

Alumnado con trastorno de ansiedad y depresión durante la etapa de bachillerato en Catalunya

Aproximación al fenómeno y diseño de una herramienta pedagógica

Sara Candelario Peña

Trabajo de Final de Grado

Grado en Pedagogía

Universidad de Girona – Facultad de Educación y Psicología

Curso académico 2019-2020

Tutor: Josep Tort Coma

Agradecimientos

Todos los hechos hacen eco de su presencia dejando huella, marcando y afectando a los acontecimientos presentes y futuros. Por eso mismo, y pese que en ocasiones su modo de interferir sea con impedimentos o dificultades, todo lo sucedido antes y durante este trabajo ha ayudado a su inicio, ideación y creación.

Querría agradecer primeramente a Josep Tort su tutorización y consejo durante todo el progreso de este proyecto, y a la Universitat de Girona por brindarme un espacio instructivo y permitirme tener al alcance docentes cuyo carácter y calidad profesional han ayudado, ya sea de manera directa o indirecta, durante todo mi proceso formativo, instructivo y de evolución personal en el grado de pedagogía, asimismo como a las personas y profesionales que han invertido su tiempo en leer y ahondar en este trabajo.

De igual modo, doy las gracias a todas las personas que han formado parte del grupo encuestado y entrevistado; por vuestra gran valía, vuestro evidente coraje y la disposición y deseo de haceros oír en un mar que aplaca y enmudece nuestras realidades.

Agradezco el apoyo que he recibido siempre por parte de mi familia y amistades más cercanas, por ser la principal impulsora de mis deseos y ambiciones, y por su preocupación y dedicación en mi trayecto personal y en mi avance y transformación emocional y mental.

Por último, y con gran valor, quiero reflejar una gran gratitud a mi madre, que, aunque ya no esté presente en mi vida, sus enseñanzas y ejemplos me han servido como inspiración hasta el último momento, resultando ser la principal guía y el gran pilar que me ha amparado a lo largo de todo mi proceso vital.

A todas estas personas, gracias.

“El infinito ciclo de las ideas y de los actos, infinita invención, experimento infinito,
trae conocimiento de la movilidad, pero no de la quietud;
conocimiento del habla, pero no del silencio;
conocimiento de las palabras e ignorancia de la palabra.”

T. S. Eliot (1934)

Traducción de Valverde (2006)

Índice

Agradecimientos	3
Índice	5
Tabla de figuras	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Justificación y objetivos	10
Estado de la cuestión	11
Aproximación teórica a los Trastorno de Ansiedad y Depresión.....	11
<i>Trastorno Ansioso</i>	11
<i>Trastorno Depresivo</i>	13
Descripción de la etapa educativa de Bachillerato	15
Información Básica sobre la Adolescencia	16
<i>Salud Mental y Adolescencia</i>	18
Ansiedad.....	18
<hr/>	
Depresión.....	19
Metodología	21
Calendario de trabajo.....	22
Métodos de exploración	23
Cuestionario	23
<i>Análisis de resultados del cuestionario</i>	26
Estudio de caso.....	38
<i>Exposición de los datos recogidos mediante los estudios de caso</i>	40
<i>Análisis de resultados de los estudios de caso</i>	46
Exposición de los datos recogidos	53
Diseño de una herramienta educativa	57
<i>Página web</i>	57

<i>Dossier digital</i>	59
Referencias	60
Anexos	68
Anexo 1. Cuestionario.....	68
Anexo 2. Respuestas completas al cuestionario.	74
Anexo 3. Planificación de la entrevista semiestructurada.....	97
Anexo 4. Transcripción literal de las entrevistas.....	99
Anexo 5. Dossier Digital.....	126

Tabla de figuras

Ilustración 1. <i>Polos</i> . Candelario (2017).	14
Ilustración 2. <i>Reclamo del yo</i> . Candelario (2018).	18
Ilustración 3. <i>Dédalo</i> . Candelario (2019).....	20
Tabla 1. <i>Organización temporal de tareas</i>	22
Imagen 1. Población que ha usado Internet en los últimos tres meses por grupos de edad (%) . INE, 2020.....	25
Imagen 2. Distribución de los usuarios mundiales en Twitter en enero de 2020, por grupo de edad. Copyright 2020 por Statista.	25
Tabla 2. <i>Categorización de los datos recogidos en las entrevistas</i>	40
Ilustración 4. <i>Nexo</i> . Candelario (2018).	54
Imagen 3. Página de <i>Inicio</i> de ‘Enseñar Sanamente’	58
Imagen 4. Dossier educativo digital ‘Enseñar Sanamente’.....	59

Resumen

Los principales objetivos de esta investigación residen en estudiar la realidad formativa, social y personal en la que se encuentra el alumnado de bachillerato en Catalunya con trastorno de depresión y/o ansiedad, además de analizar el efecto e influencia de dicha etapa y la respuesta de los centros educativos y de los profesionales de la educación. Se ha seguido un proceso reflexivo e investigativo orientado a la acción y formación, siguiendo la metodología del paradigma interpretativo y sociocrítico y utilizando métodos de investigación como cuestionarios estructurados y estudios de caso mediante entrevistas dirigidas semiestructuradas.

La experiencia en bachillerato del alumnado estudiado en esta investigación se muestra muy negativa en el mayor número de casos, debido a los obstáculos y repercusiones emocionales que acostumbra a presentar, al carente seguimiento y oferta de atención psicopedagógica y al deterioro de salud mental durante dicha etapa. Tras la obtención de datos y advertir la baja calidad y ausencia de formación por parte del profesorado, se llevó a cabo el diseño y producción de dos herramientas educativas complementarias: una página web como espacio de introducción teórica y comunicación, y un dossier educativo digital de aproximación teórica y práctica. Estos recursos han sido dirigidos y ofrecidos al grupo docente no especializado con un propósito informativo y formativo, permitiendo así comprender y crear una oportunidad de cambio en la práctica educativa ante una situación susceptible de mejora.

Palabras clave: Salud mental. Depresión. Bachillerato. Catalunya. Ansiedad. Educación. Trastornos. Salud.

Abstract

The principal aims of this research resides at studying the reality in educational, social and personal fields of high school students in Catalonia with depression and/or anxiety disease, to analyse the effect and influence of this stage and the response of the educational centres and of the education professionals. We have followed a reflexive and investigative process aimed at the act and training, tracking the methodology of interpretive and social criticism paradigm and utilising research methods as structured questionnaires and case studies through a guided and semi-structured interview.

The student's experience in high school reveals negatively, on account of the setbacks and the emotional impact that become accustomed to be, because of the monitoring lacking, the absence of counselling services offers and owing to the mental health damage along those years. After the datum extraction and realise the low quality and the absence of mental health education, we carried out the design and production of two complementary educational tools: a website as a theoretic introduction and communication place, and a digital educational information packet. These resources have been offered and directed towards the non-specialized teachers, with an informative and instruction purpose, allowing to comprise and create an opportunity of change at the educational practice in the presence of a susceptible situation of improvement.

Keywords: Mental health. Depression. High school. Catalonia. Anxiety. Education. Disorders. Health.

Introducción

En este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se presenta un estudio teórico y práctico de la etapa estudiantil de bachillerato y del alumnado que presente —o haya presentado durante dicha etapa— un cuadro psicológico de depresión, ansiedad o ambos trastornos. Dadas las dimensiones de los objetivos a alcanzar y del tiempo requerido para ejecutar un TFG, hemos decidido centrar la investigación en el contexto territorial de Catalunya. De este modo, nos aseguramos de emprender el estudio de la forma más provechosa posible.

Tal y como se expone más adelante, se ha llevado a cabo la elección de una muestra intencional para realizar un cuestionario previamente diseñado, tratando de ajustarnos lo máximo posible al perfil de estudio deseado. Aun teniendo en consideración la posibilidad de experimentar algún trastorno psicológico y no recibir atención en salud mental —y, por ende, no recibir ningún diagnóstico—, consideramos importante puntualizar que contemplamos necesaria la limitación de la muestra de este estudio a casos que dispongan de un diagnóstico psicológico formalizado. Esto es debido a que no disponemos del nivel instructivo, de las herramientas, ni de la formación necesaria para determinar si individuos sin diagnóstico se ajustan al grupo de estudio partiendo, únicamente, de ciertas características sintomatológicas.

Dichos sujetos deben responder a las siguientes características principales:

- Que hayan cursado la etapa de bachillerato en Catalunya
- y que tengan o hayan tenido un diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión o, al menos, de uno de estos dos.

Simultáneamente a la realización de dicho cuestionario, se ha procedido al desarrollo de tres estudios de caso con el objetivo de aclarar y enriquecer la información que se haya recaudado, para lograr profundizar de manera más directa en las realidades vividas del alumnado y darles voz a sus experiencias.

A posteriori de la obtención, análisis y organización de la información recaudada mediante la investigación teórica, los cuestionarios y los estudios de caso, se ha dispuesto la proyección, planificación, diseño y producción de una herramienta pedagógica —explicada detalladamente en su sección—.

Justificación y objetivos

Después de un proceso de reflexión y planificación, se ha llegado a la elección de esta tesis por la disposición de indagar desde una perspectiva pedagógica, contando con factores de interés profesionales, formativos y personales.

Tal y como hablaremos más adelante, la salud mental se presenta eventualmente como “la gran olvidada” dentro de las materias de bienestar y salud, tanto a nivel social como en las esferas educativas; la poca presencia y representación que se le otorga instiga, generalmente, a una respuesta poco profesionalizada y eficiente hacia los diversos perfiles y realidades neurológicas y a una falta de normalización en el marco de salud mental.

En otro orden de ideas, y desde una perspectiva totalmente personal, el interés reflejado en este tema nace simultáneamente de las vivencias como individuo participe en los estudios de bachillerato en Catalunya, además de como sujeto con diagnósticos psicológicos que ha recibido atención en diversos servicios de salud mental. Asimismo, desde una óptica subjetiva ante la vivencia en los estudios del grado de pedagogía, se ha reparado que, durante el trascurso formativo, no se llega a primar en demasía la instrucción en salud mental ni en las diversas realidades y escenarios educativos, aun cuando la implicación y relevancia de conocer tales nociones es sustancial.

El objetivo principal de esta investigación reside en estudiar la realidad en la que se encuentra el alumnado de bachillerato con depresión y ansiedad a un nivel formativo, social y personal, además de conseguir conocer las emociones y vivencias que más se acontecen. A partir de aquí, podremos analizar cómo afecta e influye dicha etapa, el procedimiento que se efectúa y el grado y conveniencia de las adecuaciones y respuestas por parte de los centros educativos y de los profesionales de la educación.

Adicionalmente, se pretende llevar a efecto la inventiva, confección y producción de una herramienta educativa que permita al grupo docente y a los profesionales de la educación una aproximación a la teoría sobre salud mental para lograr trabajar mediante procedimientos y actuaciones más convenientes y positivas.

Estado de la cuestión

Antes de profundizar en el tema a tratar, consideramos relevante entender el gran prejuicio que rodea a la salud mental, a los trastornos mentales y al grupo que lo representa, como el gran presente estigma público —reacciones basadas en el estigma hacia un grupo— y el autoestigma —reacciones de los individuos estigmatizados con actitudes estigmatizadoras contra sí mismos—. Recomendamos ojear *Estigma y enfermedad mental*, de Arnaiz y Uriarte (2006) para una comprensión más profunda de sus efectos y condicionantes.

A continuación, presentamos algunas de las ideas y conceptos claves que son necesarios tener en cuenta para la comprensión y contextualización del presente estudio.

Aproximación teórica a los Trastorno de Ansiedad y Depresión

Trastorno Ansioso.

“No indica debilidad personal y no es un estado del que uno se puede librar a voluntad.”

Arranz y San, 2010

La palabra ansiedad se origina etimológicamente del latín *anxietas* (Sarudiansky, 2013), y se califica como una emoción que aparece como respuesta adaptativa ante una experiencia subjetiva, manifestándose en la activación psicofisiológica y en la conducta de la persona (Mulligan y Scherer, 2012). Aun así, ésta puede llegar a presentarse a un nivel y momento inadecuado, convirtiéndose así en una emoción disruptiva, interfiriendo en la adaptación al contexto (Domínguez, Alcorcón y Navarro, 2017; Gross, 2014; Oros, Manucci y Richaud-de Minzi, 2011).

Debido a esto, es necesario crear una diferenciación entre la *angustia normal* y la *patológica*: la angustia normal la identificamos como aquella surgida por una causa objetivamente externa e identificable, de la cual es posible recuperarse cuando la situación que la provoca no está presente. Por otro lado, de la angustia patológica no se puede llegar a observar una causa externa, habiendo incapacidad para una recuperación rápida cuando el estímulo deja de estar presente. Esta situación provoca una alteración en el comportamiento del individuo debido a la sensación de peligro constante, cuya raíz es primeramente inidentificable y desconocida (Díaz y Santos, 2018), despertando así, a su vez, preocupación ante cualquier situación que se asemeje y afectando a la flexibilidad de respuesta adaptativa (Pedreira, Blanco y Pérez, 2014). Como vemos, la conducta de evitación generalizada pasa a

ser un método para reducir el nivel de ansiedad, generando interferencias en la vida diaria de la persona y afectando a cualquier tipo de actividad como podría ser la académica, laboral y social (Smoller, J., Pollack, M., Wassertheil-Smoller, S., et al., 2007).

Es necesario, por lo tanto, diferenciar la ansiedad del *miedo*, ya que aun siendo ambas una reacción ante el peligro, el miedo se presenta como un estado cerebral necesario para las conductas de lucha o huida desencadenado a partir de una amenaza, mientras que la ansiedad es el estado cerebral que surge sin haber realmente un estímulo que se llegue a considerar como amenazante y que es asociada a un aumento de vigilancia ante un peligro futuro y a comportamientos de evitación (Ruiz y Lago, 2005).

La base neurológica de los trastornos de ansiedad está en las alteraciones del circuito cerebral del miedo, siendo estas:

- el aumento de respuesta de la amígdala ante los estímulos del miedo,
- la disminución de la conectividad con el hipocampo,
- y la disminución de la capacidad de la corteza prefrontal para controlar la respuesta ante el miedo (Indovina, Robbins, Núñez-Elizalde, Dunn y Bishop, 2011).

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (citado por Tortella, 2014), se consideran diferentes tipos de trastornos de ansiedad (TA):

- TA por separación: entendido como miedo o ansiedad intensos y persistentes por la separación de una persona con la que se mantiene un fuerte vínculo, llevando a manifestaciones clínicas tales como malestar psicológico, preocupación, rechazo a cambiar de lugar o estar solo en la vivienda usual y/o tener pesadillas o síntomas físicos ante la separación.
- Mutismo selectivo: presentado como la persistente incapacidad de hablar en situaciones sociales en las que se espera que se hable, a pesar de no tener dificultades en otras situaciones.
- Fobia específica: aparición de ansiedad o temor intenso, persistente e irracional desencadenado ante la presencia de un objeto o situación en concreto.
- TA Social: entendido como ansiedad intensa por una o más situaciones sociales en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito más cercano y/o que exista una posible evaluación por parte de los demás.

- Trastorno de Angustia: aparición de crisis de angustia recurrentes e inesperadas, creando inquietud por la posible aparición de nuevas crisis o sus consecuencias y por el cambio adaptativo en el comportamiento cuando surgen.
- Agorafobia: presentado como miedo o ansiedad surgido por dos o más situaciones entendidas como prototípicamente agorafóbicas, como por ejemplo el uso de transporte público, lugares abiertos o cerrados, hacer colar, estar entre la multitud o fuera de casa sin nadie de confianza, que se tratan de evitar de manera activa.
- TA Generalizada: caracterizada por preocupación y ansiedad excesiva durante un mínimo de seis meses sobre varios acontecimientos y actividades con la aparición de tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.
- TA inducido por sustancias/medicación: se caracteriza por la aparición de crisis de angustia o ansiedad considerados secundarios a la intoxicación o abstinencia de sustancias o fármacos.
- TA debido a otra enfermedad médica: entendido como la vivencia de síntomas ansiosos como efecto fisiológico directo de otro tipo de condición médica o enfermedad subyacente.
- Otros TA especificados: presencia de sintomatología característica de algún TA que no cumple con todos los criterios diagnósticos de ninguno de los posibles trastornos, pero especificados con la razón concreta por la que no se llegan a cumplir dichos criterios.
- Otros TA no especificados: presencia de sintomatología característica de algún TA que no cumple con todos los criterios diagnósticos de ninguno de los posibles trastornos y que no muestra especificación de las causas por las que no se cumplen dichos criterios debido a una falta de información.

Trastorno Depresivo.

El trastorno depresivo se muestra presente como diagnóstico clínico, con el nombre de *melancholia*, desde la antigua Grecia (Villanueva, 2013), recogido y definido actualmente por la quinta edición del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno es una enfermedad psiquiátrica sistémica y multifactorial, ya que, además de estar caracterizada por irregularidades en el estado anímico y afectivo, la acompañan anormalidades cognitivas, alteraciones del apetito y del sueño, fatiga y otros tipos de trastornos metabólicos, endocrinos e inflamatorios, afectando de este modo a todos los contextos de la persona (Restrepo, et al.,

2017). La OMS (2017) estima que la depresión es una enfermedad presente en la vida de más de 300 millones de personas en todo mundo —el 4,4% de la población mundial—, siendo una de las causas por discapacidad más recurrentes mundialmente. A su vez, refleja que los datos sobre este trastorno han ido *in crescendo*, con un aumento del 18% entre 2005 y 2015, siendo de un 3% el promedio del presupuesto en salud invertido en salud mental. Por otro lado, el Banco Mundial estima que en los próximos años la depresión empezará a ser la segunda causa de enfermedad en el mundo medida en años de vida ajustados por discapacidad —siguiendo a la enfermedad isquémica cardíaca— (Gómez, Bohóquez, Pinto, Gil, Rondón, Días-Granados, 2004; Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004).



Ilustración 1. *Polos*. Candelario (23 de abril de 2017).

Muchas veces los estados depresivos pasan desapercibidos ya que pueden aparecer sin ningún tipo de desencadenante observable y son considerados y confundidos con estados anímicos bajos. Pero la depresión es una constante amplificación de los sentimientos de tristeza, afectando de manera emocional y física con una sintomatología de mayor intensidad y duración; la depresión provoca la caída hacia un vacío metafórico acompañado de una pérdida de razón existencial, conjunto que lleva a una desesperanza profunda y pudiendo conllevar un riesgo vital (Arranz y San, 2010; Freeman y Reinecke, 1995). No afecta únicamente en los pensamientos o conductas, sino también en hábitos como el dormir, comer, nuestra relación intrapersonal, etc.

Algunos de los síntomas y signos depresivos se presentan como estados de ánimo tristes y ansiosos persistentes, fatiga y bajo nivel energético, desesperanza, pérdida de interés, problemas de insomnio o necesidad excesiva de dormir, aislamiento social, irritabilidad y pensamientos o acciones autolíticas y suicidas. Asimismo, y a parte de la sintomatología psíquica, se hacen presentes muchos signos físicos persistentes, siendo algunos de los más habituales los dolores crónicos, la disminución o aumento del apetito, mareos, dolores de espalda, problemas respiratorios, dolor abdominal, jaquecas y cefaleas, alteraciones gastrointestinales y problemas digestivos (La Alianza Europea contra la Depresión (EAAD), 2020). Si los síntomas y signos no se llegan a reconocer o no se sigue un tratamiento puede

persistir mucho en el tiempo. Aun existiendo tratamientos para dicho trastorno, más de la mitad de los individuos con diagnóstico no reciben ningún tipo de tratamiento —llegando a ser el 90% en muchos países y de un 50% en países de ingresos altos— (OMS, 2004).

La causa de los trastornos depresivos es desconocida, pero se atribuyen varios factores que pueden afectar a su aparición. Un ejemplo son los factores genéticos, los cuales representan un 50% de la etiología en los trastornos de este tipo —sin incluir la depresión de inicio tardía—, afectando también al desarrollo de respuestas de índole depresiva ante posibles eventos adversos.

Por otro lado, existen teorías que presentan los cambios en las concentraciones de neurotransmisores y la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica, glutamatérgica y serotoninérgica como causa de la aparición de dichos trastornos (Ghasemi, Phillips, Fahimi, McNerney y Salehi, 2017). Asimismo, los factores psicosociales tienen una gran implicación; las situaciones de estrés pueden conllevar a vivir episodios de depresión mayor, pudiendo desencadenar un estado depresivo de larga duración si el sujeto en cuestión consta de predisposición ante trastornos del estado anímico.

Existen posibles factores que pueden hacer tender hacia algún tipo de trastorno depresivo, como, por ejemplo:

- personas que han tenido episodios de depresión mayor,
- personas con tendencias a la ansiedad,
- personas con otro tipo de enfermedad mental,
- y ser de género femenino.

Este último factor es presente por haber tasas más altas de disfunción tiroidea, por los niveles altos de la monoaminoxidasa —enzima que degrada los neurotransmisores—, por cambios endocrinos habituales y una mayor exposición y respuesta a las tensiones diarias debido a pertenecer al género femenino en una sociedad culturalmente patriarcal y con tendencia misógina (Coryel, 2018).

Descripción de la etapa educativa de Bachillerato

Bachillerato es la última etapa de la Educación Secundaria, siendo postobligatoria y, por ende, de carácter voluntario. Su duración es de dos cursos académicos —ordinariamente realizada entre los 16 y 18 años de edad—, siendo excepcionalmente de tres cursos para la

modalidad nocturna, y teniendo a su vez un régimen de permanencia escolarizada máxima de cuatro años (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2015).

Se puede desarrollar en distintas modalidades con el objetivo de ofrecer una formación más especializada y personalizada, de forma flexible y con posibilidad de cursar varias vías dentro de una misma modalidad para una mayor adaptación a los intereses personales y formativos de las personas cursantes.

Bachillerato tiene como finalidad principal que el alumnado desarrolle sentido crítico, una conciencia cívica que fomente la corresponsabilidad para alcanzar y mantener una sociedad justa y equitativa, y la madurez intelectual, personal y social con tal de prever y resolver de manera adecuada los conflictos personales, familiares y sociales (LECAC 12/2009, de 10 de julio). Asimismo, otros de los objetivos que se pretenden alcanzar recaen en fomentar la igualdad efectiva y la no discriminación por cualquier tipo de condición o circunstancia personal y/o social y en lograr un desarrollo sobre los hábitos de estudio y lectura y el dominio y expresión varias lenguas, en las que está incluida el castellano, la lengua cooficial y una o más lenguas extranjeras (RDL 1105/2014, de 26 de diciembre). Además, como finalidad formativa, pretende orientar y dibujar los intereses y preferencias individuales de los participantes, asegurar las bases para posibles estudios y formaciones profesionales posteriores y/o para la incorporación a la vida laboral (Portal Educativo Educaweb) y habilitarlos para una formación permanente a lo largo de la vida.

El currículo comprende los contenidos, objetivos, métodos pedagógicos y los criterios de evaluación que se tienen que tener en cuenta como guías de acción y que deben ser aplicadas en la práctica educativa profesional, con el propósito de consolidar las competencias básicas ya adquiridas durante la educación básica, adquirir habilidades generales —tales como competencias comunicativas, de autoaprendizaje y aprendizaje grupal, sobre métodos de investigación y de uso de tecnologías comunicativas e informativas— y desarrollar las competencias propias y específicas establecidas en la modalidad cursada (LECAC 12/2009, de 10 de julio).

Información Básica sobre la Adolescencia

La adolescencia presenta una etapa vital en la vida de las personas debido a la cantidad de cambios que acontecen, término el cual procede del latín *adolescere*, entendido como crecimiento y maduración. Algunos de estos cambios más importantes se reflejan en la estructura física de la persona, en la forma de pensar, en el modo de relacionarse con el resto y

en la formación y estructuración de la identidad (Moreno, 2015). Son recurrentes la aparición de cambios emocionales debido a que la toma de decisiones y resolución de problemáticas se ve interferida por la experimentación de transformaciones en diversos aspectos —psicológico, fisiológico, biológico, sociocultural— (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo, y Echemendia, 2010); esta etapa de desarrollo marca, en cierto sentido, el proceso de la niñez a la etapa adulta.

Además de las implicaciones que presenta el contexto social en la adolescencia, debemos tener en cuenta los procesos característicos que nos muestra la neurociencia en dichas edades a nivel del sistema nervioso central. En dicho período, el cerebro se encuentra en una etapa madurativa, y pasa por una segunda fase de desarrollo, lo cual provoca que ciertas conexiones neuronales débiles acaben desapareciendo. Asimismo, la toma de decisiones, de riesgos y el descontrol emocional se ve afectado por el inacabado desarrollo de las áreas que se encargan de las emociones, la organización, el juicio y el autocontrol (Timoneda, 2018a).

