu Serveis Salut mental

Podemos decir que el primer borrador de nuestro cuestionario nace con la ayuda de C. Masip y J. Autonell, quienes nos guiaron en cuales eran las preguntas más oportunas para poder analizar el conocimiento del profesor en materia de depresión basándose en los criterios diagnósticos de dicha patología. Con la inestimable aportación del doctor Esteban se nos orientó acerca de cuales podrían ser las preguntas de tipo pedagógico que sin duda, como hemos podido objetivar, han resultado de gran valor por su información relevante, como por ejemplo (más del 50% del profesorado encuestado manifiesta poder ser ellos causa indirecta de una depresión). Por último destacar también la gran aportación del doctor José Tejada a quién le debemos el formato del cuestionario gracias al cual la explotación a través del programa informático fue mucho más fácil y ágil.

El siguiente cuestionario es anónimo y voluntario. Enmarcado en el trabajo de investigación del Master de gestión y administración de cuidados de enfermería de la Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona "Fundació La Caixa" Promoción 2005-2007

CUESTIONARIO

1. Genero A. Masculino B. Femenino
2. Edad años
3. Años de profesión
4. ¿Tipo de contrato? A. Fijo B. Interino C. Suplente
5. ¿Promedio de números de alumnos por aula?
6. ¿Cuántos grupos atiende?
7. ¿Podría detectar si un alumno tiene problemas psiquiátricos? A. Si B. No
8. ¿Cree saber que es una depresión? A. Si B. No
9. ¿Cuáles cree que son las causas de la depresión? Cite las más importantes

A.....	D.....	G.....
B.....	E.....	H.....
C.....	F.....	I.....
10. ¿Qué conducta o comportamientos le harían sospechar que algunos de sus alumnos tiene problemas depresivos?

	Si	No		Si	No
A) Tristeza			M) Pérdida de peso		
B) Lloros espontáneos			N) Creer que la TV habla de el/ella		
C) Dejar de comer			Ñ) Tomar tóxicos		
D) Escuchar voces			O) Ausentismo escolar		
E) Guardar basura			P) Dormirse en clase		
F) Conductas agresivas			Q) Creer ser Dios		
G) Aislamiento social			R) Abandono higiene personal		
I) Aislamiento del entorno			S) Desinhibición sexual		
J) Euforia			T) Hablar mucho		
K) Gritar			U) Subir el rendimiento escolar		
L) Bajar rendimiento escolar			V) Ver cosas inexistentes		

El siguiente cuestionario es anónimo y voluntario. Enmarcado en el trabajo de investigación del Master de gestión y administración de cuidados de enfermería de la Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona "Fundació La Caixa" Promoción 2005-2007

11. ¿Piensa que un continuo cambio entre el profesorado (bajas, suplencias...) influye o puede afectar en el conocimiento de posibles problemas mentales entre los alumnos? A. Si B. No.
12. ¿Cree usted que el profesorado puede influir en la aparición de depresión de sus alumnos?
- A. Influye directamente
- B. Influye indirectamente
- C. No influye
13. ¿Crees necesaria la detección de depresión en el adolescente? A. Si B. No
14. En el supuesto de haber respondido SI a la anterior pregunta ¿Cree que estaría dentro de sus funciones saber detectar los signos y síntomas de depresión en sus alumnos? A. Si B. No
15. ¿Cuántas veces en el último año ha solicitado ayuda a un profesional del campo de la salud ante la sospecha de problemas de salud mental en alguno de sus alumnos?
- A. Ninguna B. Una C. Dos
- D. Tres E. Cuatro F. Cinco o más
16. ¿Qué profesional de salud intervino?
17. ¿Considera suficientes los recursos actuales a su alcance para detectar problemas de salud mental en su alumnado? A. Si B. No
18. ¿Como actuaría si un alumno dice o sabe por otras personas que se quiere suicidar? (Marque todas las opciones que considere necesarias).

- A) Hablaría con el alumno
- B) Hablaría con el psicólogo
- C) Hablaría con la enfermera
- D) Hablaría con los padres
- E) Hablaría con el director
- F) No haría ningún comentario
- G) Otras.....

El siguiente cuestionario es anónimo y voluntario. Enmarcado en el trabajo de investigación del Master de gestión y administración de cuidados de enfermería de la Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona "Fundació La Caixa" Promoción 2005-2007

19. ¿Se ha encontrado en la situación descrita en la pregunta anterior? A. Si B.No
20. ¿Conoce algún caso de suicidio en el centro educativo dónde trabaja?
A. Si B. No
21. ¿Conoce algún profesor que haya pasado esta situación o similar? A.Si B.No
22. ¿Mantiene reuniones con regularidad con otros profesores para hablar del estado de ánimo de los alumnos, rendimiento escolar, actitud en clase, etc.? A. Si B. No
23. ¿Mantiene reuniones con regularidad con los padres de sus alumnos para hablar del estado de ánimo de los alumnos, rendimiento escolar, actitud en clase, etc.?
A. Si B. No
24. ¿Le interesaría recibir algún tipo de formación respecto salud mental y depresión?
A. Si B. No
25. ¿Cree que le sería útil ésta formación? A. Si B. No
26. ¿Cree tener los soportes o herramientas necesarias para abordar una situación de depresión en su alumnado? A. Si B. No
27. ¿Los problemas de sus alumnos le afectan en su vida privada?
A. Siempre
B. Bastante
C. Algunas veces
D. Nunca
28. ¿Se encuentra a gusto en su trabajo? A. Si B. No
29. ¿Cree necesaria la figura del enfermero/a en el centro educativo? A. Si B. No
30. (Si ha contestado Si a la pregunta 24) ¿Cómo cree usted que debería intervenir el enfermero/a?
A.....
B.....
C.....
D.....
E.....
F.....

El siguiente cuestionario es anónimo y voluntario. Enmarcado en el trabajo de investigación del Master de gestión y administración de cuidados de enfermería de la Escuela Universitaria de enfermería Santa Madrona "Fundació La Caixa" Promoción 2005-2007

31. (Si ha contestado Si a la pregunta 29) ¿Como cree usted que el enfermero/a le puede ayudar a detectar la depresión?

- A.....
- B.....
- C.....
- D.....
- E.....
- F.....

32. ¿Cuál cree que serían los profesionales necesarios a implicar en la detección precoz de trastornos mentales en los alumnos?

- A.....
- B.....
- C.....
- D.....
- E.....

Apartado por si desea hacer algún comentario sobre el cuestionario:

.....

.....

.....

.....

.....