Cada autor varía los límites a marcar que envuelven la adolescencia. Algunos presentan que ésta se inicia con las transformaciones puberales y termina cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial —aproximadamente, hasta la segunda década vital— (Hidalgo Vicario, Ceñal, Güemes, 2014). Havighurst (1969) muestra diferentes formas de definirla: por los límites edad entre los 12 a los 18, por los cambios físicos producidos en la pubertad o por las variaciones en la conducta social y personal. Por otro lado, Moreno (2015) considera que esta etapa transcurre entre los 11 años y los 20 aproximadamente, marcando tres subetapas que van entre los 11 y los 14 llamada como adolescencia temprana, entre los 15 y los 18 como adolescencia media y entre los 18 y los 20 presentada como adolescencia tardía. Asimismo, la OMS considera adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad, y juventud a la etapa entre los 19 y 25 años (Villamil, Villacián M.J., Canedo, Villacián G. y Rodríguez, 2005).

Teniendo en cuenta las diferentes modalidades de entender el concepto de adolescencia, en este estudio vamos a detallar el grupo a estudiar como: etapa de *adolescencia media* entre los 16 y los 19 años de edad, en la cual se producen variaciones emocionales marcada por cambios y maduración física, psicosocial y personal, siendo considerada, a su vez, una fase de riesgo debido a la cantidad de alteraciones intrínsecamente presentes.

Salud Mental y Adolescencia.

“La salud mental de los adolescentes es un tema prioritario en la agenda de salud mundial.”

OMS, 2014

Ansiedad.

Es muy común tener la percepción de que la población adolescente es sana y que no presenta tasas altas de mortalidad por enfermedades orgánicas, pero, sin ir más lejos, que la adolescencia sea un período de transición, adaptación y cambio hace que los problemas emocionales y los procesos psiquiátricos sean bastante habituales; los desórdenes psiquiátricos más habituales de la infancia son los trastornos ansiosos, afectando a entre el 5% y el 18% de todas las niñas, niños y adolescentes (Ricardo, Álvarez y Rodríguez, 2015) y teniendo unas tasas de prevalencia comparables a enfermedades como la diabetes o el asma (Martínez A. L., Ortiz, Fernández, Navarro y Martínez M., 2014). La adolescencia es en sí misma un período de enormes cambios que suceden en un breve lapso de tiempo (Díaz y Santos, 2018), los cuales se encuentran, además, frente a diversos tipos de presiones; antes de finalizar la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) —con aproximadamente 15 años— los jóvenes deben encaminarse académicamente y tomar decisiones vitales que afectaran al resto de su futuro. Esto, sumado a los ya expuestos cambios inherentes en el desarrollo, sitúa a los adolescentes en la situación de tener que adaptarse continuamente y ante la posibilidad de que surjan distintas alternaciones, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012). La falta de habilidades y herramientas hace que exista la tendencia de buscar soluciones poco beneficiosas y contraproducentes con la intención de calmar la ansiedad, la angustia y el posible estrés ambiental, como bien pueden ser el consumo de drogas como el tabaco, la marihuana, el alcohol u otras sustancias. Esta situación hace que se inicie un círculo vicioso entre el aumento del consumo y el estrés generando, además, una gran cantidad de consecuencias en la conducta y en el rendimiento escolar (Maturana y Vargas, 2015; Maturana, 2011; Ruiz y Lago, 2005).



Ilustración 2. *Reclamo del yo.*
Candelario (4 de abril de 2018).

Debido a sus características y metas, vemos que el ámbito escolar es un espacio que puede ayudar y facilitar la gestación de este tipo de problemas de ansiedad; los trastornos ansiosos surgen al rebasar la capacidad de adaptación del sujeto, convirtiéndose en un estado emocional permanente. Por ejemplo, la presión de los exámenes o evaluaciones —como la selectividad— puede llevar a un nivel de estrés que provoque estados ansiosos permanentes, afectando al bienestar y al funcionamiento emocional, social y académico de los adolescentes (Hernández, Ramírez, López y Macías, 2015). Asimismo, la aparición de este tipo de psicopatología facilita el desarrollo de la depresión (Ruiz y Lago, 2005) y de otros trastornos en la edad adulta (Copeland, Angold, Shanahan y Costello, 2014).

Depresión.

Muchos autores consideran a los adolescentes como una de las poblaciones más vulnerables que podemos encontrar en la sociedad y, por ende, se presenta como uno de los grupos más susceptibles ante riesgos sociales y de contexto (Arias, M., Marcos, Martín, Arias, J. y Deronceré, 2009); son sujetos de riesgo a padecer depresión, ya que ésta tiende a manifestarse en dicha etapa en función del ajuste emocional, del nivel educativo, del género, del sistema de valores y del contexto y ambiente en el que se desenvuelven (Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá, 1995; Domínguez, 1991), siendo frágiles ante situaciones de su entorno —sobre todo ante dificultades situadas dentro del ámbito social e individual (Shaffer y Waslick, 2003). Además, la aparición de trastornos en este grupo de edad tiende a que se conviertan en crónicos, además de llevarlos a un peor pronóstico que cuando surgen en edad adulta (Erskine, et al., 2015), teniendo, a su vez, un riesgo de suicidio y de comorbilidad con otros trastornos mentales mucho mayor (Murray, et al., 2012; Carter, Mundo, Parikh y Kennedy, 2003).

La OMS (2014) expone que hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero que la mayoría pasan desapercibidos y no se reconocen ni se tratan, hecho que trae consigo consecuencias graves durante toda la vida de los sujetos. Durante esta etapa de adolescencia temprana y adolescencia media los trastornos depresivos aumentan, siendo aún más presente en las mujeres que en los hombres (Wagner, Gallo y Delva, 1999; Wade, Cairney, y Pevalin, 2002), tendencia que continua también observándose entre los 15 y 18 hasta la edad adulta (Hankin et al., 1998).

La depresión se ha convertido en un factor cada vez más común dentro de la población adolescente, manifestación de la cual suele ser confundida por estados anímicos y de comportamientos propios de esta etapa, como bien pueden ser los cambios de humor, la

agresividad, el aislamiento, el agotamiento o el desinterés (Chinchilla, 2008); pasan desapercibidos ya que pueden aparecer sin ningún tipo de desencadenante observable y son considerados y confundidos con estados anímicos bajos.

Estos tipos de trastornos no acostumbran a ser diagnosticados ni tratados pese al gran impacto que generan en la vida de los pacientes, en sus familias y en la salud pública general. Este hecho lleva a que se busque y reciba ayuda médica de manera tardía, cuando los síntomas ansiosos y depresivos ya están asentados desde hace tiempo en la vida de las niñas, niños y adolescentes que lo sufren o cuando ya son intolerables debido a la gravedad de éstos (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016).

Los sistemas sanitarios no han conseguido dar una respuesta idónea, ya que se estima que entre el 35% y el 50% de las ciudadanas y ciudadanos con trastornos mentales en países considerados desarrollados no están recibiendo ningún tipo de tratamiento (OMS, 2004).



Ilustración 3. *Dédalo*. Candelario. (22 de febrero de 2019).

Aunque existen diversos tipos de tratamiento el más utilizado es el farmacológico. Aun así, la evidencia científica recomienda un tratamiento que aborde de manera multidimensional en el que se incluya educación para la salud (EpS) junto a técnicas cognitivo-conductuales y psicológicas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) —tema en el cual no nos adentraremos en este TFG debido a que escapa de nuestro marco a estudiar—.

Como parte del programa de salud escolar, la OMS (2013) recomienda la realización de programas en los cuales se reflejen la promoción de salud y prevención antes de que éstos hayan surgido, de modo entrelazado y coordinado entre los centros educativos y los equipos de atención primaria con el fin de prevenir la aparición temprana de dichas patologías.

Metodología

Esta investigación se presenta desde la visión del paradigma interpretativo, siguiendo así su modo de investigación. Asimismo, se utiliza una metodología cualitativa, tratando de llegar a una reflexión en y desde la realidad con el objetivo de poder entenderla (Timoneda, 2018b).

Asumimos la subjetividad como valor, teniendo presente a los sujetos como participantes interactivos y comunicativos que transmiten y comparten información. Por este motivo, el grupo investigador adopta un papel intérprete a partir de los materiales verbales y escritos recogidos durante el proceso de estudio.

Pese a guiarnos por una metodología cualitativa, consideramos que es necesario romper con la rigidez establecida entre los paradigmas, entendiendo que algunos elementos pueden conjugarse y complementarse mutuamente en ciertas investigaciones, así que planteamos enlazar el paradigma sociocrítico junto al paradigma interpretativo, permitiéndonos así realizar un proceso reflexivo en el cual se vincula la investigación y la formación orientada a la acción.

Por lo tanto, siguiendo las características de estas visiones de investigación, pretendemos reflexionar para comprender la realidad y los fenómenos surgidos sobre el tema de estudio a la vez que intentamos alcanzar un desarrollo profesional permanente, comprender de mejor forma los procesos educativos y propiciar un cambio de la práctica educativa ante una situación susceptible de mejora.

Calendario de trabajo

Tabla 1

Organización temporal de tareas

Tareas	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Reescribir propuesta de TFG	X X				
Consultar bibliografía	X X	X X			
Realizar marco teórico	X X	X X			
Redactar análisis teórico		X X	X X		
Elaborar cuestionario		X			
Elaborar guion de entrevista para estudio de casos		X			
Prueba piloto (cuestionario)			X		
Realizar cuestionarios y entrevistas			X X		
Analizar los resultados (cuestionarios y entrevistas)			X X		
Redactar informe final (cuestionarios y entrevistas)			X X	X	
Redactar resultado final del estudio				X X	
Crear herramienta educativa				X X	X X
Realizar las propuestas de mejora					X X X X

Métodos de exploración

Cuestionario

Teniendo como guía los objetivos marcados a alcanzar, buscamos información y saber mediante la recolección de datos por medio de la realización de una encuesta exploratoria:

Procedemos a la ideación y diseño de un cuestionario estructurado como técnica para la obtención de datos de forma fiable, teniendo en cuenta que se pueden producir sesgos o errores en la interpretación de los resultados si se lleva a cabo un mal diseño. Siguiendo las directrices de Dillon, Madden y Firtle (1994), la redacción de los ítems del cuestionario se ha llevado a cabo tras un proceso de reflexión en profundidad sobre el tema a estudiar con tal de que las preguntas generadas correspondan a las cuestiones y preguntas de la investigación, siendo capaces de mostrar que la información obtenida se relaciona con dichos interrogantes.

Su formulación debe ser mediante un lenguaje entendible y evitando la ambigüedad y preguntas largas para así evitar sesgos por falta de respuesta, utilizando una redacción de forma personal y directa, generalmente, y de forma indirecta en cuestiones más comprometidas e íntimas, además de ser presentadas de modo neutro evitando juicios de valor, la utilización de consenso y la redacción de cuestiones que inciten sutilmente a un tipo de contestación concreta. Además, durante la redacción del cuestionario, se han utilizado preguntas de control mediante la repetición de ideas y la variación de orden de las escalas de puntuación, con el objetivo de constatar que el encuestado está siendo sincero y que existe coherencias en las respuestas.

Tal y como expone Cea (1996), aunque la utilización de preguntas cerradas presenta más ventajas que las abiertas, se ha ido llevando a cabo la elección del tipo de formulación teniendo en cuenta cuestiones como el tiempo y los recursos que se disponen para la codificación de las respuestas y el nivel de profundidad y exactitud que se quiera obtener en cada cuestión.

Teniendo esto en cuenta, aunque la mayoría de cuestiones son cerradas, se han utilizado preguntas abiertas ya que, pese a que presentan dificultades añadidas en la codificación y registro, perdiendo a su vez cierta uniformidad en las respuestas y en la expresión de ideas, consideramos interesante su uso para obtener respuestas variadas, ricas y opiniones que quizá no se tuvieron en cuenta anteriormente, aportando así la obtención de argumentos e información normalmente difícil de obtener mediante el uso de preguntas cerradas. Asimismo, logramos clasificar a los sujetos según el nivel de datos que disponen y de su predisposición a aportar respuestas elaboradas, ayudándonos a la posterior selección de individuos aptos para ser entrevistados en profundidad.

Por otro lado, se le ha prestado una atención singular al orden de las preguntas y al diseño: evitar ítems delicados y posicionar cuestiones sencillas e introductoras al inicio del cuestionario con el objetivo de agilizar las respuestas y aumentar a las personas colaboradoras; ordenar las preguntas de manera lógica y temática; presentar los ítems pasando de lo general a lo específico mediante un ordenamiento *de embudo* para evitar sesgos de irradiación en los cuales la calidad de la respuesta se ve alterada por su contexto inmediato; utilizar preguntas de tipo control con tal de verificar la consistencia de la información obtenida; situar preguntas claves que se consideren de mayor relevancia hacia la mitad del cuestionario, cuando el interés del sujeto esté presente y éste no esté cansado.

A su vez, utilizando el servicio de Formularios de Google, se pretende crear un diseño limpio, atractivo y ordenado, inspirado en un formato de folleto para así crear una presentación profesional y atractiva, siendo prácticos para autoadministración y aumentado así la probabilidad de respuesta (Dillon, et al., 1994; Sudman y Bradburn, 1987).

Antes de llevar a la práctica el cuestionario en cuestión, decidimos llevar a cabo la realización de un “pretest” sobre una submuestra pequeña con el fin de contrastar si el diseño funciona adecuadamente y si se presentan anomalías durante su aplicación, sin olvidar que la realización de un estudio piloto no sustituye una redacción cuidada y consciente (Weiers, 1986). Mediante esta prueba piloto hemos podido observar si las cuestiones e instrucciones son comprendidas, si existen ambigüedades o si se presentan preguntas poco interesantes o superfluas, permitiéndonos actuar y reeditar algunas cuestiones y mejorar su redacción.

Tras una definición teórica del fenómeno a estudiar y una exposición de la población, se ha procedido a la selección de una muestra representativa para garantizar la generalización de los resultados. La vía utilizada para contactar con la población de la encuesta ha sido mediante el servicio de *microblogging* Twitter, Inc. A pesar de que existen otros métodos para seleccionar sujetos de estudio, ésta ha sido la herramienta seleccionada debido a su familiaridad, a su practicidad y al gran alcance que ofrece para contactar con personas jóvenes; nos brinda la posibilidad de encontrar más fácilmente individuos que se adecuen al perfil en cuestión. Tal y como podemos observar por medio de algunos estudios estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (2019) y Statista (2020), el número de usuarios de entre 16 y 24 años que utilizaron internet en los últimos tres meses de 2019 fue de un 99,2% en hombres y de un 99,0% en

mujeres (*Imagen 2*) y siendo de un 24% el grupo de individuos de entre 18 y 24 años que utilizan Twitter (*Imagen 1*), posicionándose en segundo puesto en el ranking.

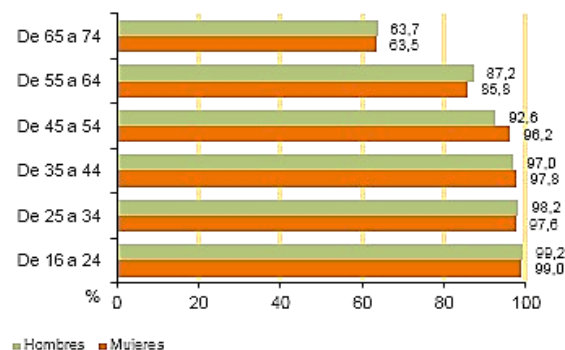


Imagen 1. Población que ha usado Internet en los últimos tres meses por grupos de edad (%). INE, 2020

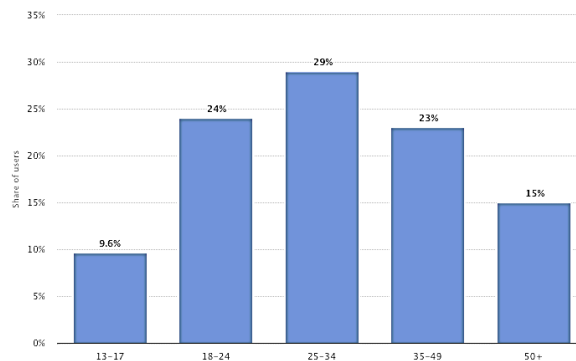


Imagen 2. Distribución de los usuarios mundiales en Twitter en enero de 2020, por grupo de edad. Copyright 2020 por Statista.

A través de una cuenta personal en dicha página, se comunicó de manera pública que se requerían sujetos voluntarios que se ajustaran al perfil de estudio para participar en la investigación. Dicha publicación tuvo un número de más de 24600 visualizaciones en la plataforma, llegando a una audiencia considerablemente amplia y permitiéndonos contactar con más de 60 personas con las características necesarias, de las cuales finalmente 30 decidieron participar [ver cuestionario completo en *Anexo 1*]

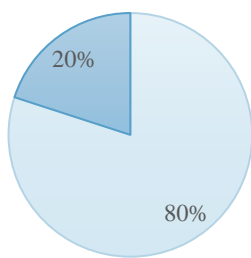
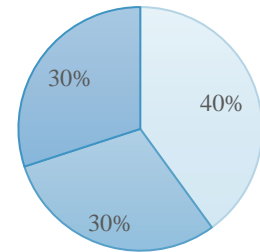
En cuanto se obtuvieron las respuestas procedimos a organizar los datos, con el propósito de facilitar la detección de posibles errores o incongruencias en las respuestas mediante el ya presentado uso de preguntas control, y así evitar posibles sesgos y garantizar un buen resultado y conclusión. Ha de tenerse en cuenta que las respuestas de preguntas abiertas se han analizado individualmente para compendiar y reducir la información [ver respuestas completas de las preguntas abiertas en *Anexo 2*], logrando de este modo asociar, conglomerar y vincular las ideas aportadas por los participantes.

Por consiguiente, la planificación y análisis de todas las respuestas se ha basado en la codificación y agrupación de los datos de forma visual y estadística con tal de ayudar a una transmisión y comprensión de la información más clara y rápida.

Análisis de resultados del cuestionario.

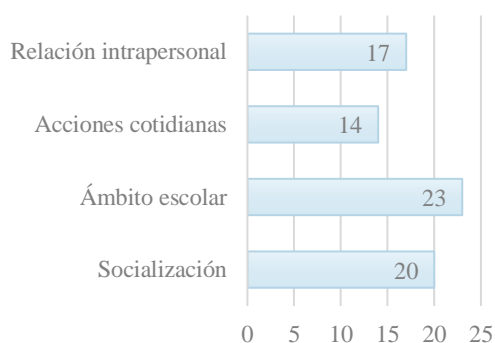
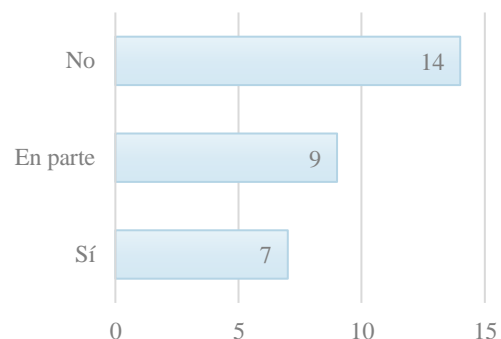
A continuación, presentamos dichos gráficos por orden de aparición en el cuestionario:

Pregunta 3: El 40% de los encuestados informa que su diagnóstico psicológico se realizó de manera previa al inicio de bachillerato, siendo de un 30% los diagnosticados durante la etapa de bachillerato y de otro 30% posteriormente a dicha etapa.



Pregunta 4: El 80% de la muestra transmite que sí ha tenido algún tipo de seguimiento psicológico, mientras, por otro lado, el 20% restante no ha recibido tales servicios.

Pregunta 5: Llegamos a la conclusión de que la mayoría de personas (47%) consideran que su círculo cercano no ha llegado a comprender su situación y sus limitaciones, seguido de (30%) los que se sienten en parte comprendidos, y, con el número más bajo (23%), los que sí se han sentido comprendidos.



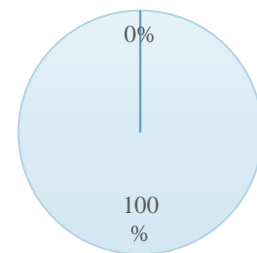
Pregunta 6: Los sujetos encuestados han repetido cuatro ideas y situaciones en las que han llegado a notar más la influencia de los trastornos. La mayoría ha percibido efectos en el ámbito escolar (31%), por ejemplo, en momentos en los que se debe responder cuestiones de manera individual en el aula, durante la concentración en lecturas, en la realización de deberes y en el estudio. Por otro lado, también han notado un aumento de las dificultades en situaciones de socialización (27%). Seguidamente, se presentan

los efectos en la propia relación intrapersonal (23%) y en la mayoría de acciones cotidianas del día a día (19%), como salir a la calle, comer y dormir.

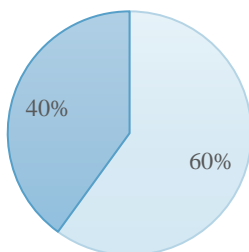
Caso 17. Respuesta 6: *«Al tener que salir de casa, al tener que hablar con gente sobre todo desconocida, al leer en alto en clase, contestar preguntas, a veces hacer cosas simples como levantarme de la cama o hacer deberes, o comer. [...]»*

Caso 5. Respuesta 6: *«Amistad, pareja, familia, estudios, trabajo, actividades que antes me gustaba hacer... Trastocó toda mi vida.»*

En la 7ª pregunta podemos observar claramente como, con el 100% de coincidencia, estos trastornos afectan a los sujetos de tal manera que les llega a imposibilitar y/o dificultar actividades y objetivos ideados.

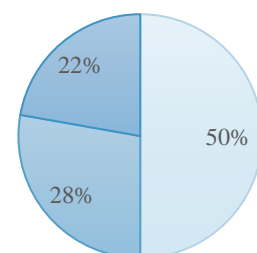


Vivencia en el centro educativo

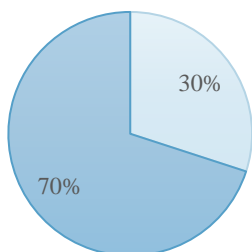
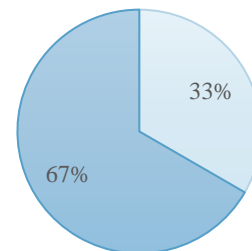


Pregunta 8: En el 60% de los casos los centros educativos estaban informados sobre la situación mental y emocional los educandos en cuestión.

Pregunta 9: De esos 60% que conocían la situación del alumnado, al 50% los informaron por voluntad propia, al 28% por decisión de la familia y al 22% restante por consejo de una figura profesional en salud mental.

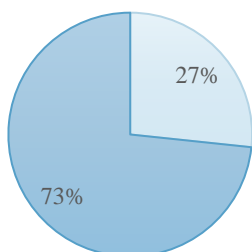
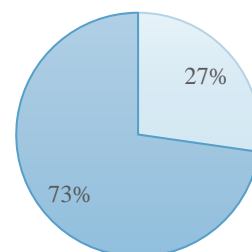


Pregunta 10: La mayoría de los sujetos (67%) no realizó ninguna tutoría durante toda la etapa para hablar de su situación personal y ni de sus necesidades.



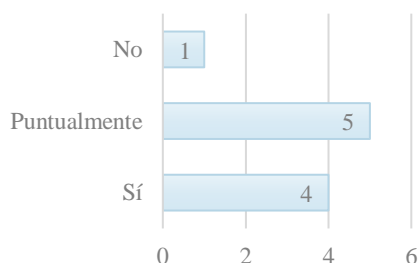
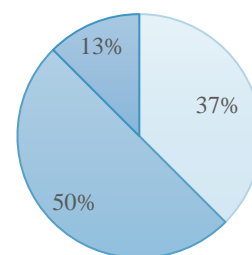
Pregunta 11: Y, únicamente el 30% de los sujetos, recibieron atención o algún tipo de seguimiento por parte del servicio psicopedagógico del centro.

Pregunta 12: De ese 30% que recibió atención, el 73% considera que los servicios ofrecidos no le fueron de ayuda.



Pregunta 13: Al 73% no se les adaptó el currículum ni existió ningún tipo de flexibilidad durante el transcurso de los cursos.

Pregunta 14: A la mitad (50%) de ese 27% restante que sí recibió algún tipo de adaptación se les propuso por parte del centro o de algún miembro del profesorado, un 37% hicieron la petición por iniciativa propia y el 13% restante iniciaron adaptaciones propulsadas por ambas direcciones.



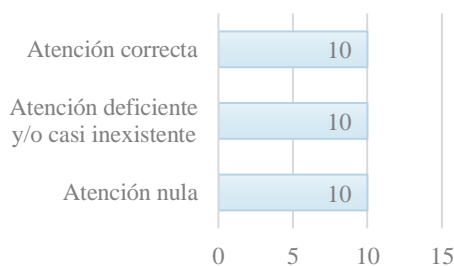
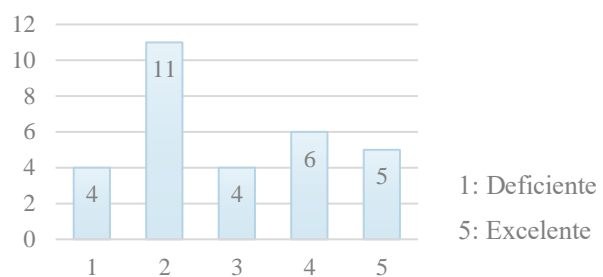
Pregunta 15: De ese 27% de alumnos que recibió adaptaciones, les fue útil de manera puntual a la mitad (50%), seguidamente del 40% que sí notó un beneficio y un 10% a los que no les ayudó.

Caso 12. Respuesta 15: «Como ésta venía juntamente con una depresión y empezaba el tratamiento psiquiátrico, la medicación me llevaba bastante mal, me dejaban salir de clase si mi ansiedad me impedía sentirme cómoda en el aula, en alguna ocasión posponer algún examen, tareas o trabajos.»

Caso 26. Respuesta 15: «Mi tutora veía la situación en la que estaba y me aprobó su asignatura (historia) había algún otro profesor que notó lo que me pasaba, pero la mayoría pensaban que no rendía por vagancia. No me aprobaron el bachillerato.»

Caso 8. Respuesta 15: «No me ayudaron, me redujeron el número de asignaturas para hacerlas otro año y eso me provocó más presión.»

Pregunta 16: En una escala de cinco niveles, la mayoría de sujetos (37%) consideran poco eficiente la atención que recibieron por parte del profesorado durante su paso por bachillerato, seguidos por un 20% que puntúa su experiencia como buena, aunque no excelente.



Pregunta 17: Ante estas puntuaciones preguntamos el porqué de su elección, a lo cual existe un empate entre las tres causas expuestas: 10 personas consideran que la atención recibida fue correcta, otras 10 que la atención fue deficiente y/o casi inexistente y las últimas 10 que no hubo ningún tipo de atención por parte de los profesionales.

Caso 23. Respuesta 17: «Porque, aunque algunos se preocuparon por mi situación ya que veían mis notas bajar y mis ánimos bajos, nadie fue más allá ni preguntó qué pasaba, solo me hacían saber que lo notaban.»

Caso 7. Respuesta 17: «Básicamente hablé con la psicóloga del instituto una vez a finales de segundo y no me ayudó demasiado. Me preguntó qué me pasaba, se lo expliqué y ahí se quedó la cosa. No recuerdo que me diera ningún consejo o que

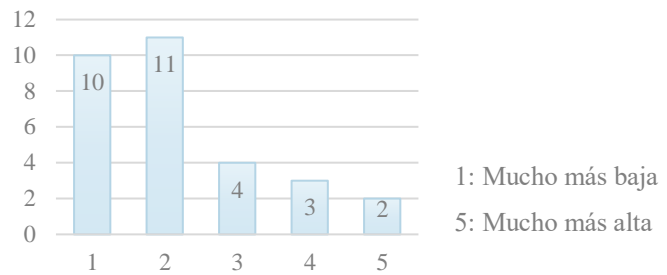
concretásemos nada sobre mi salud mental y para lo único que sirvió esa sesión fue para que ella dejase de tener tantos prejuicios contra mí.»

Caso 12. Respuesta 17: *«Hubiera puesto un 5 ya que la mayoría fueron muy receptivos y colaborativos, pero otros llegaron a decir que lo fingía todo y me pusieron impedimentos para poder llevar bien la asignatura.»*

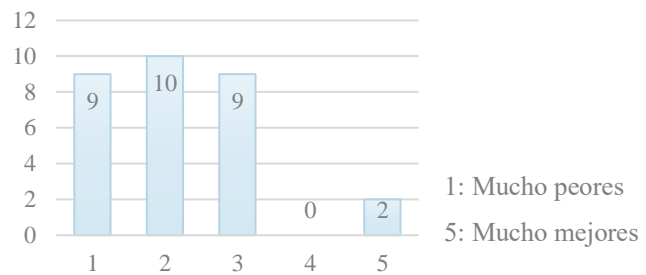
Caso 19. Respuesta 17: *«No todos los profesores se adaptaron igual a la situación, algunos sí que me prestaron más ayuda y apoyo que otros, pero en general fue buena.»*

Estado de los resultados académicos

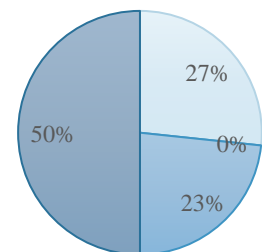
Pregunta 18: En relación al nivel de motivación e implicación, la mayoría (37%) considera que fue mala respecto a cursos anteriores, seguidamente de un 33% que lo perciben como muy mala.



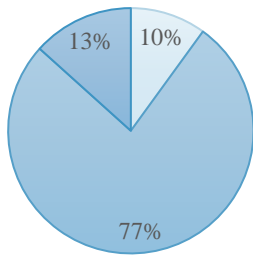
Pregunta 19: Con unos resultados parecidos a los de la pregunta anterior, el 33% considera que sus resultados académicos fueron peores respecto a otros cursos, seguido de un empate entre los que los perciben como muy malos (30%) y sin cambios (30%).



Pregunta 20: El 50% de los encuestados afirma que, pese a que lo necesitaban, no recibieron ningún tipo de apoyo o refuerzo académico dentro ni fuera del aula. El 27% sí necesitaba ese tipo de refuerzo y sí lo recibía y el 23% restante muestra que ni lo necesitaba ni lo recibía.



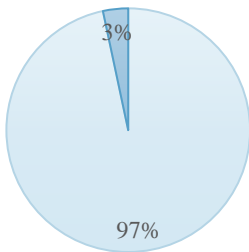
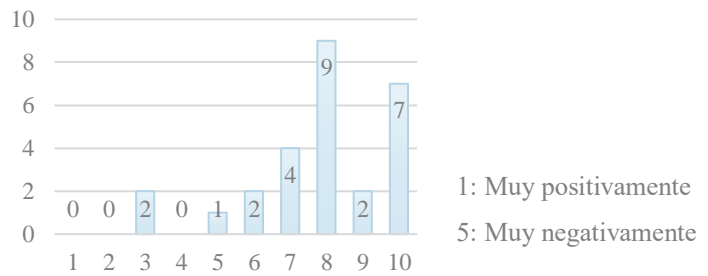
Estado emocional



■ Sí, positivamente
 ■ Sí, negativamente
 ■ No

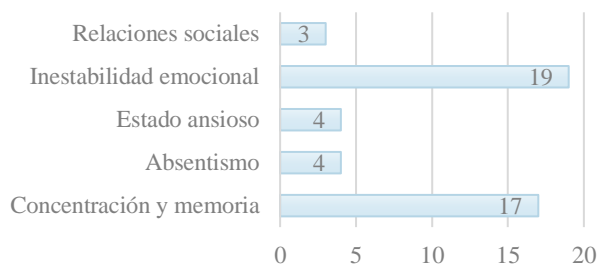
Pregunta 21: Con un 77% de respuestas, observamos que a la gran mayoría de sujetos les afectó negativamente la etapa de bachillerato, ocupando el menor dato del 10% los que consideran que les afectó positivamente.

Pregunta 22: Siguiendo los resultados de la anterior pregunta, los tres primeros puestos en la puntuación según el modo en que afectó la etapa, el 33% considera que fue de manera bastante negativa, el 26% muy negativamente y el 15% negativamente.



Pregunta 23: Prácticamente toda la muestra investigada (97%) se sintió frustrada ante los resultados académicos obtenidos.

Pregunta 24: Asimismo, se observa que la misma cantidad de sujetos han visto que sus trastornos se han convertido en dificultades añadidas a su práctica estudiantil.



Pregunta 25: Ante tales dificultades añadidas, el 40% refleja que les provocaba más inestabilidad emocional y el 36% que empeoraba su nivel de concentración y memorización. Asimismo, se debe tener en cuenta otros aspectos como la derivación

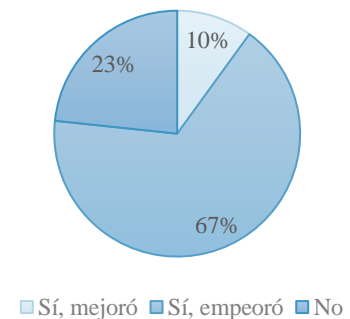
hacia un aumento del absentismo (9%), a un estado ansioso más elevado (9%) y a un empeoramiento entorno a las relaciones sociales (6%).

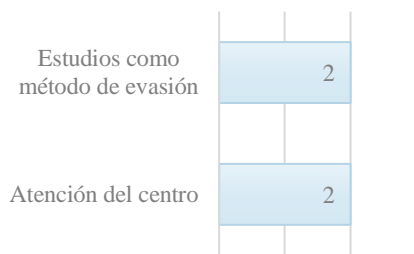
Caso 5. Respuesta 25: *«Si no tienes fuerzas para levantarte de la cama o cepillarte los dientes, mucho menos tienes fuerza para sentarte y ponerte a estudiar. [...] me fallaban mucho la memoria y la concentración, y acababa por frustrarme muchísimo y desmotivarme, o darme una ansiedad muy fuerte porque veía que a ese ritmo no era capaz de hacer todo lo que se me pedía académicamente y que iba a ser un fracaso.»*

Caso 23. Respuesta 25: *«No podía estudiar, tenía los ánimos demasiado bajos como para dar el 100% (no llegaba ni al 10%), no era capaz de salir de mi burbuja y me pasaba las clases teniendo pensamientos o planes suicidas. [...]»*

Caso 27. Respuesta 25: *«Llegué a obsesionarme mucho con los resultados, mi estado anímico era muy dependiente de los resultados que obtuviese, y si eran malos, me machacaba muchísimo culpabilizándome de todo. [...] Era vivir sin darme ningún momento de descanso, siempre en tensión y preocupado por lo que pudiese pasar, y con una falta de confianza en mí mismo muy importante, dudando constantemente de mis capacidades.»*

Pregunta 26: El 67% de los encuestados reflejó que, debido a su paso por bachillerato, su estado depresivo y ansioso empeoró, mientras que, por otro lado, el 10% notó una mejora.

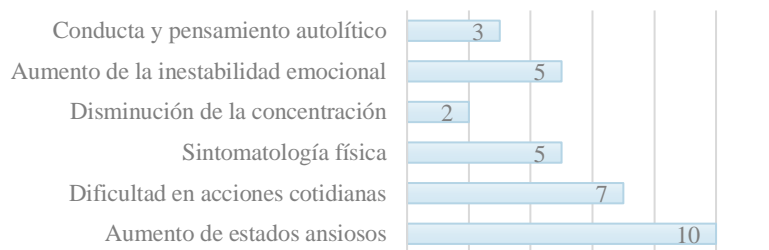




Pregunta 27: Dichas mejoras de ese 10% fueron debidas a la atención recibida en el centro escolar (50%) y debido a que utilizaban los estudios como método de evasión (50%).

Caso 15. Respuesta 27: «Aunque tanto la depresión como la ansiedad mejoró a lo largo de bachillerato, considero que fue por el trabajo psicológico con el profesional y que cuando estudiaba me servía para evadirme y centrarme en el futuro.»

Por otro lado, el 67% que tuvo un empeoramiento, considera que lo notó, mayoritariamente, en el aumento de los estados ansiosos (31%) y ante la dificultad aumentada hacia las acciones cotidianas (22%). Además, al 16% de los sujetos se les presentó sintomatología física como mareos, vómitos, desmayos, insomnio, migrañas, etc., y una agravación de la inestabilidad emocional, con un 9% que percibió un empeoramiento ante conductas y pensamientos autolíticos, los cuales pasan por el consumo de drogas y por la ideación y actuaciones suicidas.



Caso 7. Respuesta 27: «Ya tenía ansiedad y depresión antes de entrar en bachillerato, pero ahí empeoró. Antes no me costaba estudiar o por lo menos leerme los temarios, en bachillerato se me hacía imposible. Creo que es, en parte, porque hay muchísima presión por parte de todo el mundo en bachillerato y eso solo hizo que mis problemas empeorasen. Físicamente también tuve muchas consecuencias por el estrés y la ansiedad.»

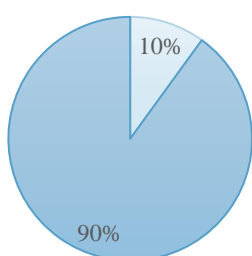
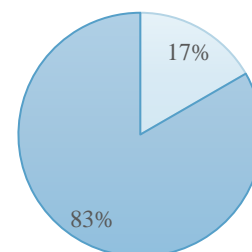
Caso 19. Respuesta 27: «Empecé a suspender, y llegó un momento en el que la ansiedad me impedía salir de casa. Por suerte, fue en vacaciones de Navidad y pensaba que se iba a solucionar para la vuelta, pero no fue así, el simple hecho de pensar en ir a allí me provocaba vómitos, mareos e incluso llegué a perder la conciencia varias veces.»

Caso 3. Respuesta 27: «Siempre me había tomado los estudios con mucha calma, pero cuando empecé con los ataques de ansiedad ir al instituto me parecía un mundo,

pensaba que en cualquier momento me podía dar un ataque y me ponía muy nerviosa. No prestaba atención en clase y el llegar a casa y ponerme a estudiar era imposible.»

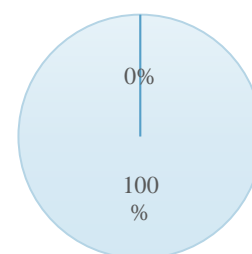
Opinión personal

Pregunta 28: Sobre la imagen de los profesionales del centro, el 83% cree que estos no estaban concienciados ni formados en salud mental.



Pregunta 29: Consultando los datos de la anterior cuestión, observamos que, aunque el 17% sí consideraba que tenían consciencia en salud mental, sólo el 10% de todos los sujetos cree que esos profesionales fueran capaces de atender satisfactoriamente a un alumnado con características diversas entre los cuales hubiera perfiles con ansiedad y depresión.

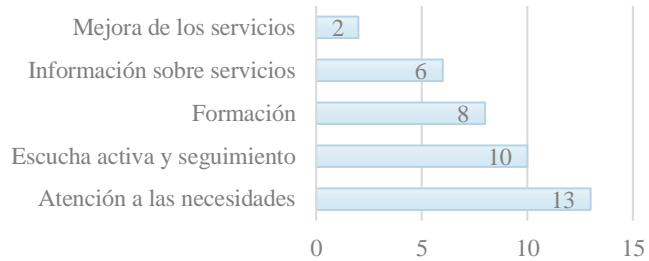
Pregunta 30: A partir de aquí, vemos como el 100% de los individuos encuestados ve necesario y oportuno que los profesionales de los centros educativos reciban formación en salud mental. Además, queremos destacar que 11 de los 30 consideran que dicha formación es esencial y que, incluso, debería ser obligatoria.



Caso 5. Respuesta 30: *«Si. Viví muy de cerca el caso de una compañera -deprimida- que se intentó suicidar. Faltó mucho y cuando volvió tenía materias acumuladas y no ayudaron en nada, nadie. Le dijeron que lo sentían y que sabían que era una situación dura, pero que ella lo había elegido y ahora tocaba acarrear con las consecuencias. A los pocos meses lo volvió a intentar.*

Sí. Por supuesto que es oportuno. Oportuno, necesario y obligatorio para que no vuelva a ocurrir con nadie más, para que nadie vuelva a decir que lo hemos elegido, como si alguien eligiera estar muerta en vida.»

Pregunta 31: La mayoría de sujetos (33%) muestra que, mediante la atención a sus necesidades, les podrían haber ayudado, mejorando así su práctica educativa. Por otro lado, un 26% aclara que les habría gustado



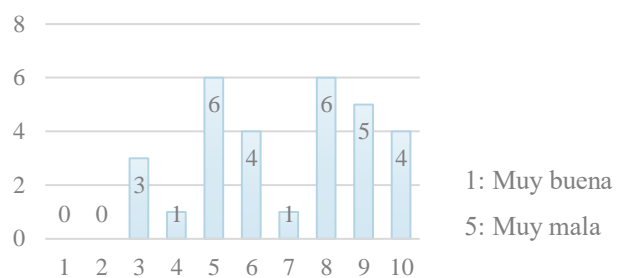
recibir ayuda por parte de los docentes, por ejemplo, mediante un trato más personal, un nivel de exigencia adaptado, comprensión... además, de recibir seguimiento y escucha activa.

Caso 9. Respuesta 31: *«Tener formación sobre salud mental y pedagogía. Porque muchos profes no se habían formado para ser profesores y tratar a adolescentes, y se notaba mucho su frustración.»*

Caso 3. Respuesta 31: *«Creo que una cosa tan simple como la escucha activa puede hacer mucho. Si después de la charla que tuve con la psicóloga hubiera habido un seguimiento posterior y así tener una persona con la que hablar y liberarme todo hubiera sido muy diferente.»*

Caso 13. Respuesta 31: *«Creo que es muy necesario que los profesores sean capaces de identificar cuando una persona se ve visiblemente mal y preguntar. Además, se tendría que reforzar el sistema de salud mental dentro de los institutos.»*

Pregunta 32: Podemos observar un empate porcentual del 13% entre los sujetos que califican su experiencia en bachillerato de manera neutra y los que la puntúan como bastante negativa.



Pregunta 33: Surgiendo de la anterior cuestión, los individuos que puntuaron su vivencia de “positiva” a “neutra” (entre 1 y 5) representan el 33% de la muestra.

Teniendo en cuenta únicamente este subgrupo, los motivos que exponen son: mejoras por un cambio de centro (40%), respecto a la ESO (20%), mejora al pasar de curso en bachillerato (20%) y debido a la ayuda de servicios ajenos al centro (20%).

Caso 18. Respuesta 33: «[...] con ayuda del tratamiento psicológico mejoré bastante. Aunque me encontré con dificultades a la hora de estudiar por culpa de la ansiedad, conseguí superarlo y con unas notas que, aunque podrían haber sido mejores, eran suficientes para lo que quería hacer. De manera que el balance final no fue tan negativo.»

Por otro lado, los sujetos que calificaron su experiencia de “algo negativa” a “muy mala” (entre 6 y 10) conforman el 67% de los sujetos. Éstos, achacan la mala puntuación debido a un fuerte empeoramiento en su salud mental (65%) y en las relaciones sociales (35%).

Además, creemos necesario destacar que el 35% de los individuos de este subgrupo han querido reflejar los años vividos durante dicha etapa como “los peores años de su vida”.

Caso 3. Respuesta 33: «Aunque tengo muy buenos recuerdos de bachillerato (mayormente por el hecho de estar en clase con mis amigos de toda la vida) considero que fue una etapa que si pudiera borraría. Estuve dos años, o año y medio, bajo presión y con miedo. No veía un final, se me hizo eterno y aunque la satisfacción de acabar y graduarte es increíble, no sé si lo compensa todo lo sufrido. [...]»

Caso 28. Respuesta 33: «Bachillerato es muy exigente y cuando no tienes fuerzas casi ni para ducharte, es muy difícil seguir el ritmo de las clases. Los profesores no te ayudan ni te facilitan el acceso al temario en base a tus circunstancias personales.»

Caso 27. Respuesta 33: «Considero que el Bachillerato ha sido, posiblemente, el peor momento de mi vida. Es una época muy estresante y de muchos cambios, [...]. También tuve problemas con profesores y compañeros, y no era capaz de explicar qué me pasaba, [...] por su parte era total incompreensión. Minó mucho mi autoestima y durante mucho tiempo me hizo plantearme que si de verdad valía para hacer algo.»

Pregunta 34: Finalmente, se ofreció un espacio en el que las personas que quisieran pudieran exponer y explicar aspectos que consideraran oportunos e importantes, del cual hemos podido observar varias ideas repetidas respecto a la salud mental: la importancia sobre su formación y la importancia de normalizar y visibilizar los trastornos psicológicos.

Por otro lado, observamos que varios sujetos reiteran el mal trato recibido por los docentes y hacen hincapié en la necesidad de mejorar la atención y los servicios de los centros

educativos, además de considerar que tanto los objetivos marcados en bachillerado como el nivel de exigencia del mismo es desmesurada.

Caso 5. Respuesta 34: *«Yo no supe realmente cómo eran las enfermedades mentales hasta después de bachillerato. Igual que necesitamos charlas educativas sobre la sexualidad (todas, gracias), necesitamos también sobre salud mental. Si sabemos desde jóvenes que existen y qué son, y cómo pedir ayuda y cómo funcionan los sistemas para ello, que no hay que avergonzarse de buscar ayuda ni pensar que ello nos degrada o nos hace ser débiles... Pues quizá la vida de muchas personas en esa etapa tan estresante y con tanta presión habría sido diferente para bien. Y yo no habría tardado 4 años en encontrar ayuda profesional de calidad.»*

Caso 15. Respuesta 34: *«[...] En 4º de ESO se agravó todo con el viaje de final de curso cuando el profesorado decidió que mejor que no fuera debido al peso, ya que me sería complicado seguir el ritmo. Ahí fue como la debacle. Justo ese año me habían dado el alta del TCA porque parecía estable. Por eso se complicó todo y llegué a la agorafobia. [...]»*

Caso 30. Respuesta 34: *«[...] pienso que el sistema educativo está lleno de profesionales de categoría que se dejan la piel cada día. Lo que seguramente está claro es que no puede ser que nuestra suerte dependa de los esfuerzos individuales de quien nos encontramos, y que queda mucho por trabajar para conseguir una educación pública, gratuita y de calidad, atenta y sensible con las diferentes diversidades.»*
(Traducción de la autora)

Estudio de caso

Entendemos que la investigación cualitativa trata de comprender el funcionamiento de todas las partes para formar un todo (Pérez, 1994), comprendiendo las partes componentes y sus relaciones, y obtener así una comprensión máxima del fenómeno y del significado de dicha experiencia. Por ende, el siguiente paso ha sido efectuar un examen intensivo y en profundidad sobre el mismo hecho mediante el estudio de caso.

Se ha evitado el uso de muestras probabilísticas con el objetivo de tratar con buenos perfiles de informantes, es decir, sujetos informados, reflexivos, lúcidos en su discurso y dispuestos a conversar y comunicarse con la figura de investigación. Por esta razón, se ha seguido el método de muestreo por conveniencia, puesto que se ha buscado que los posibles participantes se presenten de forma voluntaria; los casos seleccionados surgen del análisis de los cuestionarios contestados, guiándonos por la presencia de varias características como: muestra de interés de colaboración a partir de la respuesta afirmativa a la pregunta “¿Te interesa participar en una próxima entrevista individual?”; predisposición a argumentar y contestar las cuestiones de manera reflexiva y profunda; presencia de opiniones y abstracciones introspectivas y minuciosas.

En estos estudios no se espera extrapolar o generalizar resultados hacia la población en general. El objetivo es desarrollar una teoría que pueda ser aplicada en otros casos. Esto significa que los estudios cualitativos no puedan nunca ser generalizables. [...] en lugar de probabilístico, el muestreo cualitativo es fundamentalmente de dos tipos: intencional y teórico. (Bonilla y Rodríguez, 1997)

Hemos diseñado varias entrevistas dirigidas semiestructuradas siguiendo una misma lista de áreas con las cuales se han redactado las preguntas; se parte de un guion de cuestiones [consultar en *Anexo 3*], adaptándonos de este modo al sujeto entrevistado y permitiendo que éstos se expresen libremente entorno los tópicos a tratar, encauzando un modelo de conversación entre iguales. Llevando a cabo un proceso *interaccional* mediante entrevistas no directivas se hace presente la expresión libre del individuo entrevistado y la escucha activa de la persona entrevistadora (Pourtois y Desmet, 1992). De esta manera, atendemos a los sujetos entrevistados con el objetivo de comprenderlos en su propio contexto, logrando reconocer y catalogar las problemáticas, las actitudes, los valores, las acciones y los estados emocionales.

Tenemos en cuenta que dicha herramienta está expuesta a múltiples sesgos durante el proceso debido a la facilidad de desviación de los objetivos de la investigación y por las

posibles distorsiones ocasionadas ante factores emocionales, además del hecho de que la gran cantidad de datos recogidos dificulta el análisis y reducción de los mismos. Pese a estas dificultades, seguimos considerando oportuno su uso ya que se contempla como un buen instrumento ante un estudio en profundidad, facilitándonos la investigación de los sistemas de valores, de las vivencias y percepciones del grupo a analizar.

Por consiguiente, durante el proceso de entrevistas deben seguirse algunas directrices que nos faciliten huir de dichos sesgos y que nos acerquen a una realización airosa, como, por ejemplo: no expresar juicios de valor ante las respuestas de los sujetos entrevistados, permitir la libre comunicación aun cuando la idea no responda al tema de interés principal y mostrar una actitud sincera de escucha activa y atenta. De igual modo, y aunque nuestro interés reside en la perspectiva personal de los hechos y no tanto en la veracidad, es importante que el recuerdo sea estimulado con el fin de realizar controles cruzados y actuar con cautela ante las posibles alteraciones en el discurso.

Se ha llevado a efecto la realización de tres estudios de caso con el fin de estudiar la muestra en profundidad y a pequeña escala. Dichas entrevistas han seguido una guía previamente establecida, con adaptaciones teniendo en cuenta la información individual ya adquirida en cada caso y con posibilidad de cambios durante el proceso del mismo. Una vez ejecutadas las entrevistas, se ha procedido a la transcripción literal de cada una de ellas [consultar en *Anexo 4*] con el propósito de extraer toda la información relevante, valiosa y que resulte curiosa o interesante para la investigación.

Exposición de los datos recogidos mediante los estudios de caso.

A partir de este punto, estructuramos los datos obtenidos en una tabla de resultados de doble entrada, la cual nos simplifica la visualización del contenido y nos facilita la transmisión de información, además de permitirnos en un futuro realizar un proceso de triangulación y validación de jueces mediante los datos recogidos en este estudio:

Tabla 2

Categorización de los datos recogidos en las entrevistas

Categoría	Subcategoría	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Contextualización	<u>Diagnóstico</u>	Primer contacto en Salud Mental vía privada con 12 años sin diagnóstico, con una respuesta de <i>“era una mala racha de adolescencia”</i> . En bachillerato contacto en Salud Mental vía pública, con diagnóstico de ansiedad generalizada y	Primer contacto en Salud Mental vía privada con 15 años con síntomas de depresión y ansiedad, con una respuesta de <i>“cosas de la edad”</i> . Contacto en Salud Mental vía pública a los 18, con diagnóstico Trastorno Límite de Personalidad (TLP). A los 19 contacto por vía privada en psicología y	Pese a que los síntomas empezaron en bachillerato, tuvo primer contacto en Salud Mental con 22 años, con diagnóstico de trastorno ansioso depresivo. Ansiedad, primeramente, y aparición del primer episodio depresivo a finales de bachillerato

depresión crónica, entre otros.

psiquiatría, con diagnóstico de trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y trastorno de personalidad.

Allegados

Comprensión por parte de los familiares por anteriores contactos en la familia con dichos trastornos (conocimiento sobre el tema).

Distanciamiento hacia la familia y nulo apoyo familiar, no sabían cómo actuar.
Respuestas más positivas tras el transcurso del tiempo.

Comprensión por parte de los familiares.
Incomprensión y falta de sensibilidad por parte de las amistades.

Incomprensión, presión y recriminación por parte de las amistades.

Dificultades

Grandes dificultades en los estudios debido a los síntomas de la depresión (fallos de memoria).

Dificultad e imposibilidad de realizar actividades de crecimiento personal y lúdicas como teatro debido a los síntomas de la ansiedad

Dificultad en establecer relaciones y en tomar decisiones de futuro como qué estudiar debido a la baja autoestima.

			Aislamiento social.	
			Dificultades en los estudios debido a los síntomas de la depresión.	
Centro educativo	<u>Conocimiento</u>	Conocimiento por parte del centro como respuesta ante una recriminación y llamada de atención por parte de los servicios de coordinación de estudios.	No había conocimiento del estado.	No había conocimiento del estado, por vergüenza a reconocer el problema y por desconocimiento de su propio problema.
	<u>Seguimiento</u>	Pese al conocimiento previo no hubo ningún tipo de seguimiento.	No hubo ningún tipo de seguimiento pese a las señales de posible depresión o de un estado problemático (absentismo durante dos meses).	No hubo ningún tipo de seguimiento pese a las señales de posible depresión.
	<u>Actuación del profesorado</u>	No actuación del profesorado.	No actuación del profesorado, únicamente por parte del tutor	No actuación del profesorado, únicamente por parte de

Denuncia hacia un profesor debido a su actuación y comentarios.

Buen recuerdo de una profesora en concreto, la cual se dio cuenta de que su comportamiento no era regular y, tras saber que presentaba ansiedad social, adaptó el modo de evaluación (haciendo los exámenes orales a parte o en pareja si debía conversar).

ya al final de la etapa, el cual organizó una tutoría con los padres tras ausentarse durante dos meses.

algunos profesores que intentaban generar un clima general de confianza en el aula.

Mal recuerdo de su tutora, la cual le llamaba “maestrillo” delante del resto del alumnado y hacía comentarios hirientes y poco profesionales sobre sus alumnos.

Formación del profesorado

No formación del profesorado ni capacidad de reaccionar ante alguien con depresión o problemas de salud mental.

No buena formación del profesorado y poca preocupación real hacia el alumnado.

No formación del profesorado ni buena actuación hacia el alumnado y la exigencia mostrada.

	<u>Opinión</u>	<p>Profesorado sin suficiente formación y sin saber cómo ayudar, siendo un tema incluso tabú.</p> <p>Falta de comprensión por parte del profesorado y recriminaciones regulares (por absentismo y falta de implicación).</p>	<p>Falta de formación y conocimientos en el profesorado.</p> <p>Falta de atención personalizada por parte de los profesionales.</p> <p>Falta de profesionalidad y mala actuación de profesionales formados.</p>	<p>Falta de interés hacia el alumnado por parte del profesorado.</p> <p>Falta de información sobre los servicios de atención en el centro en caso necesario.</p>
Nivel académico	<u>Presión ante los objetivos</u>	<p>Mucho agobio y presión.</p> <p>Abandono en 2º de bachillerato.</p>	<p>Miedo a decepcionar, aumento del nivel de frustración e incapacidad de cumplir con los deberes.</p>	<p>Pérdida de ilusión y objetivos.</p>
Estado emocional	<u>Estado recurrente</u>	<p>Estrés, enfado general y alto nivel de ansiedad.</p>	<p>Ansiedad y nivel de motivación muy bajo.</p>	<p>Incomprensión, soledad y miedo.</p>

	<u>Repercusión</u>	Aislamiento personal y distanciamiento hacia la familia y las amistades.	Aumento del miedo al abandono y de la de ansiedad, incremento de delirios, empeoramiento de la capacidad para establecer lazos, disminución de la autoestima e inicio de agorafobia.	Soledad y dificultad de relacionarse con el resto de personas allegadas (por ejemplo, deterioro de la relación con los padres durante bachillerato).
Percepción	<u>Mejora</u>	Ofrecer atención psicológica. Adaptación y conciencia sobre las diferentes realidades educativas y sus necesidades.	Perfil de profesionales seleccionados adecuadamente. Educar en salud mental y desde el punto de la inteligencia emocional. Rebajar el nivel de presión e informar del abanico de posibilidades.	Mostrar interés en comprender el estado de los alumnos. Educar en salud mental y desde la empatía. Rebajar el nivel de presión ante la elección de estudios e informar ampliamente para rebajar la sensación de ansiedad y miedo.

Análisis de resultados de los estudios de caso.

Contextualización.

Diagnóstico.

A los tres casos estudiados se les fue diagnosticado depresión y ansiedad, y ya presentaban signos de depresión y ansiedad mientras cursaban bachillerato. Aun así, dos de ellos contactaron con los servicios de Salud Mental con anterioridad, aunque sin resultados (Caso 1 y Caso 2), y otro caso inició seguimiento psicológico tras ya haber acabado la etapa (Caso 3).

Allegados.

Dos de los casos (Caso 1 y Caso 3) exponen que su núcleo familiar más cercano sí mostraba comprensión ante la situación, y que, por otro lado, el grupo de amistades presentó cierta falta de sensibilidad, presión e incomprensión.

«Que mis mejores amigas me amenazaran con dejar de ser mis amigas si dejaba de ir al instituto sí que fue como... “hostia, pues vaya mierda de amigas, ¿no?”.»
(Caso 1)

«[...] me estaban llamando todo el día que, si era muy negativo, que, si era pesimista, “en plan” ... que se creen que hacen una broma, pero luego tú en el fondo te estás comiendo la cabeza todo el día pensando a ver si será verdad, que por qué no puedes pensar de otra forma o qué tienes que hacer para que la gente no te lo diga.»
(Caso 3)

Por el contrario, el Caso 2 sufrió un distanciamiento familiar y generalmente no recibió ayuda por parte de éstos. Aun así, con el transcurso del tiempo fue mejorando el nivel de comprensión.

«[...] me hubiese gustado que, en ciertos ámbitos, como por ejemplo el familiar, hubiesen presionado un poco más.» (Caso 2)

«[...] empezaron a intentar comprenderme mejor [...], que yo esto no lo había decidido y que no estaba siendo simplemente vaga.» (Caso 2)

Dificultades.

Uno de los ámbitos en los que todos identifican grandes dificultades es en el de los estudios, debido a fallos de memoria, baja autoestima y otros síntomas depresivos.

Otro espacio que se vio afectado es el de los objetivos vitales y la realización de actividades de crecimiento personal y lúdicos, además de la presencia de aislamiento social y la dificultad de establecer relaciones.

«[...] fue un poco, pues... una escala, [...] hasta llegar a puntos más altos en los que pierdes todo círculo social a tu alrededor... y, bueno, al final no puedes trabajar en esas condiciones, no puedes llegar a la carrera que quieres llegar o de la manera en la que quieres llegar... bueno, es que cuando me dices qué objetivos perdí... es que los perdí todos.» (Caso 2)

«[...] mi autoestima no era la mejor del mundo y, por no crearme lo suficientemente bueno o capaz, renuncié a seguir estudiando música.» (Caso 3)

Centro educativo.

Conocimiento.

Se presentan varias situaciones entorno al conocimiento del estado del alumnado en el centro. En el Caso 1, se expuso la problemática ante el profesorado debido a una llamada de atención y recriminaciones hacia la alumna; no se hizo saber ni se conoció de manera orgánica.

«[...] me dijo que ya hablaría con mi tutora y que ya verían a ver qué hacían, que tendría que haberles avisado antes y que esto ellos no lo sabían “y tal” y yo dije “bueno, pues es que tampoco me habéis dado opciones de explicarlo tampoco”.» (Caso 1)

En los otros casos, no hubo conocimiento alguno.

«[...] bueno, simplemente hubo una gran indiferencia, o sea, “no comprendemos qué le pasa, bueno, pues la dejamos ahí”, ¿no?... tampoco con maldad, es simplemente lo que ocurre a veces cuando no entiendes a alguien y no sabes cómo acercarte a esa persona [...]» (Caso 2)

«[...] no nos educan para reconocer este tipo de señales o de trastornos» (Caso 3)

Seguimiento.

Pese a la presencia de señales de un estado problemático, y pese al conocimiento en el Caso 1, no se realizó ningún tipo de seguimiento del estado de los alumnos en cuestión

«[...] siguieron con su trece de que yo era una vaga y que no quería ir [...]» (Caso 1)

«[...] se podría haber imaginado que tenía depresión, pero no se habló de eso, se habló de “¿estás ‘chof’? tienes que animarte” y decías “(risa)... vale”.» (Caso 2)

«cuando una persona está mal, quieras o no se le nota. [...] hay señales como si una persona no está tan atenta en clase, si la ves que está triste, si ves que hace un bajón de rendimiento en sus notas, de participación en clase... pues es que algo está pasando ahí» (Caso 3)

Actuación del profesorado.

En ninguno de los tres casos hubo una actuación clara por parte del grupo docente para adaptarse a las necesidades mostradas.

«[...] ninguno de los profesores habló con mi tutor para que dicho tutor hablara con el psicólogo del centro... o sea, no hubo ningún apoyo por ese lado.» (Caso 2)

«[...] simplemente pues dije “bueno, como no me van a ayudar pues tampoco voy a quedarme”, y realmente pues por eso lo dejé, porque no tuve apoyo tampoco.» (Caso 1)

Únicamente, y de manera puntual, hubo actuación por parte de un profesional docente: en el Caso 1, mediante la adaptación del modo de evaluación en una asignatura y, en el Caso 2, con la organización de una tutoría entre el tutor y los padres.

«Eso me ayudó mucho a ver un poquito que algunos profesores sí que se preocupaban por sus alumnos.» (Caso 1)

«[...] se centraron en lo típico, ¿no?, en cómo va este sistema, en cómo va la productividad. O sea, fue algo muy centrado en “si tú quieres tener una vida pues tienes que acabar bachillerato, trabajar, seguir estudiando... hacer algo con tu vida”.» (Caso 2)

Por contraste, el Caso 1 realizó un proceso de denuncia hacia un profesor debido a su mala actuación y comentarios poco correctos.

«[...] me dijo que si venía “pa”” estos dos días que no hacía falta que viniese [...]» (Caso 1)

El Caso 2 expone la deficiente actuación del psicólogo del centro durante la atención a una compañera con depresión.

«Si tú tienes unos mínimos de conocimiento, y esa persona los tenía que tener sí o sí porque hizo la carrera, no puedes decir que “estas así porque quieres” y “sonríe que

la vida son dos días” y... debe ser consciente de que no es una elección. [...] tienes que saber actuar y tienes que saber también cuando tú ya no puedes actuar más y tienes que derivar a otro tipo de profesionales.» (Caso 2)

Y, el Caso 3, explica un mal recuerdo hacia una profesora que lo llamaba de manera inadecuada y realizaba comentarios poco profesionales.

«cuando vio que yo de la ESO llevaba muy buena media empezó a llamarme “maestrillo”. [...] la gente hacía comentarios y se empezaron a reír. Y eso, ligado al día que hicimos reunión de padres y de toda la clase y empezó a decir que ninguno conseguiríamos nuestras metas en la vida, que la mayoría llegaríamos a ser basureros, o mozos de almacén, o cosas así [...]» (Caso 3)

Formación del profesorado.

Los tres casos coinciden en la falta de formación en salud mental, en una mala actuación general y en la muestra de poca preocupación hacia el alumnado.

«[...] cuando les conté que tenía depresión que me contestasen que, bueno, que igualmente fuese y que hiciera vida normal, que eso no es nada [...]» (Caso 1)

«cuando te veían mal te machacaban más todavía. Había más de uno que hizo llorar a más de uno [...], eso me indica o me indicaba bastante incomprensión por lo que estaba pasando esa persona [...] intentaban ridiculizarte o, no sé, hacerte ver que no eras suficientemente bueno.» (Caso 3)

Opinión.

El Caso 1 y el Caso 2 hacen hincapié en la falta de formación del profesorado y en la necesidad de ésta para evitar una mala gestión ante situaciones en las que el conocimiento es necesario para no caer en malas actuaciones y recriminaciones, y poder así ofrecer una atención más personalizada.

«[...] en el momento en el que tú tienes ciertos conocimientos de salud mental eres capaz de separar lo que es pereza de un alumno con síntomas de posible depresión, [...]» (Caso 2)

«[...] hay profesores que son malos y hay profesores que son buenos, pero no saben cómo ayudar [...] a mí me gustaba mucho lo que estaba haciendo en bachillerato, pero ese desdén y que me trataran como vaga y todo eso me hacía sentir bastante inútil; no

sentía que las personas confiaran en mí, y entonces yo no quería confiar en ellas.»
(Caso 1)

Además, presentan una falta de información sobre los servicios de atención psicopedagógica de los que disponen los centros.

«[...] si hubiese habido la figura de un orientador, psicólogo o alguien de referencia en el centro al que haber podido acudir... creo que habría ayudado bastante» (Caso 3)

«Para eso están fraccionadas, para eso hay un tutor para treinta personas y no un tutor para ochenta y cinco, para poder fraccionar las cosas y dar una atención más personalizada [...] no cuesta nada sentarse un día y decir “soy el psicólogo, o psicóloga, del centro; vamos a hablar de esto porque tu tutor, tus profesores y yo hemos notado que hay algo que no va bien”.» (Caso 2)

Nivel académico.

Presión ante los objetivos.

El Caso 1, ante el nivel de presión y exigencia de bachillerato, decidió no continuar con dichos estudios al segundo curso.

Manifiestan estados semejantes tales como altos niveles de agobio y frustración, desembocando en una falta de ilusión ante los objetivos.

«yo tenía muchas capacidades como siempre me han dicho, pero vi que llegados a punto pues yo no podía y eso me agobiaba un montón, porque veía que algo había cambiado [...]» (Caso 1)

De igual forma, el Caso 2 identifica la presencia de un fuerte miedo a decepcionar ante la incapacidad de cumplir con sus deberes del día a día.

«Cuando juntas una falta de motivación con unas altas expectativas y alta presión pues acaba mal, acaba en frustración. [...] yo no quería decepcionar a nadie, no quería decepcionar a mis padres, no quería decepcionarme a mí misma, pero veía que no podía; tenía que levantarme de la cama, ponerme a estudiar o prepararme para el colegio e ir a atender, y es que no podía.» (Caso 2)

Estado emocional.

Estado recurrente.

Todos los individuos presentan un alto nivel de ansiedad. El Caso 1 sentía un estado de enfado general y estrés, mientras el Caso 2 sentía una fuerte desmotivación y el Caso 3 incompreensión, soledad y miedo.

«[...] la gente se estaba comportando de una manera que no era “normal” ante mí, yo me agobiaba, me hacían no querer... ir menos, me hacían no querer afrontarme a ese agobio y era como un espiral que nunca se acababa.» (Caso 1)

«[...] tú no le puedes pedir a alguien con una pierna rota que se ponga a dar saltos, porque la tiene rota, ni el hueso ni los músculos ni nada va a funcionar como debe... pues era como si a mí me estuvieran pidiendo que saltara con la pierna rota.» (Caso 2)

«Creo que, al contrario de lo que pensaba la gente o la imagen que yo proyectaba de tristeza o pesimismo, [...] lo resumiría en incompreensión, soledad y miedo» (Caso 3)

Repercusión.

El aislamiento se presenta en todos los casos analizados, además de un aumento de las dificultades para relacionarse con las personas allegadas.

«Repercutió bastante para mal [...] ¿supongo que porque creía que nadie me quería en algún sentido? Como veía que nadie me ayudaba mi mente me hacía creer que simplemente es porque nadie me quería ni nadie me quería tener al lado. Así que simplemente fui aislándome a mí misma y aislando a otra gente.» (Caso 1)

«[...] pese a que mis padres eran más conscientes que yo y lo entendían, mi relación con ellos se deterioró bastante durante esos dos años.» (Caso 3)

En el Caso 2 refleja un nivel de repercusión más amplio incluso, con un aumento del miedo al abandono, de los niveles de ansiedad y de los delirios que ya sufría desde hacía un tiempo, además de una gran disminución de su autoestima personal y del inicio de agorafobia.

«[...] el pistoletazo de salida fue en bachillerato, y puede ser que bachillerato lo potenciara por, bueno... por todo lo que me estaba pasando.» (Caso 2)

«[...] otra cosa que salió de bachiller... mi baja autoestima, muy, muy baja autoestima. Claro, ¿cómo vas a tener simples motivaciones si te crees que no eres capaz de conseguir nada, ¿no?» (Caso 2)

«Tengo ese recuerdo [...] subir arriba y quedarme en la puerta del aula con la mano en el pomo para entrar para hacer el examen y estar... con la ansiedad tan alta que me paralicé y me quedé pues... en la puerta quizá... ¿media hora sin ser capaz de entrar? [...] me marcó un montón, y, desde que pasó eso, mi pico de ansiedad con los exámenes subió mucho. De hecho, en la universidad también me afectó [...]» (Caso 2)

Percepción.

Mejora.

Todos los sujetos entrevistados ponen énfasis en que es sumamente necesario educar y realizar formaciones en salud mental, con el objetivo de adquirir conciencia ante las diferentes realidades educativas y sus necesidades para así saberse adaptar y actuar.

«[...] cada persona es diferente, y se entiende que un profesor con 32 alumnos no puede hacer mucho porque no hay tiempo, no hay seminario, no hay recursos... pero intentar adaptar un poco más a un estado neutro ese estudio [...]» (Caso 1)

«Que no está sólo la salud física, que está la salud mental y que es algo muy importante que no se tiene en cuenta, y que donde más se tendría que tener en cuenta es en educación y, sobre todo, en esas edades.» (Caso 2)

«[...] si desde pequeños nos educasen en lo que es la empatía, nos enseñaran a detectar lo que es la tristeza, a que no estás mal estar triste, que todo el mundo puede estar triste, y nos enseñaran a cómo tratar con las personas tristes o cómo ayudarlas a que se sientan mejor... yo creo que, no para mí, sino para todo el mundo, todo sería una experiencia más positiva.» (Caso 3)

Tanto el Caso 2 como el Caso 3, exponen la necesidad de rebajar el nivel de presión al que son expuestos durante toda la etapa, además de informar ampliamente para rebajar esa sensación de alta ansiedad y miedo que se genera.

«[...] sobre todo hablar de más campos porque parece que les paguen por decir que hay que hacer universidad, lo prometo. [...] es una presión muy alta, y a cualquier persona le puede trastocar, no hace falta que tenga de por sí una salud mental frágil.» (Caso 2)

Debido a que no hubo un proceso informativo sobre los servicios de atención psicopedagógica, el Caso 1 y el Caso 3 subrayan el requerimiento de ofrecer y comunicar la existencia de dichos servicios.

«Me sentía perdida, me sentía sola, sentía que todo iba en contra de mí por alguna razón... y si hubiese tenido un psicólogo [...] me hubiese ayudado bastante.»

(Caso 1)

«Simplemente que alguien se sentara contigo, que te preguntara qué te pasaba abiertamente y te diera la oportunidad de expresarte libremente sin juzgarte... yo creo que eso me hubiese ayudado mucho en su momento.» (Caso 3)

Además, el Caso 2 subraya la transcendencia del proceso de selección de los profesionales de atención al alumnado.

«[...] me parece una completa inutilidad si esa persona que va a estar allí como psicólogo o psicóloga no sabe hacer bien sus funciones. [...] Porque, aunque se hicieran las cosas bien, si los compañeros supieran más de inteligencia emocional y el tutor también supiera más y acabaran derivándote al psicólogo y no es un buen profesional... pues se va todo a la 'mierda', aunque tú desde la raíz lo hayas hecho bien [...]» (Caso 2)

Exposición de los datos recogidos

En este estudio han sido expuestos un amplio abanico de ámbitos en los cuales, los individuos participantes, identifican dificultades añadidas presentadas por la depresión y el trastorno ansioso, llegando a perjudicar y deteriorar su cotidianeidad y objetivos vitales.

Las relaciones interpersonales, y la relación intrapersonal de cada sujeto, se ven afectadas debido a circunstancias, actuaciones y estados emocionales habituales, contribuyendo así a situaciones comunes de aislamiento social e incompreensión del círculo cercano.

Asimismo, la esfera educativa se presenta como uno de los ámbitos percibidos con mayor cantidad de obstáculos, y con mayor repercusión en el estado de los individuos, debido a la cantidad de características y escenarios que afectan a la potencialización de dicha situación, siendo éstos eventos tan corrientes como la práctica de estudio o lectura debido a las complicaciones en el proceso memorístico y de atención o la exposición individual ante el grupo de aula frente al deber de dar respuesta a alguna cuestión públicamente.

La experiencia tras el paso por bachillerato se manifiesta de modo negativo en el mayor número de casos, mayoritariamente, debido a las repercusiones emocionales que acostumbra a presentar y al deterioro en la salud mental del alumnado; las implicaciones alcanzan un área ampliamente extensa sobre la vida del alumnado: en su motivación, en los resultados académicos, en los niveles de frustración y ansiedad, en el aumento de la inestabilidad emocional y actuaciones y pensamientos autolíticos, en el aumento de manifestaciones físicas como mareos, vómitos, insomnio o migrañas y en la intensificación de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Esta etapa estudiantil muestra un nivel de exigencia y presión que —según el grupo estudiantil— llega a un nivel desmesurado, afectando significativamente al estado del alumnado y, directamente, a la capacidad de alcanzar los objetivos del mismo, ya que los niveles de ansiedad y frustración se elevan en gran medida. Acudir a servicios de apoyo y atención en Salud Mental son de importante ayuda en la gran mayoría de los casos, consiguiendo facilitar así la gestión y mejora emocional de los individuos; somos seres activos en nuestro propio estado. Pero, aun así, debemos tener en consideración la realidad en la cual te posiciona vivir con un trastorno depresivo y de ansiedad, y de las dificultades y particularidades que estos suelen presentar y con los que es complicado cohabitar, como, por ejemplo, la imposibilidad de seguir rutinas o acciones cotidianas y la presencia de sintomatología física entre muchos otros ya expuestos. Es por ello que se plantea la necesidad de considerar la posibilidad de llevar a cabo adaptaciones sobre los niveles de exigencia, manteniendo, indudablemente, los objetivos de la etapa como meta a alcanzar.

En los últimos tiempos nuestra realidad social, política, cultural, económica y educativa ha sufrido algunos cambios. Tal y como expone Jurjo Torres en *La justicia curricular* (2010), hemos vivido algunas revoluciones sociales: sobre las relaciones sociales, económicas, políticas, de valores y la de las revoluciones educativas. La educación pasa a atender las demandas sociales que presentan, poniéndose al servicio y ajustándose a las necesidades emergentes del capital, persiguiendo, a su vez, el modelo de individuo y profesional que el tipo de sociedad capitalista necesita y demanda para su buen funcionamiento. Estos criterios de principios neoliberales



Ilustración 4. *Nexo*. Candelario. (4 de mayo de 2018).

seguidos desembocan a que las instituciones escolares traten de adoptar una imagen excelente y de buena calidad —visión, a nuestro entender, posible de poner en entredicho— puesto que se muestran como instituciones muy eficaces, eficientes y competitivas por el hecho de orientarse hacia una formación de trabajo especializado, separando y suprimiendo la educación de semblante más humanístico y filosófico, llegándose a considerar incluso la atención a la diversidad como un entorpecimiento hacia la práctica educativa y su funcionamiento; la idea de concebir el sistema educativo como una herramienta dirigida a ampliar oportunidades educativas y mejorar situaciones de desigualdad ha ido perdiendo fuerza, mientras cada vez se intensifica el interés de incrementar la competitividad internacional.

En la pedagogía tradicional —la cual continúa siendo todavía la más presente— se lleva a cabo un proceso unilateral en el cual las profesionales y los profesionales docentes actúan como transmisores de conocimiento, dirigiendo la práctica educativa a la mera enseñanza de contenido y a la comprobación del aprendizaje de dichos conocimientos mediante una metodología basada principalmente en la memorización. Aun así, el sistema educativo plantea como propósito principal evitar la exclusión social. Michael Apple (1986) muestra que las estructuras e instituciones que conforman la sociedad —incluidas las escuelas— comportan significados y condicionan nuestras vidas; el sistema dominante social, económico y político está presente en todos aquellos aspectos del currículum escolar, puesto que no se puede comprender la no influencia del contexto que nos rodea. Teniendo en cuenta esto —y sin olvidar el necesario equilibrio entre las exigencias del mundo laboral, social y personal—, uno de los retos del currículum escolar se enfoca hacia la detección de actitudes y saberes necesarios que nos permitan conseguir y establecer una sociedad más justa, alejada de exclusiones y mejorando, a la vez, las relaciones humanas.

En las relaciones sociales encontramos que el individualismo va ganando cada vez más peso y terreno, propiciando que los problemas y conflictos tiendan a resolverse de un modo más individualista, causando que se silencien aquellas reivindicaciones de los colectivos más minoritarios y perjudicados de la sociedad —los cuales, al contrario de la situación presentada, necesitarían más voz y presencia—.

“La educación por sí sola tiene el reconocimiento de la mayoría de la gente, puesto que la ven como un elemento importante para el desarrollo personal, algo necesario para salir adelante, que además le ofrece, al que la posee, una autoestima más elevada que al que no cuenta con ella. En el caso de la salud mental, el concepto que se tiene

del mismo en el interior de la familia depende de las experiencias que la familia ha tenido con problemas de salud mental, ya sea en sus miembros o sujetos del entorno próximo. Estas experiencias se asocian también a actitudes, estrategias de afrontamiento y expectativas de establecer o no una relación de consulta y atención con un profesional de la conducta —psicología o psiquiatría—.” (Quintanilla, Haro, Vega, González de Mendoza y Ramírez, 2004)

Generalmente, los centros educativos no acostumbran a mostrar un interés notorio o a tomar parte de manera activa ante la oportunidad de conocer a los educandos; no se tiende a realizar tutorías o acercamientos con el objetivo de conocer las necesidades individuales, incluso, pese a la existencia de señales de un posible estado problemático. Que sean conocedores de las problemáticas y dificultades emocionales y mentales del alumnado —lo cual acostumbra a ocurrir en el 60% de los casos— no habitúa a suceder de manera orgánica con la suficiente frecuencia, ya que, previamente, suelen presentarse coyunturas recriminatorias o llamadas de atención hacia realidades surgidas de las mismas problemáticas. Aun así, que la realización de seguimiento psicopedagógico se presente únicamente en menos de la mitad de los casos conocidos, y que prácticamente tres cuartos de este subgrupo considere como ineficiente dicha atención, refleja la ausencia de propensión y la gran falla y yerro en la labor. De igual modo, se encuentra una falta de comunicación sobre la existencia de los servicios de atención de los que se dispone en los centros, al igual que sobre su funcionamiento, características y sobre su oferta. En la mayoría de los casos no se lleva a cabo ningún tipo de adaptación; la flexibilidad, la atención a las necesidades y la mejora de los servicios se presentan como una necesidad. La educación debería adoptar una posición significativa al compaginar los derechos individuales que tanto defiende el liberalismo con los derechos colectivos, defendiendo, de este modo, el compromiso comunitario.

Asimismo, la percepción sobre los docentes se manifiesta con preocupación y malestar debido a la falta de trato personal, comprensión, seguimiento, escucha activa hacia el alumnado. Dejando por supuesta la convicción de que las actuaciones y actitudes que traspasan el límite del código deontológico profesional son total e íntegramente deleznable y denunciables, se divisa una fuerte carencia sobre los conocimientos en salud mental en la formación del grupo docente, y, por ende, la necesidad de instrucción en dicho campo; fijamos el objetivo en tratar de evitar lo evitable con formación, gestión e interés.

La necesidad de mejorar y remodelar el sistema educativo es real. Es necesario generar sistemas educativos públicos al alcance de todo el mundo, basados en la eficiencia y en la equidad mediante instituciones que promuevan el aprendizaje instrumental, la creatividad, el trabajo cooperativo, el diálogo y el razonamiento crítico como herramienta central. A su vez, es importante la relevancia del *campo del deseable* (Manzano y Palou, 2007) y la necesidad de desarrollo curricular del propio centro educativo. Los propósitos del centro y la acción del equipo docente tienen que ser encarados y orientados hacia el reajuste del currículum, haciendo así que los educandos tengan la oportunidad de aprender en las mejores condiciones y con un mejor nivel de adaptabilidad, tal y como expone Tyler R. W. en una de sus obras, en la cual habla de la importancia de la adecuación del currículum según las características del propio centro de enseñanza, con la presencia del cuerpo docente como figura participando y activa en su elaboración y discusión (Tyler citado por Angulo y Blanco, 1994).

Diseño de una herramienta educativa

Tras la realización de este estudio hemos podido observar la poca calidad, o la ausencia, de la formación sobre salud mental en el grupo docente, concretamente, en la etapa de Bachillerato. Debido a que los programas educativos sobre salud mental tienden a llegar a aquellos que ya están de acuerdo con el mensaje, y en vista a la importancia y efectos de la educación sobre la reducción del estigma (Arnaiz y Uriarte, 2006), creemos de interés llevar a cabo la ideación y creación de una herramienta pedagógica, cuyo objetivo se base en aproximar las realidades presentes en los centros educativos y una teoría básica de acercamiento a los conceptos que hemos tratado sobre salud mental.

Página web.

Se ha diseñado la página web Enseñar Sanamente (2020) con un propósito de acercamiento primario, en el cual el grupo de profesionales de la educación —y otras personas interesadas en dicho ámbito— encuentre un espacio de información y comunicación que permita complementar y reforzar la constitución de conocimiento. De este modo, intentamos blindar la

posibilidad de mejora frente las acciones de respuesta educativa que se puedan dar en el aula y en los centros educativos.

En dicha página encontramos diversas secciones comunicadas entre sí mediante la presencia de botones con hipervínculo. En la página de *Inicio* encontramos una breve muestra del contenido de la web y de la investigación: un primer contacto con la idea de ampliar conocimientos en salud mental y reformar las actuaciones educativas y profesionales, una presentación de conceptos y de la investigación realizada en este TFG y la muestra de dos entradas a un Blog informativo. En la sección de *Conceptos* vemos una aproximación conceptual a los tres conceptos claves del estudio —la ansiedad, la depresión y la etapa escolar de bachillerato—, con conexión a la siguiente página. En la tercera sección, *Estudio Realizado*, encontramos la exposición de las fases de dicho trabajo: la fase investigativa y la creación de una herramienta pedagógica, en la cual se refleja pasos básicos durante la realización, los datos conseguidos con el proceso y la presentación del Dossier Educativo y su respectivo botón de descarga con el que acceder al contenido. Finalmente, y de modo complementario, vemos las secciones de *Blog* y *Foro*, totalmente utilizables y con perspectiva de un aprovechamiento más a fondo de la web y de sus beneficios comunicativos.



Imagen 3. Página de *Inicio* de 'Enseñar Sanamente'.

[Enseñar Sanamente](#)

Hipervínculo a la Página Web

Dossier digital.

Como resultado de los datos recogidos en esta investigación, este dossier educativo [ver como *Anexo 5*] se presenta como herramienta complementaria de aproximación teórica condensada al alcance del grupo docente no especializado.

Se muestran cuatro apartados y ocho subapartados, en los cuales se profundiza sobre varios temas tratados. Primeramente, se encuentra la sección *Trastorno de depresión y ansiedad*, compuesta por tres subapartados: *¿Qué es la ansiedad?*; *¿Y la depresión?*; *Cómo afecta al colectivo de jóvenes*, en los cuales se expone un acercamiento teórico a los conceptos de ansiedad y depresión y a su respuesta y características presentes en la etapa de la adolescencia media. Seguidamente en el apartado *Su reflejo en el ámbito escolar*, vemos una explicación de las repercusiones



Imagen 4. Dossier educativo digital 'Enseñar Sanamente'.

y dificultades más habituales que dichos trastornos presentan durante el proceso educativo y la etapa escolar, adentrándonos, asimismo, en el reflejo emocional que supone el paso por bachillerato en la subsección *Alcance y repercusión emocional*. Tras una exposición de la situación de los individuos en cuestión, en *Actuación ante las diversas realidades*, y *La respuesta del sistema y su lasitud*, se divisa el estado general de actuación, conocimiento y procedimientos —según los datos obtenido en el presente estudio— del grupo docente y profesionales que atienden al alumnado en los centros escolares y el aula. Finalmente, encontramos la sección *Cómo se puede ayudar* junto a los subapartados *Reconocer los posibles síntomas* y *Docentes activos*, en los cuales se focaliza en las necesidades, aptitudes y conocimientos requeridos para una mejora de actuación y resultados.

Cabe destacar que su objetivo es ser utilizado como herramienta pedagógica en la práctica educativa de los docentes, puesto que el conocimiento de las realidades, actuaciones y opiniones de los sujetos estudiados es necesario para una mejora en la comprensión del fenómeno, y, por ende, para una mejora en la actuación y en las posibles debilidades que ésta presente.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.)*. Washington D.C., Estados Unidos: APA.
- Angulo, J.F., y Blanco, N. (1994). *Teoría y Desarrollo del Curriculum*. Recuperado de http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Salinas_Unidad_2.pdf
- Apple, M.W. (1986). *Teachers and texts: A political economy of class and gender relations in education*. doi: <https://doi.org/10.4324/9781315021027>
- Arias, M., Marcos, S.G., Martín, M., Arias, J.M., y Deronceré, O. (enero – febrero, 2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100005&lng=es&tlng=es
- Arnaiz, A., y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
- Arranz, B., y San, L. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona, España: Amat Editorial.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007&lng=es&tlng=es
- Bonilla, E., y Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales* (pp. 51-66). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Candelario, S. (23 de abril, 2017). *Polos*. [Ilustración]. Elaboración propia.
- Candelario, S. (4 de abril, 2018). *Reclamo del yo*. [Ilustración]. Elaboración propia.
- Candelario, S. (4 de mayo, 2018). *Nexo*. [Ilustración]. Elaboración propia.
- Candelario, S. (22 de febrero, 2019). *Dédalo*. [Ilustración]. Elaboración propia.
- Candelario, S. (2020). *Enseñar Sanamente*. Recuperado de <https://sara97cp.wixsite.com/pedagogiasanamente>

- Carter, T.D., Mundo, E., Parikh, S., y Kennedy J. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*, 37(4), 297-303. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395603000529?via%3Dihub>
- Catalunya. Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Boletín Oficial del Estado, jueves 6 de agosto de 2009, núm. 189, sec. 1, pp. 67041 a 67134.
- Cea, M.A. (1996). *Metodología de la investigación social. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Chinchilla, M. (2008). *La depresión y sus máscaras, Aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Copeland, W.E., Angold, A., Shanahan, L., y Costello, E.J. (enero, 2014). *Journal of the American of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Cortés, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J., y Echemendia, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Sancti Spiritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-18 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262658321_Causas_y_factores_asociados_con_el_intento_de_suicidio_en_adolescentes_en_la_Provincia_Sancti_Spiritus
- Coryell, W. (2018). *Trastornos depresivos*. Manual Merck Sharp & Dohme Corp https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v9170792_es
- Díaz, C., y Santos, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *Enfermería Comunitaria*, 6(1), 21-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
- Dillon, W.R., Madden, T.J., y Firtle, N.H. (1994). *Marketing research in a marketing environment*. Homewood, Estados Unidos: Irwin.
- Domínguez, G. (1991). Sobre la melancolía en Hipócrates. *Psicothema*, 3(1), 259-267. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2020877>
- Domínguez, L., Alcorcón, P., y Navarro, L. (2017). Relación entre ansiedad ante exámenes y rendimiento en exámenes en universitarios: análisis preliminar de la diferencia según

- asignatura. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 166-176. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2223-25162017000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Erskine, H., Moffitt, T., Copeland, W., Costello, E., Ferrari, A., Patton, G., Scott J. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*, 45(7), 1551-63. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>
- España. Real Decreto-ley 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato. Boletín Oficial del Estado, 3 de enero de 2015, núm. 3, sec. 1, pág. 169 a 546. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/12/26/1105/dof/spa/pdf>
- Freeman, A., y Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Ghasemi, M., Phillips, C., Fahimi, A., McNerney, M.W., y Salehi, A. (septiembre, 2017). Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, 80, 555-572. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.002>
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J.F.A., Rondón, M., y Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revist Panam Salud Publica*, 16(6), 378-386. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/dceb/3db625dc677ed7901aeaa200a4cfac8221a7.pdf>
- Gross, J.J. (2014). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations, Second Edition* (pp. 3-24). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., Mcgee, R., y Angell, K. (1998). Development of depression from pre adolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/buy/1997-38797-012>
- Havighurst, R. (1969). *Psicología social de la adolescencia*. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED043245.pdf>

- Hernández, M. del R., Ramírez, N., López, S. V., y Macías, D. (2015). Relación entre ansiedad, desempeño y riesgo de deserción en aspirantes a bachillerato. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 45-57. doi: <https://doi.org/10.21500/19002386.992>
- Hidalgo, M.I., Ceñal, M.J., y Güemes, M. (septiembre, 2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11 (61), 3579-87. doi: [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70818-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70818-2)
- Indovina, L., Robbins, T.W., Núñez-Elizalde, A.O., Dunn, B. D., y Bishop, S. J. (febrero, 2011). Fear-Conditioning Mechanisms Associated with Trait Vulnerability to Anxiety in Humans. *Neuron*, 69(3), 563-571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.12.034>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *Población que usa Internet (en los últimos tres meses). Tipo de actividades realizadas por Internet*. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares [Gráfico]. Recuperado de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- La Alianza Europea contra la Depresión (EAAD). (2020). La depresión en la adolescencia. <https://ifightdepression.com/es/young-people/depression-in-adolescents>
- Manzano, R., y Palou, J. (2007). *Els referents curriculars a l'educació bàsica: conflictes i (des)equilibris entre les exigències socials, les necessitats personals i els projectes ideològics. Currículum i ciutadania. El què i per a què de l'educació escolar* (p.275-293). Barcelona, España: Editorial Mediterrània.
- Martínez, A.L., Fernández, C.E., Navarro, I. G., y Martínez, M.O.M. (2014). *Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan Navarro"*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/266702903/Guia-Clinica-Trastornos-de-Ansiedad-en-Ninos#>
- Maturana, A. (2011). Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1) 98-109. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/82559055.pdf>

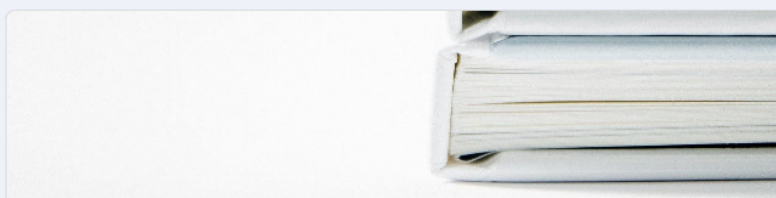
- Maturana, A., y Vargas, A. (enero – febrero, 2015). El estrés escolar. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 34-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.003>
- Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2015). *Bachillerato*. Gobierno de España. Recuperado de <http://www.educacionyfp.gob.es/contenidos/estudiantes/bachillerato.html>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_rapid.pdf
- Moreno, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona, España: Editorial UOC, S.L.
- Mulligan, K., y Scherer, K. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*, 4(4), 345-357. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1177/1754073912445818>
- Murray, C.J.L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C.,... Lopez, A.D. (15, diciembre, 2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2197-2223. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Invertir en salud mental*. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado de https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Día mundial de la salud. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.L., y Piqueras, J.A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el

- sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Oros, L.B., Mannucci, V., y Richaud-de Minzi M.C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y educadores*, 14(3) 493-509. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/834/83422605004.pdf>
- Pedreira, J.L., Blanco, V., Pérez-Chacón, M.M., y Quirós, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia. *Medicine*, 11(61), 3612-3621. doi: [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70821-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70821-2)
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid, España: La Muralla, S.A.
- Portal Educativo Educaweb. *¿Qué es el bachillerato?* Orientación Académica. Descripción del bachillerato. Recuperado de <https://www.educaweb.com/contenidos/educativos/bachillerato/descripcion-bachillerato/>
- Pourtois, J.P., Desmet, H. (1992). Epistemología e instrumentación en ciencias humanas. *Revista Complutense De Educación*, 3(1), 288. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9292110288B>
- Quintanilla, R., Haro, L.P., Vega, J.C., González, J.M., y Ramírez, L.E. (julio – septiembre, 2004). Educación y salud mental. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3, 61-64. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/3/003_Quintanilla.pdf
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M. C., Marín, J. S., Martínez, L. M., y Gallego D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>
- Ricardo, C., Álvarez, M., y Rodríguez, M.A. (abril – junio, 2015). Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2), 115-120. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.002>

- Ruiz, A.M., y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. (pp. 265-280). Madrid, España: Exlibris Ediciones. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Santacruz, C., Gómez, R.C., Posada V.J., y Viracachá, P. (1995). *A propósito de un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana.
- Sarudiansky, M. (julio – diciembre, 2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 18-28. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Shaffer, D., y Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Psiquiatría Editores.
- Smoller, J.W., Pollack, M.H, Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R.D., Oberman, A., Wong, N.D., y Sheps, D. (octubre, 2007) Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women’s Health Observational Study. *Arch Gen Psychiatry*, 64(10), 1153-1160. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1153>
- Statista. (2020). *Distribution of Twitter users worldwide as of January 2020, by age group* [Gráfico]. Recuperado de <https://www.statista.com/statistics/283119/age-distribution-of-global-twitter-users/>
- Sudman, S., y Bradburn, N.M. (1987). The organizational growth of public opinion research in the United States. *The Public Opinion Quarterly*, 51, 67-78.
- Tayeh, P., Agámez, P.M., y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *CCAP*, 15(1), 6-18. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Timoneda, C. (2018a). Neurologia de l’educació [Material del aula]. Facultat d’Educació Psicologia, Universitat de Girona, Girona.
- Timoneda, C. (2018b). Instruments i estratègies d’investigació educativa [Material del aula]. Facultat d’Educació i Psicologia, Universitat de Girona, Girona.
- Torres, J. (2011). *La justicia curricular. El caballo de Troya de la cultura escolar*. Madrid, España: Morata.

- Tortella, M., 2014. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 62-69. Recuperado de <file:///C:/Users/david/Downloads/Dialnet-LosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018.pdf>
- Valverde, J.M. (2006). *T.S. Eliot. Poesías Reunidas (1909-1962) (2ª Ed.)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Villamil, I., Villacián, M.J., Canedo, C., Villacián, G., y Rodríguez, M. (2005). Medicina del adolescente. *Anales de Medicina Interna*, 22(11), 525-528. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100005&lng=es&tlng=es
- Villanueva, R. (2013). Neurobiology of major depressive disorder. *Neural Plast*, 873278. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/873278>
- Wade, T., Cairney, J., y Pevalin, D. (febrero, 2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journey of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 41(2), 190-198. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013>
- Wagner, F., Gallo, J., y Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública de México*, 41(3), 189-202. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6149/7255>
- Weiers, R. M. (1986) *Investigación de mercados*. México: Prentice Hall.

Anexo 1. Cuestionario.



Etapa de bachillerato en Catalunya y alumnado con trastorno de ansiedad y depresión

El principal objetivo de este TFG es analizar el modo en el que la etapa de bachillerato interactúa con la salud mental del alumnado, con la intención de hallar posibles relaciones, situaciones recurrentes, necesidades no cubiertas y conocer y dar voz a las experiencias y realidades del grupo estudiantil.

Cabe destacar que éste ha sido el tema elegido por factores de interés personal, debido a la gran importancia que presenta la salud y el bienestar mental y por la baja visibilización y la estigmatización que ésta recibe históricamente, tanto en el contexto social como en el educativo.

***Obligatorio**

Escribe tu alias elegido *

Puedes utilizar un nombre al azar o inventado, el cual será utilizado como método de facilitación organizativa, para la presentación de los datos extraídos y para contactar con las personas que hayan marcado la siguiente casilla de aceptación para participar en una entrevista individual.

Tu respuesta _____

¿Te interesa participar en una próxima entrevista individual? *

- Sí
- No
- NS / Quiero que me contacten para saber más información

Vivencia en el centro educativo

¿El centro conocía tu situación personal? *

- Sí
- No

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿se les hizo saber por voluntad tuya, de tus padres, madres o tutores o por consejo del profesional en salud mental?

- Por propia voluntad
- Por decisión de mis padres/madres/tutores
- Por consejo del profesional en salud mental

¿Se realizó alguna tutoría para hablar de la situación y de tus necesidades? *

- Sí
- No

¿Recibiste atención y seguimiento por parte del servicio psicopedagógico del centro? *

- Sí
- No

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿te ayudó?

- Sí
- No

¿Tu currículo académico fue adaptado y/o existió flexibilidad de algún tipo? *

- Sí
- No

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿lo pediste tú o te lo ofrecieron?

- Fue a partir de petición propia
- Fue por propuesta del centro o algún/a profesor/a
- Hubo adaptaciones propulsadas por ambos

Explica si esas adaptaciones te ayudaron, cómo, si tú las querías y de qué modo las viviste.

Tu respuesta

¿Cómo crees que fue la atención e interés recibido por las profesoras y profesores que te atendieron? *


- | | | | | | | |
|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Deficiente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Excelente |

Explica brevemente el por qué de tu respuesta anterior. *

Tu respuesta

Atrás

Siguiente

 Página 2 de 5

Estado de los resultados académico

¿Cómo consideras tu nivel de motivación e implicación durante bachillerato respecto a cursos anteriores? *

Mucho más baja 1 2 3 4 5 Mucho más alta

¿Cómo consideras tus resultados académicos durante bachillerato respecto a cursos anteriores? *

Mucho peores 1 2 3 4 5 Mucho mejores

¿Recibiste apoyo/refuerzo académico dentro o fuera del aula? *

- Sí, lo necesitaba
- Sí, pero considero que no lo necesitaba
- No, no lo necesitaba
- No, pero considero que lo necesitaba

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

 Página 3 de 5

Estado emocional

¿Consideras que dicha etapa te afectó emocionalmente de modo considerable? *

- Sí, positivamente
- Sí, negativamente
- No

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", calificala:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy positivamente Muy negativamente

¿Llegaste a sentir frustración debido a los resultados obtenidos? *

- Sí
- No

¿Crees que dichos trastornos han resultado ser dificultades añadidas a tu práctica estudiantil? *

- Sí
- No

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿de qué modo consideras que te llegaron a afectar y a influir?

Tu respuesta _____

¿Consideras que tu estado ansioso y/o depresivo cambió debido a la vivencia en bachillerato? *

- Sí, mejoró
- Sí, empeoró
- No

Si la respuesta anterior ha sido "Sí", explica cómo lo notaste.

Tu respuesta _____

[Atrás](#)

[Siguinte](#)

 Página 4 de 5

Opinión personal

¿Crees que los/las profesionales de tu centro estaban concienciadas y formadas en salud mental? *

- Sí
 No

¿Consideras que dichos profesionales eran capaces de atender satisfactoriamente a un alumnado diverso entre los cuales hubiera perfiles con ansiedad y depresión? *

- Sí
 No

¿Verías necesario y oportuno que recibieran formación en salud mental? *

Tu respuesta

¿En qué aspectos crees que podrían mejorar su práctica educativa o cómo podrían haberte ayudado? *

Tu respuesta

Califica tu experiencia en bachillerato: *

- Muy buena 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mala
-

Teniendo en cuenta tu anterior respuesta, explica por qué. *

Tu respuesta

Por último, éste es tu espacio: expón y explica lo que quieras y no hayas comentado aún si lo consideras oportuno.

Tu respuesta

[Atrás](#)

[Enviar](#)

Página 5 de 5

Anexo 2. Respuestas completas al cuestionario.

[Pregunta 1] Escribe tu alias elegido:

- Val
- Luna
- Aluap
- Meli
- Ania
- Mey
- Link
- María
- Insmilescatcher
- Noel
- Pato negro
- Aline.
- Andrea
- Akira
- Jca95
- Aina Vas Malés
- Aleix
- Carlota
- Mond
- Angrysmurf
- Gaadriel
- Yasmin
- May
- Mugiparamore
- Anna_khalo
- Mera
- GC93
- Caléndula
- Kylene
- Saray

[Pregunta 5] ¿Consideras que tu círculo cercano (familia, amistades...) ha llegado a comprender tu situación y las posibles limitaciones que conlleva?

No: 14

- No
- No, ni siquiera las personas más sensibilizadas con las enfermedades mentales
- No, mis "amistades" se alejaron de mí porque me volví cerrada y aburrida y mi familia no comprendía lo que me pasaba
- No, casi nunca me he sentido comprendida
- No, muchas veces no le han dado la suficiente importancia ni han intentado empatizar con mi situación.
- Mayormente no
- No mucho, entienden lo que tengo, pero no saben cómo ayudar
- No del todo
- No.
- No. De hecho, en esa etapa fue cuando más sola me encontré. No me comprendían, no.
- No. A día de hoy mi familia sigue sin entender el porqué del inicio
- No mucho
- No
- En el momento no lo comprendían

Sí: 7

- Sí
- Sí
- Si
- La familia más que algunos amigos, pero por lo general sí.
- Han ido aprendiendo con lo que les contaba, y las personas que van entrando en mi vida van aprendiendo poco a poco
- Sí
- Si

En parte: 9

- Algunos de mis amigos sí, pero no todos. Siempre he intentado que no se notase que estaba mal, hasta hace muy poco.
- Algunos sí, otros no
- En parte, pero les ha costado ayudarme

- Mi familia tardó un tiempo en comprender la situación, pero no me dejaron de lado. Mis amistades las perdí todas.
- La mayoría sí, aunque no todos
- Con la familia desde el principio hubo comprensión y total entendimiento. A las amistades fue difícil hacerles entender que me pasaba, pero ahora no hay ningún problema después de
- La familia no toda, las amistades la mayoría sí.
- No, únicamente mi padre
- *Crec que amb els entorns que he fet més recents -ja en etapa universitària- sí. Sobretot quan vaig aprendre a presentar-me amb la depressió i l'angoixa per davant, i des del feminisme. Moltes amistats d'abans d'aquest període les he perdut, segurament en part a no saber explicar què em passava i períodes d'aïllament molt grans. Amb la família, el tema és molt més delicat, però el meu pare -el meu vincle més proper- continua sense entendre-ho més enllà d'un caprici d'adolescent.*

[Pregunta 6] ¿En qué contextos o situaciones has notado la influencia del trastorno/s?

Socialización: 20

Ámbito escolar: 23

Acciones cotidianas: 14

Relación intrapersonal: 17

- Al tener que salir de casa, al tener que hablar con gente sobre todo desconocida, al leer en alto en clase, contestar preguntas, a veces hacer cosas simples como levantarme de la cama o hacer deberes, o comer... cabe destacar que tengo TDAH también, entre otras cosas. Para mí era un cúmulo de todo y casi cualquier cosa me costaba un montón.
- En mis estudios, en mis relaciones personales, en cómo vivo el día a día, en mi opinión sobre mí *misme*.... En todos los ámbitos posibles prácticamente.
- Concentración para estudiar, mis capacidades de aprendizaje se vieron reducidas
- Ansiedad social, inseguridad, baja autoestima
- Ser centro de atención, bajo presión
- En el ámbito social y estudiantil
- En mis relaciones, en los estudios y las clases en general, con amistades, la verdad es que no hay contexto en el que no haya notado la influencia, la verdad
- En estudiar y concentrarme en mis obligaciones

- Al llevar una vida socialmente decente. Duermo mucho, aunque me cuesta conciliar el sueño. La imagen distorsionada de mí misma...
- En contextos sociales, de relacionarme con la gente y en los estudios
- En mi vida cotidiana en general, la motivación para seguir estudiando y tener planes de futuro, el levantarme cada mañana para ir a clase, a la hora de relacionarme con los demás compañeros, evadiéndome más...
- Principalmente a la hora de abrirme emocionalmente con personas que no son de mi círculo de confianza, y en situaciones de estudiar/exámenes (sobre todo, durante toda la carrera), y a la hora de moverme en mi mundo laboral (Medicina).
- Ir de manera continua al instituto, tener que hacer alguna presentación, en acciones necesarias del día a día (comer, dormir, mantener la habitación ordenada, etc.), en la sociabilización...
- Pues he notado muchísimo la pérdida de memoria, he notado que no puedo concentrarme tanto como antes, ni leer libros tan seguidamente. He notado que casi ni puedo salir de casa ni hacer actividades fuera.
- Empecé con ansiedad en febrero de segundo bachillerato, había presentado el TDR y me había quitado un peso, pero el agobio y el estrés que comportaba todo lo que se me venía encima (acabar el curso, selectividad, decidir sobre mi futuro...). Además de todas las extraescolares que me impedían tener tiempo para mí hizo que los ataques de ansiedad se produjeran durante las noches, el momento en el que me intentaba relajar y descansar.
- Cuando tengo mucha faena de la *uni* por ejemplo.
- En clase
- La influencia del trastorno apareció a raíz del acoso escolar que sufrí en primaria y secundaria. Actualmente, la noto en discusiones con la familia porque es muy religiosa y yo no, cuando me equivoco en algo en el trabajo o cuando me siento insegura o sola.
- Cuando estoy con mucha gente o en situaciones de nervios
- En los estudios, las relaciones con amigos, pareja, familiares, en mis aficiones, en todo mi día a día
- En todos, sobre todo a la hora de cuidarme o hacer vida social
- A veces estando en clase, preparándome para un examen (antes, durante y después).
- Época de exámenes, situaciones intensas y en las noches de insomnio, sobre todo.

- Amistad, pareja, familia, estudios, trabajo, actividades que antes me gustaba hacer... Trastocó toda mi vida.
- Todos. Situación social, laboral, amorosa...
- Momentos de estrés, pérdida de control de situaciones.
- En el momento de ir a clase (me costaba mucho ir cada día y actuar normal/estar bien allí) y época de exámenes (pensamientos negativos i circulares)
- *Se'm fa difícil respondre bé a aquesta pregunta per escrit. En general, tot i que no sé si responc, tinc èpoques, a vegades dies, en què sóc molt productiva i puc amb tot i tots, i altres en què sento que no sóc capaç ni de moure un braç. Això ha fet que em senti i sigui una persona poc estable, amb qui no es pot confiar ni fer plans a llarg termini, amb conseqüències en l'àmbit social, però també el laboral i l'acadèmic (tot i que en aquest no tant, perquè és la meva font de validació externa).*
- A la hora de relacionarme con gente.
- En clase (a la hora de ir, hacer las tareas, ajustarme a cambios...), A la hora de buscar trabajo y en las relaciones personales

[Pregunta 15] Explica si esas adaptaciones te ayudaron, cómo, si tú las querías y de qué modo las viviste.

Sí:

- Como esta venía juntamente con una depresión y empezaba el tratamiento psiquiátrico, la medicación me llevaba bastante mal, me dejaban salir de clase si mi ansiedad me impedía sentirme cómoda en el aula, en alguna ocasión posponer algún examen, tareas o trabajos
- Terminé el bachillerato online
- En segundo de bachillerato falté un mes entero durante el segundo trimestre y me ayudaron bastante con la adaptación, se adaptaron muy bien a mi situación, me dejaban salir de clase cada vez que lo necesitaba, mi tutora me apoyó en todo y sobre todo, agradezco que no me presionaran en ningún momento. Salí del centro muy agradecida por el trato que me dieron.
- no las esperaba, pero la verdad es que fueron muy bien, me sentí un poco más incluida a pesar de todo y que mi centro consideraba bastante importante el tema de la salud mental y eso fue bastante satisfactorio.

Puntualmente:

- En la última evaluación de educación física me permitieron aprobar con un 5 por no bailar delante de la gente en una prueba porque me daba ansiedad.
- Recuerdo tener un ataque de ansiedad la noche antes de un examen de lengua castellana, con esa profesora teníamos mucha confianza, hasta teníamos su WhatsApp. Al encontrarme en una situación desesperante le envié un mensaje explicándole lo ocurrido para que lo tuviera en cuenta a la hora de realizar el examen, fue muy comprensiva. En ese momento decidí hablar con la psicóloga del centro, charlamos durante una hora, pero no hubo un seguimiento posterior en los cinco meses restantes. Aprendí a llevarlo como pude.
- Mi tutora veía la situación en la que estaba y me aprobó su asignatura (historia) había algún otro profesor que notó lo que me pasaba, pero la mayoría pensaban que no rendía por vagancia. No me aprobaron el bachillerato.
- *Durant l'ESO es va saber que m'autolesionava i la gestió per part del centre va ser tan dolenta que, sumat a altres raons, vaig canviar-me d'institut per fer el batxillerat. Per això, tot i que mai em vaig presentar així, si ara hi penso crec que sí que hi havia professores -sobretot, la meva tutora de primer de batxillerat- que estaven al cas de la meva situació personal i em van oferir fins i tot la possibilitat de mudar-me amb elles. En qualsevol cas, com que no va ser mitjançant vies oficials, no crec que compti.*
- Un poco

No:

- No me ayudaron, me redujeron el número de asignaturas para hacerlas otro año y eso me provocó más presión.

[Pregunta 17] Explica brevemente el porqué de tu respuesta anterior.

Atención nula: 10

- Sabiendo que pasaba por bullying y ataques de ansiedad, jamás me ayudaron
- No me prestaron mucha atención
- No se me atendió
- No tuve ningún tipo de ayuda, al contrario, se me exigía comportarme como una persona sana, que no faltase nunca y pudiera seguir las clases como si nada.

- Era un centro privado. Estaban al corriente de que sufría un TCA, pero no que tenía depresión. Con unas actitudes y imposiciones provocaron agravar tanto el TCA como la depresión y me provocó una agorafobia
- Porque, aunque algunos se preocuparon por mi situación ya que veían mis notas bajar y mis ánimos bajos, nadie fue más allá ni preguntó qué pasaba, solo me hacían saber que lo notaban
- Jamás se preocuparon por mí, aun viéndome mal muchas veces.
- La verdad es que en Bachillerato tuve más de un/a profesor/a de los que cuando te ve mal, tiene comprensión 0 contigo, pero la que se comportó especialmente mal fue mi tutora de 1º de Bachillerato... Constantemente enviaba mensajes de que esforzarse no era necesario, porque "la mayoría íbamos a ser basureros o mozos de almacén", tenía 0 empatía e incluso ponía motes a los alumnos para intentar ridiculizar a algunos, haciendo bromitas tontas. Y cuando te veía que estabas mal, era cuando más te machacaba. Pese a la parte mala, también tuve algunos profesores que, aunque no hablamos de lo que me pasaba (porque todavía no estaba diagnosticado y yo tampoco sabía muy bien que era lo que me pasaba), sí que me comprendieron e hicimos varias tutorías para hablar sobre varios problemas que iba teniendo e intentaban ayudarme en lo que necesitara.
- No se me ayudó en ningún momento, se me dijo que "tocaba aguantarse" y eso fue todo.
- Porque siempre lo ignoraban y no le daban importancia alguna. Decían que era cosa de "niños", que pasara de ellos.

Atención deficiente y/o casi inexistente: 10

- No hubo preocupación alguna más que por alentarme a socializar
- Excepto mi tutor de aquel entonces que sí estaba verdaderamente interesado en mí y en mi salud y en que terminara mis estudios, al resto les dio igual que no hubiera aparecido por clase en tres meses en años tan estresantes e importantes como los dos de bachillerato, cuando ya había hablado con ellos de universidad incluso.
- Porque, aunque sí que la profesora de lengua castellana mostró empatía y hablé con la psicóloga del centro una mañana, no hubo un seguimiento ni tuvieron en cuenta que estaba empezando con ataques de ansiedad provocados por el sistema educativo. Tal vez si lo hubieran tenido en cuenta y me hubieran dado las herramientas necesarias hubiera acabado el curso en mejores condiciones, tanto físicas como psicológicas.

- Básicamente hablé con la psicóloga del instituto una vez a finales de segundo y no me ayudó demasiado. Me preguntó qué me pasaba, se lo expliqué y ahí se quedó la cosa. No recuerdo que me diera ningún consejo o que concretásemos nada sobre mi salud mental y para lo único que sirvió esa sesión fue para que ella dejase de tener tantos prejuicios contra mí.
- Hubieran puesto un 5 ya que la mayoría fueron muy receptivos y colaborativos, pero otros llegaron a decir que lo fingía todo y me pusieron impedimentos para poder llevar bien la asignatura.
- No sentía que me ayudara en gran cosa, pero tenía a alguien para desahogarme
- Al empezar 1º Bach, estaba más o menos bien, dentro de lo que cabe. Conforme fue pasando el curso, fui decayendo y llegaron a quedarme 8/10 asignaturas. Muchos profes lo notaron y algunos intentaron hablar conmigo y ayudarme, pero no obtuvieron respuesta por mi parte. Pero aun sabiendo que estaba mal, no hicieron nada para intentar facilitarme las cosas. Seguí suspendiendo porque simplemente, no podía. Repetí curso con 4, las cuales hice sueltas, y luego pasé con 2 de esas 4. Al pasar a segundo, las cosas empeoraron y dejé de ir a clase. Una profesora me habló por privado y me ayudó mucho, el resto me ignoraron y esperaron a que me diese de baja.
- Mi tutora habló con mis profesores sobre lo que me pasaba, pero la mayoría no empatizó conmigo, tampoco me ofrecieron ayuda psicológica ni hablaron con mi familia para que vieran la gravedad de la situación, que se reflejaba sobre todo en cómo estaba en clase
- Tuve dos profesores que se dieron cuenta de que estaba muy afectada, el resto simplemente me exigían un rendimiento muy alto que yo no podía alcanzar.
- Quise dejar los estudios y hacer un CFGS. No me lo permitieron

Atención correcta: 10

- La tutora que tuve se preocupó mucho por mi situación a pesar de no poder hacer prácticamente nada más de lo que se hizo
- Siempre estaban pendiente de mi salud y no me recriminaban si faltaba por un episodio grave o no estaba bien psicológicamente.
- Fui a un colegio concertado y eso facilitó que el trato con los profesores fuera más cercano. En general se preocupaban por todos los alumnos. Mi situación sólo la conocía mi tutora, que de vez en cuando sí que me preguntaba cómo estaba, etc.

- No todos los profesores se adaptaron igual a la situación, algunos sí que me prestaron más ayuda y apoyo que otros, pero en general fue buena.
- Sacaba muy malas notas, pero a partir de saber qué me pasaba lo entendió más e intentó ayudarme en ciertas situaciones.
- Me ayudaron a no hacerme daño mas de una vez, evitaron varios intentos
- siempre que podían me cogían para hablar, me ayudaron muchísimo en absolutamente todo y tuvieron muchísima paciencia conmigo a pesar de estar tan mal
- Los que sabían algo me valoraban mucho y los que no nunca me juzgaron
- *Pel que deia. Tot i que per mi era un moment en què estava amb la més absoluta negació i no em deixava ajudar, al llarg del procés de batxillerat em vaig trobar amb diferents professors que em van fer sentir molt acompanyada i em van donar consells que just ara començo a valorar. Algunes d'elles van intentar seguir en contacte després d'aquest procés.*
- La mayoría de profesores de mí primer instituto (he estado en 3) pasaban completamente de mis necesidades. La cosa mejoró bastante en los otros dos (donde acabé la ESO y en el que empecé el bachiller). En esos dos centros entendieron que tenía necesidades diferentes a la media.

Estado emocional

[Pregunta 25] Si la respuesta anterior ha sido "Sí", ¿de qué modo consideras que te llegaron a afectar y a influir?

Concentración y memoria: 17

Absentismo: 4

Estado ansioso: 4

Inestabilidad emocional: 19

Relaciones sociales: 3

- Me bajó mucho la concentración y en el último curso por el insomnio dejé de ir a clase todos los días.
- No llegaba a concentrarme y me ponía muy nerviosa en diversas situaciones
- La ansiedad producía en mí efectos físicos como temblores, sudores, me costaba respirar... Lo que producía que no pudiera concentrarme lo suficiente en un curso tan importante como segundo de bachillerato. Me ponía a llorar delante de los libros debido al agobio y la presión.

- Si no tienes fuerzas para levantarte de la cama o cepillarte los dientes, mucho menos tienes fuerza para sentarte y ponerte a estudiar. Los días en los que si me levantaba y lo intentaba, me fallaban mucho la memoria y la concentración, y acababa por frustrarme muchísimo y desmotivarme, o darme una ansiedad muy fuerte porque veía que a ese ritmo no era capaz de hacer todo lo que se me pedía académicamente y que iba a ser un fracaso.
- No asistía a las clases y no hacía los deberes por falta de energía ni podía concentrarme en estudiar
- Me daba ansiedad ir al instituto o siquiera sacar los libros/apuntes para ponerme a estudiar en casa. Tampoco podía prestar atención suficiente en clase ni tenía interés por nada de lo que decían en clase porque estaba muy triste y no tenía fuerzas ni ganas de nada. Así era muy difícil aprobar. Todavía no sé cómo aprobé bachillerato y selectividad, de verdad.
- A día de hoy me es muy difícil concentrarme a la hora de estudiar, no tengo motivación por los estudios cuando siempre me ha encantado estudiar y aprender
- No confiaba en mí
- No podré darlo todo en los trabajos, especialmente en los que más me motivaban.
- Falta de concentración
- A no rendir como lo había hecho con anterioridad y eso me hacía sentir menos válida e inútil.
- Me cuesta concentrarme y debido a eso me frustró y no llego al nivel que me he marcado
- No podía salir de la cama, y mucho menos estudiar o hacer deberes. A penas iba a clase.
- Falta de concentración y de motivación tanto para mí de seguir adelante como de ganas de estudiar
- Con la depresión, la ansiedad y el TDAH, es imposible para mí estar sentado en una silla durante rato y concentrarme en una sola cosa (que, además, no me interesa). Hacer deberes era prácticamente imposible, no hablemos de estudiar... Por más que lo intentara, no se me quedaban las cosas y suspendía igual. Al ver que daba igual que lo intentase porque no podía aprobar, dejé de hacerlo, total...
- En bachillerato no tanto porque ya estaba en tratamiento desde hacía más tiempo, pero en 3º y 4º de ESO me influyó sobre todo a nivel de socializar con mis compañeros.

Pasar por un trastorno depresivo (y tener tendencia ansiosa) dificultó el poder tener una buena relación y sentirme a gusto en clase.

- Pasé de tener un 8 de media a que en segundo de bachillerato suspendí 5 asignaturas, tuve que ir a recuperación y hacer la selectividad en septiembre, cosa que agravó los trastornos debido al estrés que supone todo el proceso.
- Me costaba muchísimo implicarme y ponerme a estudiar, y eso afectaba a mi rendimiento y a mis notas.
- Te sientes inútil, impotente, que no vales nada
- solía sacar bastantes buenas notas y sí que es verdad que intenté mantenerme un poco en la línea, se notó que bajé debido a la no motivación que tenía y el hecho de bajar me hice sentir peor conmigo misma
- No podía estudiar, tenía los ánimos demasiado bajos como para dar el 100% (no llegaba ni al 10%), no era capaz de salir de mi burbuja y me pasaba las clases teniendo pensamientos o planes suicidas. Al no planear una vida después del bachillerato, no me esforcé ni tenía ganas de hacerlo, aprobé con suerte. Tampoco tenía amistades dentro de clase y lo notaba.
- Incapacidad de concentración, mayor frustración, llanto
- Era incapaz de concentrarme más de 10 minutos seguidos en cualquier cosa.

No podía dormir por las noches y me dormía en clase. Tampoco quería asistir a clase porque mi grupo de amigos me había dejado de lado por ser "aburrida" desde mi trastorno. Cuando asistía tuve que salir de clase más de una vez por ataques de ansiedad.

- Llegué a obsesionarme mucho con los resultados, mi estado anímico era muy dependiente de los resultados que obtuviese, y si eran malos, me machacaba muchísimo culpabilizándome de todo. Si eran buenos, ni lo valoraba, simplemente lo daba por cerrado y ya estaba preocupado por ver que iba a ser lo siguiente o que tenía que hacer o dejar de hacer. Era vivir sin darme ningún momento de descanso, siempre en tensión y preocupado por lo que pudiese pasar, y con una falta de confianza en mí mismo muy importante, dudando constantemente de mis capacidades.
- La depresión y la ansiedad dificultaban mi atención en clase y mi atención en casa, así que lo de estudiar era imposible y en muchas ocasiones me boicoteaba mis propios trabajos y no los entregaba a pesar de estar hechos.
- Dispararon mis impulsos suicidas y mi dependencia

[Pregunta 27] Si la respuesta anterior ha sido "Sí", explica cómo lo notaste.

Mejora

Por atención en el centro: 2

Por evasión por los estudios: 2

Empeoramiento

Aumento de los estados ansiosos: 10

Dificultad en acciones cotidianas: 7

Sintomatología física: 5

Disminución de la concentración: 2

Aumento de la inestabilidad emocional: 5

Conductas y pensamientos autolíticos: 3

- En primero mejoré porque era un ambiente nuevo en el que me tenían en cuenta. En 2n empeoré por la provocación de otro trastorno de índole ansiosa
- Siempre me había tomado los estudios con mucha calma, pero cuando empecé con los ataques de ansiedad ir al instituto me parecía un mundo, pensaba que en cualquier momento me podía dar un ataque y me ponía muy nerviosa. No prestaba atención en clase y el llegar a casa y ponerme a estudiar era imposible.
- Había perdido la capacidad de enfrentarme a los quehaceres de cada día. No estudiaba ni trabajaba de forma constante, y después de bachillerato fue empeorando y empeorando hasta que dejé de intentar nada, y simplemente desaparecí.
- Ya tenía ansiedad y depresión antes de entrar en bachillerato, pero ahí empeoró. Antes no me costaba estudiar o por lo menos leerme los temarios, en bachillerato se me hacía imposible. Creo que es, en parte, porque hay muchísima presión por parte de todo el mundo en bachillerato y eso solo hizo que mis problemas empeorasen. Físicamente también tuve muchas consecuencias por el estrés y la ansiedad.
- Cada día me levantaba vomitando y con desmayos por la ansiedad, no quería ir a clase, no quedaba con amigos, no hacía nada de lo que me gustaba porque estaba agotada mentalmente por la presión que tenía
- Caí en las drogas
- Primero de todo la clase en la que me encontraba era la única chica por lo que ya era algo incómodo y ellos tampoco ayudaban mucho ya que me sentía bastante desplazada y no tenía a quien recurrir. También siento que una etapa de mi vida que tendría que haber podido dar todo de mí no fue posible por estar en esa situación.

- Es una etapa muy movida, va todo muy deprisa y no te da tiempo a asimilar nada
- Notaba como si todo se me viniera encima, antes todo parecía más fácil. Pero las ganas de no vivir con la poca concentración que tenía debido a ello, se me hacía todo un mundo
- Aunque tanto la depresión como ansiedad mejoro a lo largo de bachillerato considero que fue por el trabajo psicológico con el profesional y que cuando estudiaba me servía para evadirme y centrarme en el futuro.
- Los pensamientos suicidas intensificaron notablemente, y cada día tenía ataques de ansiedad. Cada vez era más difícil hacer cualquier cosa.
- Empecé a suspender, y llegó un momento en el que la ansiedad me impedía salir de casa. Por suerte, fue en vacaciones de Navidad y pensaba que se iba a solucionar para la vuelta, pero no fue así, el simple hecho de pensar en ir a allí me provocaba vómitos, mareos e incluso llegué a perder la conciencia varias veces.
- Ir a sitios nuevos me crea ansiedad, las aglomeraciones, los exámenes en sí, las clases y el ir tarde a ellas
- la verdad es que con toda la ayuda y apoyo que recibí dentro de bachillerato podría decir que mejoró un poco mi situación al verme que no estaba tan sola y que la gente me mostraba todo su apoyo
- De los años anteriores a bachillerato mi trastorno comenzó a empeorar mucho. Sería un año más tarde cuando me darían el diagnóstico por intento de suicidio, pero sé que era, entre otros, la carga emocional que acarrearaba desde bachillerato, que me afectó. En general antes de bachillerato no tenía muchas ganas de estudiar, pero en bachillerato empeoró porque sabía que tenía la selectividad y eso me ponía más nerviosa.
- Mucha mayor presión y más síntomas
- La bajada de notas, más ansiedad, más auto exigencia y más frustración.
- El bachillerato implica mucha dedicación, que no pude darle porque me costaba hasta salir de la cama. También es una etapa de mucha presión, que me creaba más ansiedad de la que ya sufría por problemas familiares.
- En verdad, yo fui consciente de toda una vez estaba en la universidad. Reflexionando con mi psicóloga, sí que es cierto que siempre he sido una persona con una exigencia alta, pero durante la ESO, como todo iba bien, no iba más allá de sentirme algo mal si un examen no iba como pensaba, pero en Bachillerato todo se disparó muchísimo, minó muchísimo mi autoestima y mi confianza en mí mismo, además empecé con problemas

de insomnio y migrañas, y vivía en un estado de preocupación y nerviosismo constante, permitiéndome muy pocos descansos. Y en la Universidad, al haber más carga de trabajo, empeoró lo heredado de Bachillerato, tanto en exámenes como en las prácticas con pacientes.

- En bachillerato a pesar de estar "mal" y seguir un tratamiento psicológico y psiquiátrico, era una persona relativamente "feliz social" (no feliz pero sí como... Estar "bien" a nivel social, tener amigos y demás), pero después del bachiller mi salud mental empeoró muchísimo y estuve un año entero sin salir de casa y varios años hasta que conseguí amigos.
- La exigencia académica era más alta y más inmediata y no tenía tiempo de recuperarme de una crisis a la siguiente
- *En general, en el moment en què estava cursant batxillerat, em passaven tantes coses a la vida -moltes d'elles provinents de l'àmbit familiar- que, si bé considero que no ho vaig aprofitar molt, en gran part anar a classe era una manera de desconnectar de la resta. Sí, va ser un moment marcat per les autolesions i els estadis depressius i ansiosos, però la font per a mi no va ser l'institut.*

Opinió personal

[Pregunta 30] ¿Verías necesario y oportuno que recibieran formación en salud mental?

Sí: 30

Esencial y/u obligatorio: 11 de los 30

- Sí
- Sí
- Por supuesto
- Debe ser primordial que supieran la salud mental de todos sus alumnos
- Por supuesto. La adolescencia (hablo sobre adolescentes porque me sitúo en la etapa de bachillerato) es una etapa muy dura de por sí, y aún lo es más si empiezas con problemas mentales, si alguien con formación y de confianza te puede acompañar en ese proceso creo que las consecuencias pueden reducirse bastante.
- Si. Viví muy de cerca el caso de una compañera -deprimida- que se intentó suicidar. Faltó mucho y cuando volvió tenía materias acumuladas y no ayudaron en nada, nadie. Le dijeron que lo sentían y que sabían que era una situación dura pero que ella lo había elegido y ahora tocaba acarrear con las consecuencias. A los pocos meses lo volvió a

intentar. Sí. Por supuesto que es oportuno. Oportuno, necesario y obligatorio para que no vuelva a ocurrir con nadie más, para que nadie vuelva a decir que lo hemos elegido, como si alguien eligiera estar muerta en vida.

- Sí, totalmente.
- Si, mucho
- Bastante, creo que es algo que cada vez afecta a más alumnos.
- Sí, es necesario para ayudar a los y las alumnas y poder ayudarles en su recorrido académico
- Totalmente
- Falta mucha información y más de recursos para hacer algo para ayudar
- Creo que debería ser obligatorio para todo el mundo. Es algo muy básico que muchísima gente no tiene, y los que creen que están bien, no suelen ayudar a los que no lo están.
- Sí, incluso los alumnos
- Sí, creo que cada vez es más común en jóvenes este tipo de trastornos.
- Si.
- Si, es importante para el alumnado
- algunos de ellos sí, pero todos los que trataron conmigo la verdad es que sabían perfectamente cómo actuar conmigo
- Sí, es una necesidad
- Si, totalmente.
- Sí
- Sí, dado que es un problema social que cada vez está más extendido debido al modo de vida que llevamos.
- Sí, muy necesario
- Sí, absolutamente, haciendo especial hincapié en conocer las *neurodivergencias* como las altas capacidades y el autismo
- *Sí, siempre.*

[Pregunta 31] En qué aspectos crees que podrían mejorar su práctica educativa o cómo podrían haberte ayudado?

Atención a las necesidades: 13

Escucha activa y seguimiento: 10

Formación: 8**Información sobre los servicios: 6****Mejora de los servicios: 2**

- Ns/nc
- Prestando atención a mis necesidades educativas
- Creo que una cosa tan simple como la escucha activa puede hacer mucho. Si después de la charla que tuve con la psicóloga hubiera habido un seguimiento posterior y así tener una persona con la que hablar y liberarme todo hubiera sido muy diferente.
- Mostrando más interés y más profesionalidad. Haciendo charlas de tanto en tanto. Hablando con tutores para preguntar por algún alumno con síntomas. Venir a la clase y explicarnos que si necesitamos cualquier ayuda podemos acudir a ellos. No desvalorizar la experiencia que les contamos. Escuchándonos.
- Mejoraría el trato y las exigencias hacia el alumno
- Creo que el problema no es de los profesores sino del sistema en sí. Aun así, ellos podrían, por ejemplo, habernos tratado como personas y no como una nota más para aumentar el porcentaje de personas que aprueban la selectividad. Podrían haber sido más amables corrigiendo y no habernos generado la idea de que la selectividad es imposible de aprobar (cuando sin siquiera estudiar es fácil aprobarla). Realmente no entiendo por qué motivos son tan duros y ponen tanta presión durante el curso si luego la selectividad es así de fácil.
- A la hora del entendimiento y la comprensión, a la hora de realizar las tareas, los exámenes, la forma de darnos la información al alumnado
- Tener formación sobre salud mental y pedagogía. Porque muchos profes no se habían formado para ser profesores y tratar a adolescentes, y se notaba mucho su frustración.
- Ayudándome más contra los agresores
- Saber cómo actuar con gente en esa situación, cómo decir o facilitar las cosas, además de enseñarles cómo actuar ante una persona con un ataque de ansiedad, por ej.
- Creo que es muy necesario que los profesores sepan capaces de identificar cuando una persona se ve visiblemente mal y preguntar, además, se tendría que reforzar el sistema de salud mental dentro de los institutos
- Tomando a la gente en serio, sería un buen comienzo. En tutorías hablar sobre ello, y que si algún alumno lo necesitase que pudiese pedir un psicólogo. O ya directamente

decirles a los alumnos que hay un psicólogo para ellos (ya que a mí nunca se me notificó de esa posibilidad)

- Creo que deberían preocuparse por los alumnos que tienen en clase. Cuando alguien está mal o hay algo que no funciona se nota. Lo notan más ellos que los padres dado que pasan más tiempo con los niños. Tutorías cada mes tanto con padres como estudiante, y no cada trimestre serían esenciales para saber cómo va todo
- Con los recursos que se tenían poco se podría hacer
- La verdad es que no sé cómo podrían haberme ayudado porque hasta hace poco no me dejaba ayudar. No sé si hubiese aceptado ayuda...
- Quizá explicar a todos los alumnos qué es la depresión, qué es la ansiedad... Informar sobre qué es la salud mental y porque te puede dificultar o imposibilidad tus prácticas habituales. De esta manera sabrían reconocer cuando un *compañerx* lo está pasando mal y que entiendan la situación.
- Me hubiese gustado hablar con algún/alguna profesional del centro para que me asesorara y me guiara un poco con la vuelta y cómo gestionarlo.
- Siendo más empáticos con lo que me ocurría, y aceptando que no siempre podía rendir.
- Adaptando el currículum escolar
- creo que no podrían mejorar mucho más
- Haciendo tutorías individuales, preguntando por la situación e interesándose si el alumno demuestra que no tiene interés, ya que a lo mejor ahí deja entre ver este tipo de problemas. Y en ese caso, recomendar un terapeuta.
- Identificar a los casos que, por no molestar, pasan desapercibidos
- A canalizar mi nivel de ansiedad o estrés a causa de las malas notas.
- Hablando con mi familia, facilitándome sesiones con el psicopedagogo de la escuela, con apoyo por parte de los profesores. El apoyo y la comprensión la hubiera valorado mucho.
- Hacer talleres sobre empatía e inteligencia emocional para identificar sentimientos y saber cómo gestionarlos, y también importante, fomentar la colaboración y hacer actividades entre compañeros, tanto docentes como alumnado, intentar que abandonen la idea de individualismo actual.
- Si se hubieran interesado un mínimo en mi salud mental o hubieran preguntado cómo me lo podían facilitar es probable que yo hubiera aprendido más y no hubiera acabado tan hundido.

- Deberían conocer a fondo lo que implica ser víctima de bullying y el estrés postraumático que conlleva, así como ser flexibles en los plazos de entrega y hacer exámenes accesibles y que no requieran memorizar
- *La veritat és que no ho sé. Estava molt tancada amb mi mateixa i gens predisposada. Potser alguns espais col·lectius a les hores de tutoria per visibilitzar i tractar aquests fets, així com les violències que estava patint, per entendre que no estem soles en això i ens passa a totes. Per trancar el tabú.*

[Pregunta 33] Teniendo en cuenta tu anterior respuesta, explica por qué.

Del 1 al 5

Mejora respecto a la ESO: 1

Mejora de 1º a 2º: 1

Mejora al cambiar de centro: 2

Mejora gracias a servicios externos: 1

Del 6 al 10

Empeoramiento en salud mental: 11

Empeoramiento en relaciones sociales: 6

Peores años/etapa: 7

- Fue un gran contraste (a mejor) en relación a la ESO.
- Fueron los peores años de mi vida por la ansiedad y la depresión que me generaban
- Aunque tengo muy buenos recuerdos de bachillerato (mayormente por el hecho de estar en clase con mis amigos de toda la vida) considero que fue una etapa que si pudiera borraría. Estuve dos años, o año y medio, bajo presión y con miedo. No veía un final, se me hizo eterno y aunque la satisfacción de acabar y graduarte es increíble, no sé si lo compensa todo lo sufrido. Dos o tres exámenes semanales, faena para casa, clases particulares para las asignaturas a las que no llegabas... Mucha faena en muy poco tiempo.
- Tuve un bajón y me agobie mazo y empeore muchísimo en tema depresión y ansiedad
- Mi relación con familia era desastrosa, con amigos igual. Básicamente me aislé de todos y de todo, y eso por supuesto afectó a mi vida en el instituto.
- En cuánto mejoré de la depresión disfruté más del segundo curso así que como valoración global, estuve bien.

- Hubiera puesto un 10 si no hubiera sido porque en bachillerato hice muy buenos amigos y creo que es lo único bueno que he sacado de esa experiencia. Bachillerato, en concreto segundo, han sido los peores años de mi vida con muchísima diferencia. Mis problemas mentales se agravaron y a día de hoy todavía no me he curado. No tenía absolutamente ganas de nada, odiaba tener que ir cada día al instituto y que tuvieran tanto favoritismo por algunas personas y a mí me tratasen como una tonta y un fracaso solo porque no sacaba buenas notas. Aunque me pagasen un millón de euros no volvería a repetir esos dos años jamás.
- A pesar de que el temario me encantaba y era lo que quería estudiar, la forma de aplicación del temario, el tiempo para todo ese temario y los recursos no son los suficientes
- No lo repetiría, básicamente. Pero he de decir que me lo pasé mejor en bachillerato que en secundaria.
- Al cambiar de centro educativo mi vida mejoró mucho (me alejé del acoso y estudiaba lo que quería), pero mis resultados académicos bajaron un poco y mis habilidades sociales no ayudaban mucho tampoco
- Sólo las drogas me ayudaron
- Me sentía bastante incomprendida, desmotivada, incapaz y fuera de lugar.
- Creo que dentro de lo que cabe pude sacármelo bien ya que nadie tenía esperanzas en que pudiera porque estaba muy mal a nivel mental
- Lo dejé a mitad de segundo de bachillerato porque me veía demasiado inútil como para acabarlo
- Empecé 1º de bachillerato un año, me empezó la agorafobia y estuve un año sin salir de mi casa. Cuando todo se empezó a estabilizar volví a retomar el Bachillerato, en modalidad nocturno. La puntuación es porque la primera toma de contacto fue pésima, pero en el nocturno me fue genial, no lo cambiaría por nada. La mentalidad del profesorado es otra.
- Fue una etapa aburrida, de relleno que no me aportó mucho en mi vida.
- Fue horrible, lo pasé muy mal y honestamente quería morirme. Nadie me ayudaba ni en el centro, ni en mi casa. No podía con mi vida. Pero hice amigos que aún conservo, y ellos sí que me han ayudado, así que tampoco fue tan mala como para darle un 0.
- En bachillerato con ayuda del tratamiento psicológico mejoré bastante. Aunque me encontré con dificultades a la hora de estudiar por culpa de la ansiedad, conseguí

superarlo y con unas notas que, aunque podrían haber sido mejores, eran suficientes para lo que quería hacer. De manera que el balance final no fue tan negativo.

- He puesto un 5 ya que no puedo valorarlo de forma negativa pero tampoco positiva. Recuerdo que al final lo único que me motivaba a seguir era entrar en la universidad, así que lo recuerdo como un simple trámite.
- Me sentí muy sola y perdida.
- Lo pasé sólo, con ataques de ansiedad continuamente, me costaba levantarme de la cama, lloraba en los patios, ciertos compañeros se reían de mí...
- Pongo 5, un número intermedio porque la verdad es que me sentí bien acogida y bien tratada, pero en ese momento la verdad es que fue una época bastante dura por el hecho de que, a pesar de todo, seguía teniendo que enfrentarme a los exámenes y selectividad en mis condiciones
- No tenía amistades en clase, me sentía recluida, fuera de lugar. No tenía ganas de estudiar y pasé los dos años con pensamientos suicidas constantes porque no quería estar ahí.
- En el momento habría dicho muy mala, pero con retrospectiva no me parece tan mala. Me quedo con la parte social y los proyectos buenos.
- No tenía amigos. Me sentía frustrada por no parar de sacar malas notas y entré en un bucle constante. Ser lesbiana y estar en un colegio de monjas no ayudó.
- Por todo lo anteriormente mencionado
- Considero que el Bachillerato ha sido, posiblemente, el peor momento de mi vida. Es una época muy estresante y de muchos cambios, en la que te hacen elegir con 16-18 años a qué te quieres dedicar toda tu vida, pues nadie te explica que eres joven y que tienes tiempo de equivocarte. También tuve problemas con profesores y compañeros, y no era capaz de explicar qué me pasaba, porque tampoco se hablaba de salud mental hace 10 años como se empieza a hablar ahora, así que por su parte era total incompreensión. Minó mucho mi autoestima y durante mucho tiempo me hizo plantearme que si de verdad valía para hacer algo.
- Bachillerato es muy exigente y cuando no tienes fuerzas casi ni para ducharte, es muy difícil seguir el ritmo de las clases. Los profesores no te ayudan ni te facilitan el acceso al temario en base a tus circunstancias personales.
- Fue una de las peores etapas de mi vida en cuanto a ansiedad y episodios depresivos y suicidas.

- *El que deia: va ser positiu en el sentit de tenir un espai on poder sortir de casa, però el recordo com un moment de tanta saturació i amb tant poques eines que no el vaig aprofitar gens.*

[Pregunta 34] Por último, éste es tu espacio: expón y explica lo que quieras y no hayas comentado aún si lo consideras oportuno.

Importancia sobre la formación en salud mental: 4

Importancia de visibilizar y normalizar: 4

Mal trato de los profesionales: 2

Necesidad de mejora en la atención y los servicios del centro: 2

Objetivos y nivel de exigencia desmesurada: 1

- Yo no supe realmente cómo eran las enfermedades mentales hasta después de bachillerato. Igual que necesitamos charlas educativas sobre la sexualidad (todas, gracias), necesitamos también sobre salud mental. Si sabemos desde jóvenes que existen y qué son, y cómo pedir ayuda y cómo funcionan los sistemas para ello, que no hay que avergonzarse de buscar ayuda ni pensar que ello nos degrada o nos hace ser débiles... Pues quizá la vida de muchas personas en esa etapa tan estresante y con tanta presión habría sido diferente para bien. Y yo no habría tardado 4 años en encontrar ayuda profesional de calidad.
- Creo que el *treball de recerca* es la guinda del pastel en hacer de bachillerato una experiencia horrorosa. No era suficiente de 8 a 10 horas diarias de instituto, 9 asignaturas y la presión no, era necesario el *treball de recerca*. A mí el trabajo de recerca fue de las cosas que más daño me ha hecho, no solo por la presión y los disgustos, también por las horas de sueño que me ha quitado y todo para lo inútil que es.

Pd: ¡espero que te vaya bien el TFG!

- Suerte en la investigación. Gracias
- Llegué a tener ganas de dejarlo o posponerlo un año o dos, pero forzándome (no sé si fue lo mejor o lo peor) me lo acabé sacando, no con una nota que me sienta orgullosa, pero la cuestión es que lo saqué adelante y la carrera en la que he entrado no pedía una nota alta.
- Por si te sirve de ayuda te pongo en situación: empecé con el psicólogo por el TCA con 12-13 años, que me surgió con el bullying que sufrí en 6o primaria. A lo largo de los

años había altos y bajos y en tercero de eso las cosas en mi casa se complicaron, cerraron empresa y pasé de tenerlo todo a tener que pedir si podían comprarme chicles, por poner un ejemplo. Eso me provocó la ansiedad y la depresión. En 4º de ESO se agravó todo con el viaje de final de curso cuando el profesorado decidió que mejor que no fuera debido al peso, ya que me sería complicado seguir el ritmo. Ahí fue como la debacle. Justo ese año me habían dado el alta del TCA porque precia estable. Por eso se complicó todo y llegué a la agorafobia. “Gracias” a que mis padres tuvieron que ir a Cáritas y servicios sociales, vino la educadora social a casa y me derivó al psicólogo del *Consell Comarcal* especializado en casos así. Y gracias a él volví a retomar el bachillerato en modalidad nocturna y me lo saqué.

- La peor experiencia que tuve con los trastornos de depresión y ansiedad fueron en secundaria, donde estaba sola sin amistades y el profesorado me trataban mal, creyendo que era una *attention whore* y una mentirosa manipuladora. Por suerte en bachillerato y ciclo superior tuve buenos profesores que me animaron y apoyaron, aunque la gente de mi edad hacía cualquier cosa para tirarme otra vez al abismo. Lástima que en bachillerato no sabían sobre estudios online, lo encontré por mí misma en Internet. El profesorado me pidió disculpas por no saber ni poder hacer nada delante de tal situación, también culpando al sistema y la sociedad por causar esta triste situación
- Aunque no lo tengo diagnosticado porque no puedo permitírmelo ahora, estoy bastante seguro de que soy autista. Súmale el TDAH, ansiedad y la depresión... Las interacciones no son mi punto fuerte, me cuesta entender a la gente y muchas veces no tengo energía para hablar. En esa época lo tenía peor, y tenía el TDAH y la ansiedad disparados, así que no paraba quieto, no podía concentrarme y no podía hablar con voz, y además hacerlo me daba más ansiedad. Nadie me entendía, por más que digan que sí. Además, por esa época me di cuenta de que soy *trans*. Para mí, era demasiado. Y mis padres ayudaban entre cero y nada y solo le echaban leña al fuego, me echaban la culpa a mí y casi siempre acababan gritándome. Fue todo muy difícil, no sé cómo aguanté, la verdad.
- creo que no tengo mucho más que decir que no haya dicho ya, la verdad es que, si el centro está bien preparado y se tiene la ayuda necesaria, es posible conseguir salir de los pensamientos que inundan tu cabeza
- Creo que el bachillerato es una época dura para un adolescente, sobre todo en ciertos institutos donde hay grupos ya hechos y estás solo/a. Cuando me hicieron *bullying* en

años anteriores, nadie hizo nada, y las secuelas y el daño psicológico permaneció hasta bachillerato y ya entrada en la universidad. Se tendría que hablar de esto en las escuelas más abiertamente, años antes de bachillerato.

- Mejor lo aclaramos en la entrevista :)
- Me duele mucho ver cómo la gente sufre con este tipo de enfermedades... Por suerte hemos avanzado mucho en este tema, pero aún siguen existiendo conductas como considerarte un loco por recibir atención psicológica o que te tachen de ser negativo si estás en mitad de un cuadro depresivo.

Sigue siendo necesaria mucha educación y concienciación en el ámbito de salud mental, así que admiro que la gente haga estudios o trabajos que hablen sobre este tema. ¡Muchas gracias por tu labor!

- *Em fa una mica de cosa dir-ho així de manera sentenciosa, però crec que en el meu procés de detectar les violències i el que em passava, així com també posar nom a l'angoixa i la depressió, el sistema educatiu no hi va tenir massa a veure. No va arribar fins l'etapa universitària, al guanyar més autonomia. I en aquest cas tampoc va passar per aquí, sinó en poder-me permetre pagar una teràpia i després, molt més endavant, començar a explicar-ho en veu alta en espais amics i veure que no estàvem soles amb això.*

I no ho dic com si fos alguna cosa dolenta: penso que el sistema educatiu és ple de professionals de categoria que es deixen la pell cada dia. El que segurament està clar que no potser que la nostra sort depengui dels esforços individuals de qui ens trobem, i que queda molt per treballar per tal d'aconseguir una educació pública, gratuïta i de qualitat, atenta i sensible amb les diferents diversitats.

Anexo 3. Planificación de la entrevista semiestructurada.

- Información conocida tras la respuesta al cuestionario
- Cuestión ante una respuesta afirmativa en el cuestionario
- Cuestión ante una respuesta negativa en el cuestionario
- Preguntas fijas generales

Momento en el cual se realizó el diagnóstico y si se ha llevado a cabo terapia o seguimiento psicológico.

1. ¿Cuál fue la razón por la cual tuviste primer contacto con los servicios de Salud Mental?
2. ¿Cuál fue la razón por la que no has recibido seguimiento o tratamiento psicológico?
3. ¿Te fue diagnosticado depresión, ansiedad o ambas?

Nivel de comprensión de la familia y de las personas más allegadas.

4. Pese a que las personas que te rodeaban fuesen conscientes de tu situación, ¿alguna vez recibiste recriminaciones debido a tu estado emocional y mental?
5. ¿Cómo te habría gustado que esas personas hubiesen reaccionado?

Presencia de posibles dificultades y entorpecimientos sobre objetivos personales y actividades debido a la presencia de los trastornos.

6. ¿Podrías nombrar algún ejemplo de actividad u objetivo que tuvieras y que haya resultado dificultada o imposibilitada por tu estado?

Vivencia en el centro educativo.

El conocimiento del estado del individuo por parte del centro escolar y si se llevaron a cabo adaptaciones ante las necesidades presentadas o algún tipo de seguimiento de la situación.

7. Debido a que conocían tu situación, ¿consideras que hubo cambios de comportamiento por parte de los profesionales o compañeros/as?
8. Aunque no supieran de la situación, ¿crees que tus profesores/as pudieron haber notado un cambio en ti o en tu práctica estudiantil?
 - a. Si notaron un cambio, aun no sabiendo de tu estado depresivo/ansioso, ¿mostraron algún tipo de interés o preocupación?
9. ¿Por qué no llegaron a saberlo?

10. Si pudieras volver atrás, ¿querrías que tus profesores o profesionales del centro supieran de la situación?

Estado de los resultados académicos.

El nivel de motivación ante los resultados académicos obtenidos en dicha etapa.

11. ¿Cuál fue tu vivencia bajo la presión de cumplir los objetivos académicos de bachillerato?

Estado emocional.

12. ¿Tenías algún modo de sobrellevar y canalizar el estrés?

Implicaciones y repercusiones a nivel emocional emergentes por la vivencia en bachillerato.

13. ¿Podrías nombrar algún estado anímico o emociones recurrentes que identifiques con tu vivencia en bachillerato?

Posibles dificultades añadidas a la práctica estudiantil del sujeto propiciadas por los trastornos.

14. Ante las dificultades añadidas por los trastornos, ¿recibiste ayuda desde el centro o por parte de los/las profesionales fuera del ámbito académico?

Variaciones identificadas en la condición y carácter de los trastornos tras el paso por bachillerato.

15. ¿Qué factores consideras que fueron claves y potenciadores de ese cambio emocional negativo durante bachillerato?
16. ¿Cómo crees que se podría haber logrado que la etapa de bachillerato no fuese tan negativa?
17. ¿Crees que tu nivel de motivación, los resultados que obtuviste y tu vivencia durante dicha etapa tuvo repercusiones en otros ámbitos de tu vida como a nivel familiar, personal, amistades, etc.?

Opinión personal.

Nivel de formación en salud mental que presentaban los profesionales y docentes del centro escolar y nivel de disposición y calidad de la atención recibida.

18. ¿En qué pudiste notar que los profesionales de tu centro no tenían formación en salud mental?

19. ¿En qué pudiste notar que los profesionales de tu centro tenían formación en salud mental?

Casos relevantes y opinión a destacar bajo la experiencia personal del sujeto.

20. ¿Recuerdas alguna situación que te marcara de manera negativa?

21. ¿Y alguna experiencia en la que la respuesta obtenida fuese positiva?

22. Teniendo en cuenta tu realidad emocional y psicológica durante el paso por bachillerato, ¿crees que podría haber llegado a ser más agradable y llevadero de algún modo?

23. ¿En qué aspectos consideras que flaquea más la etapa de bachillerato?

Anexo 4. Transcripción literal de las entrevistas.

Entrevista 1: “Akira”.

Entrevistadora: Si quieres empezamos. Antes de nada, decirte que gracias por querer participar en las entrevistas, porque todas las personas que han hecho el cuestionario no han querido hacer la entrevista ni todas han sido seleccionadas.

[Cuestión 1] Entonces, primero quería preguntarte cuál fue la razón por la cual tuviste un primer contacto con los servicios de Salud Mental.

Akira: A ver, el primer contacto lo tuve cuando tuve unos 12 años o así, porque mis padres se dieron cuenta de que me costaba mucho lo que era salir de la cama... hacer cosas que una niña de 12 años tendría o debería de hacer. Y ahí fue cuando tuve mi primer contacto, el cual no fue bueno porque fue un psicólogo por la privada que no hizo nada ni dijo que tenía nada, que estaba simplemente... que era una mala racha de adolescencia.

[Cuestión 3] E: Vale. ¿Y te diagnosticaron depresión, ansiedad o ambas? Y bueno, entiendo que no fue con este mismo profesional, sino más adelante como pusiste en el cuestionario, creo.

A: Sí, fue ya en bachillerato cuando fui por mí misma al psicólogo de la Seguridad Social y, bueno, me diagnosticaron varios problemas y entre ellos ansiedad y depresión; ansiedad generalizada y depresión crónica.

[Cuestión 4] E: Y respecto a tu entorno comentaste que no sabían cómo ayudarte. Sobre este tema, ¿alguna vez recibiste recriminaciones debido a tu estado emocional y mental pese a que estas personas supiesen y fuesen conscientes de tu situación?

A: Mis padres no. Mis padres lo entendían perfectamente porque a mi madre le diagnosticaron también depresión y “tal” siendo joven, pero sobre todo lo que es amistades y profesorado y todo... siempre he estado encima de mí: *que por qué no vienes, por qué “tal”, qué pasa, cuéntanos...* pero a la que pedía psicólogo “*es que no tenemos*” y esas cosas, y claro, pues yo no me sentía muy segura en lo que es respecto a explicar lo que me pasaba y por qué me pasaba, claro.

[Cuestión 5] E: ¿Y cómo crees que te habría gustado que esas personas hubiesen reaccionado? ¿Cómo te habrías sentido más segura?

A: Sobre todo lo que es no recriminarme que no fuera al instituto, entender por qué no iba, no tratarme como una persona vaga o sin interés porque realmente a mí me gustaba mucho lo que estaba haciendo en bachillerato, pero ese desdén y que me trataran como vaga y todo eso me hacía sentir bastante inútil y no sentía que las personas confiaran en mí, y entonces yo no quería confiar en ellas.

[Cuestión 6] E: Sí, es lógico. Comentaste que sí que sufrir esos trastornos te imposibilitaron actividades y objetivos que tenías en ese momento. ¿Podrías nombrar algún ejemplo de actividad u objetivo que haya resultado dificultado o imposibilitado?

A: Bueno, sobre todo porque la depresión lo que causa es pérdida de memoria, a mí me costaba mucho lo que era memorizar fechas, nombres... yo estaba haciendo letras y arte, y lo peor que llevaba era historia del arte porque, eso, que no me acordaba de fechas ni de nada importante.

Vivencia en el centro educativo

[Cuestión Añadida] E: Vale. Y en el centro educativo en el que hiciste bachillerato sí que conocían tu situación, pero no hubo ningún tipo de seguimiento ni adaptaciones. Entonces, ¿cómo acudiste a ellos o cómo se lo llegaste a expresar?

A: Bueno, un día la coordinadora de estudios un día me vino a mí y me dijo que si faltaba tanto tiempo iban a como a prohibirme la entrada... no prohibirme la entrada pero sí como que del curso, y entonces yo le dije “*mira, pues “coño”, que pasa esto, no es que no venga porque no quiero sino porque no puedo*”, y me dijo que ya hablaría con mi tutora y que ya verían a

ver qué hacían, que tendría que haberles avisado antes y que esto ellos no lo sabían “y tal” y yo dije “*bueno, pues es que tampoco me habéis dado opciones de explicarlo tampoco*”. Tuve problemas con un profesor que me hacía lo mismo, que me dijo que, si venía “*pa*” estos dos días que no hacía falta que viniese, y bueno, hubo un montón de lío, le denuncié al director y “tal” y, bueno, al final lo echaron. Y claro, al tener esa... esa cosa de ahí de que me trataron mal “y tal” pues no... le dije eso, y me dijo que “*ya verían*” y que, bueno, que “*vale*”, y ya simplemente pues dije “*bueno, como no me van a ayudar pues tampoco voy a quedarme*”, y realmente pues por eso lo dejé, porque no tuve apoyo tampoco.

[Cuestión 7] E: Vale, entonces entiendo que fue una situación un poquito forzada. ¿Y consideras que hubo cambios de comportamiento por parte de los profesionales o por parte de los compañeros que tenías?

A: No. Aunque les contase lo que me pasaba y “tal” siguieron con su trece de que yo era una vaga y que no quería ir, y ni cambiaron los profesores ni los alumnos... los alumnos me seguían haciendo *bullying* igualmente, así que mucho cambio tampoco había allí.

[Cuestión Añadida] E: ¿Cómo te sentías ante la situación de que tus profesores, como tú dices, te exigieran comportarte como una persona “sana”, que no faltases, que siguieses las clases como si no estuviera pasando nada?

A: Sobre todo lo que me hacía era tener muchísima ansiedad, tener muchísima presión, mucho agobio... de que veía que normalmente yo sí que podía seguir, ¿no? Yo antes podía cuando tenía... cuando iba al colegio sí que tenía, yo tenía muchas capacidades como siempre me han dicho, pero vi que llegados a punto pues yo no podía y eso me agobiaba un montón, porque veía que algo había cambiado, y la gente se estaba comportando de una manera que no era “normal” ante mí, yo me agobiaba, me hacían no querer, ir menos, me hacían no querer afrontarme a ese agobio y era como un espiral que nunca se acababa.

[Cuestión 10] E: Y, si pudieras ir atrás, ¿querrías que tus profesores o los profesionales del centro supieran de tu situación?

A: A ver, lo que no me importa es que lo sepan porque yo soy bastante activa diciendo lo que tengo. Pero, si viajara tiempo atrás, me hubiese gustado que supiesen cómo ayudar, porque sé que muchas veces no tienen esa formación para poder ayudar, no saben cómo. Muchas veces también es porque son mala gente, hay profesores que son malos y hay profesores que son buenos, pero no saben cómo ayudar. Y me hubiese gustado que al menos en ese tiempo hubiese

esa formación. Supongo que ahora ya la hay, y me alegro, pero cuando yo iba no había nada, no se hablaba, era algo como tabú.

Estado de los resultados académicos

[Cuestión 11] E: Sí, realmente cada vez se van tratando un poquito más estos temas. Y, a grandes trazos, ¿cuál fue tu vivencia bajo la presión de cumplir los objetivos académicos de bachillerato?

A: Bueno, fue bastante mala porque abandoné segundo de bachillerato al primer trimestre y ya no volví. O sea que mi experiencia no fue la mejor precisamente.

Estado emocional

[Cuestión 12] E: ¿Durante el tiempo que estuviste en bachillerato tenías algún modo de sobrellevar o canalizar el estrés?

A: Bueno, tenía lo que era leer, jugaba a muchos videojuegos... sobre todo juegos que van deprisa, no juegos tipo *Animal Crossing*, sino juegos tipo *GTA* y así, que puedas llevar un rato de... “me importa todo poco”.

[Cuestión 13] E: Sí, que no tengas que estar regando flores, entiendo (ríe). Vale, ¿y podrías nombrar algún estado anímico o emociones recurrentes que identifiques con tu vivencia en bachillerato?

A: Sobre todo en lo que sí notaba mucho era en que estaba siempre muy enfadada. Estaba enfadada con el mundo entero, estaba siempre muy estresada también, era un culo inquieto. Y no sé si es por el general de que veía que la gente no confiaba en mí y entonces yo me cabreaba por eso, pero sí que notaba que, eso, que siempre estaba... muy... muy enfurruñada; gruñía mucho.

[Cuestión 15] E: ¿Y qué factores consideras que fueron claves o potenciadores del cambio emocional negativo en bachillerato?

A: Bueno, lo que potenciaba ese estado es fuera de lo que es el estudio porque yo estaba en una relación abusiva y eso también incrementaba un poco todo lo malo que me pasaba, claro.

[Cuestión 16] E: ¿Y entonces cómo crees que se podría haber logrado que la etapa de bachillerato no fuese tan negativa o te hubiera ayudado un poco más a llevar la situación?

A: Pues sobre todo lo que es tener un psicólogo me hubiese ayudado lo que es un montón. Me sentía perdida, me sentía sola, sentía que todo iba en contra de mí por alguna razón... y si hubiese tenido un psicólogo que hubiese dicho “*mira, esto es lo que pasa y así lo podemos solucionar*” me hubiese ayudado bastante.

[Cuestión 17] E: Y, aunque el problema no viniera del ámbito estudiantil, ¿crees que tu nivel de motivación, los resultados que obtuviste, la vivencia... tuvo repercusiones en otros ámbitos de tu vida como a nivel familiar, personal, en las amistades?

A: Mm... repercutió bastante para mal. Me alejé muchísimo de lo que es mi familia, me alejé de amistades tanto de internet como de vida real, eh... ¿supongo que porque creía que nadie me quería en algún sentido? Como veía que nadie me ayudaba mi mente me hacía creer que simplemente es porque nadie me quería ni nadie me quería tener al lado. Así que simplemente fui aislándome a mí misma y aislando a otra gente. Intentaba siempre no hablar mucho, no... no congeniar con nadie y, bueno, estuve bastantes años sin tener amistades por eso, por querer intentar que no me hicieran nada ni nadie daño.

Opinión personal

[Cuestión 18] E: De acuerdo. Y sobre la formación en salud mental de los profesionales de tu centro, me has dicho que crees que ni tenían formación ni que tenían una atención satisfactoria. ¿En qué pudiste notar que los profesionales no tenían esa formación?

A: Bueno, sobre todo en eso, que cuando les conté que tenía depresión que me contestasen que, bueno, que igualmente fuese y que hiciera vida normal, que eso no es nada pues... te das un poco de cuenta de que no tienen esa capacidad de reaccionar ante alguien con una depresión severa o cualquier otro problema que no sea de índole física.

[Cuestión Añadida] E: Perfecto. Puntuaste que tu experiencia en bachillerato fue “muy buena”, o sea: con un 2 en una escala de entre 1 como muy buena y 10 como muy mala. ¿Es correcto o ha sido un error?

A: No, bueno, eso fue un error. Pensaba que 1 como muy malo y 10 como muy bueno (ríe), como normalmente suele ser. Ahí ya me confundí yo. Quise poner que “bastante mala”, no fue como extremadamente mala porque hubo algunas asignaturas con algunos profesores con los que sí me gustaba mucho atender y me sentía bastante segura, pero con la mayoría simplemente no.

[Cuestión 20] E: Vale, simplemente lo había visto y quería asegurarme. Después, ¿recuerdas alguna situación que te marcara de manera negativa?

A: Que mis mejores amigas me amenazaran con dejar de ser mis amigas si dejaba de ir al instituto. Sí que fue como... “hostia, pues vaya mierdas de amigas, ¿no?”.

[Cuestión 21] E: Lo siento mucho por eso. ¿Y alguna experiencia en la que la respuesta obtenida fuese positiva?

A: Fue con mi profesora de inglés. Se dio cuenta de que, aunque yo hablase muy bien el inglés y que yo tuviese siempre buenas notas y tal, se daba cuenta que hablándolo me trababa mucho, tartamudeaba y “tal” y me vino un día, después de tutoría a preguntarme qué pasaba, que parecía que yo no supiese inglés. Y bueno, le conté eso, que tenía ansiedad social y “tal” y a partir desde entonces los exámenes los hice aparte. Los exámenes orales los hice con ella en el seminario, los hice sola o con una compañera si tenía que hablar... hacer unas conversaciones y “tal” sí que... Eso me ayudó mucho a ver un poquito que algunos profesores sí que se preocupaban por sus alumnos.

[Cuestión 22] E: Para ir acabando, teniendo en cuenta tu estado mental y emocional durante bachillerato, ¿crees que podría haber llegado a ser más agradable o llevadero de algún modo en concreto?

A: Bueno... el no tener la pareja que tuve supongo que hubiese ayudado bastante a no sentir... ¿sola? A no sentirme sola, no sentir esa presión en el pecho, no sentir... sí, bueno... no sé cómo explicarlo, pero, sí... Si no hubiese sido maltratada hubiese sido todo bastante más fácil.

[Cuestión 23] E: Vale. Y, por último, si me quieres decir algunos ejemplos de en qué crees que flaquea más bachillerato.

A: Bueno, en el creer que todo el mundo tiene. Creer que todo el mundo puede hacer lo mismo, creer que todo el mundo puede aprender lo mismo, que todo el mundo puede memorizar lo mismo... eh... cada persona es diferente, y aunque se entiende que un profesor con 32 alumnos no puede hacer mucho porque no hay tiempo, no hay seminario, no hay recursos... pero intentar adaptar un poco más a un estado neutro ese estudio. En vez de decir “*bueno, pues apréndete 40 fechas*” pues: “*en estas fechas pasaron estas cosas que son divertidas, o son malas, o son impactantes*”, y que al menos así puedas... un poquito decir “*¡hostia, pues en esta fecha pasó esto, me acuerdo!*”; bastante más fácil de aprender, pero... es difícil.

E: Entiendo lo que quieres decir. Pues muchas gracias, ya estaría. Gracias por participar en mi TFG y ya está. Espero que el confinamiento no te esté amargando mucho... y fuerza.

A: Muchísimas gracias por dejarme participar. Y he estado bastante cómoda con esta entrevista, y eso que normalmente no me gusta hablar, y menos en entrevistas porque me pongo muy nerviosa y empiezo a decir cosas que no debería.

Entrevista 2: "Ania".

[*Cuestión 1*] Entrevistadora: Buenas Ania. Antes de nada, decirte que si en algún momento tienes que parar o si hay alguna pregunta que te incomoda, o lo que sea, me lo puedes decir, ¿vale? A ver, empecemos entonces. Gracias por querer hacer la entrevista, ya que no he seleccionado a mucha gente, sois unos pocos sólo. Primero, en el cuestionario pusiste que te habían diagnosticado después de bachillerato y que sí que has recibido terapia y seguimiento psicológico. ¿El primer contacto con los servicios de Salud Mental por qué fue?

Ania: Buenas Sara. Bueno, primero de todo gracias por elegirme y "tal". La verdad que como había pasado tanto tiempo al final pensé que se había quedado un poco en agua de borrajas, pero bueno, yo encantada de poder contribuir con lo que pueda, y no te preocupes que si en algún momento hay algo con lo que no me sienta cómoda o lo que sea te lo comento y ya vemos cómo avanzamos, sin problema.

Sobre la primera pregunta, cuando yo empecé... o sea, el primer contacto que tuve yo con Salud Mental es vía privada ya que mis padres pagaban una mutua donde estaba incluido ese servicio, entonces a los quince años voy con síntomas de ansiedad y síntomas de depresión a esta psicóloga de la mutua, aquí en C.F. y bueno, la verdad es que no fue un muy buen contacto sinceramente: no me hizo mucho caso a las cosas que yo le comentaba... es verdad que tenía pesadillas, pero tenía otros síntomas aparte de no poder dormir bien, sino que ya... bueno, podían decretar que ya llevaba una pequeña depresión cíclica y no le hizo caso. Y bueno, la respuesta a lo que... a mi malestar, fue que eran cosas de la edad y que ella no veía razón por la que tuviera que seguir teniendo contacto con Salud Mental.

[*Cuestión Añadida*] E: Entonces entiendo que un primer contacto no hubo ningún tipo de diagnóstico, ¿pero más adelante sí que lo hubo?

A: Sí que ha habido más contactos. Cuando yo acabé bachillerato, que lo hice en el mismo centro, de hecho, a los dieciocho años me puse en contacto con una psicóloga de la Seguridad

Social, la cual tampoco me acabó funcionando y me diagnosticó Trastorno Límite de la Personalidad, pero no fue más allá de ello, ni siquiera tuve contacto con psiquiatría ni nada. Y luego al año, más o menos, a los diecinueve me puse en contacto con una de privada también, nuevamente, y con ella es con la que me veo actualmente así que tengo suerte, congeniamos bien, bueno, atiende bien a mis necesidades, todo bien. Entonces, eh... desde los diecinueve hasta los veintiunos que tengo ahora he estado yendo con ella. Al principio iba dos veces por semana y al final una vez por semana.

Respecto a contacto con psiquiatría y medicación, sí que es verdad que he estado... o sea, fui una vez a partir de esta última psicóloga, fui una vez pero no dimos suerte con el médico, entonces lo dejé y esta última vez... me estoy medicando ahora a los veintiún años, pero sí que es verdad que ha sido por tener que ir a urgencias, entonces digamos que no fue que yo fuera buscando ese recurso, ¿no? de “*por favor, psiquiatría, ayudadme*”, sino que... bueno, fui a urgencias y allí me dijeron “*vale, hay que hacer algo porque no puedes seguir así*”, ¿no?. O sea, no fue tan... ¿cómo lo diría? “En plan” ... voluntario, que no me salía.

Perdón si es muy largo, si te molesta coméntalo (ríe).

[Cuestión 4] E: ¡No, no, no! Está genial. Y bueno, me alegro de que ahora estés con unos profesionales con los que te entiendes y que te entienden... o sea, que sé que cuesta un poquito dentro de este mundo encontrar “algo” un poquito correcto (ríe). Entonces, después... una pregunta sobre la comprensión de las personas de tu alrededor, sobre todo en esta etapa de bachillerato. Quería saber si alguna vez recibiste recriminaciones debido a tu estado emocional pese a que las personas que te rodeaban fuesen conscientes de lo que te pasaba.

A: Vale, okey, perfecto. Es que ahora que he visto el tiempo digo “*quizá está siendo demasiado largo*” (ríe), por lo que sea mejor lo aclaro. Bueno, respecto a tu pregunta en bachillerato, que es donde más o menos te quieres centrar... a ver, déjame que haga un poco de memoria, pero, si no recuerdo mal, lo que más sucedió fue que yo me aislé muchísimo de la gente. También es verdad que lo que yo recibía de las personas pues... claro, las personas no sabían que yo lo tenía. Por ejemplo, las personas de mi clase, o el profesorado, no lo sabía, o sea, no habíamos ido al centro a decir “*hola, buenos días, le han diagnosticado esto y está mal*”, o sea, no, ellos no lo sabían. Eh... pero sí que es verdad que... por parte de compañeros no recibí ningún trato, y al ver que yo empezaba a actuar de manera extraña o que yo empezaba a faltar a clase, lo que... bueno, simplemente hubo una gran indiferencia, o sea, “*no comprendemos qué le pasa, bueno, pues la dejamos ahí*”, ¿no?... tampoco con maldad, es

simplemente lo que ocurre a veces cuando no entiendes a alguien y no sabes cómo acercarte a esa persona pues tampoco puedes hacer mucho más, ¿no? “en plan”, puedo entender también un poco esas posiciones. Y respecto al profesorado hubo, por ejemplo, una temporada en la que falté dos meses enteros, o algo así, ya en segundo de bachillerato, es decir, desaparecí y faltar a segundo de bachillerato es como que muy grave, ¿no? (ríe) y, excepto mi tutor que sí que al final puso interés, nadie más del profesorado lo puso. Quiero decir, si una persona falta dos meses y ves que en clase no está bien, que se distancia de todo el mundo... eran suficientes... ¿cómo decirlo? eran... suficientes señales como para que una persona no estuviera bien. De repente mis notas bajaron muchísimo, o sea, quiero decir, creo que lo podrían haber visto. Había un psicólogo en el centro, ninguno de los profesores habló con mi tutor para que dicho tutor hablara con el psicólogo del centro... o sea, no hubo ningún apoyo por ese lado. De compañeros, pues bueno, lo que te he explicado antes. Y respecto al familiar tampoco hubo apoyo. Es verdad que yo me distancié y ellos no sabían cómo acercarse y simplemente se quedó ahí, en dos líneas paralelas.

[Cuestión 5] E: Vale, justamente te iba a preguntar que cómo te habría gustado que las personas de tu alrededor hubiesen reaccionado, o cómo te habrías sentido mejor. Pero más o menos ya me estás respondiendo, así que perfecto (ríe).

[Cuestión 6] Después, sobre el tema de que la depresión y ansiedad dificultan el día a día en todos los ámbitos de tu vida... quería preguntar si puedes nombrar un ejemplo de actividades u objetivos que tuvieras en ese momento y que hayan resultado o dificultados o directamente imposibilitados por tu estado.

A: Bueno, sí que quería hacer un pequeño inciso, ya que obviamente es verdad que si una persona se aísla y la otra persona no sabe cómo acercarse a ti pues lo que va a ocurrir es un espejo, o sea... se va a aislar de ti, ¿no?, eso es obvio. Pero sí que es verdad que me hubiese gustado que, en ciertos ámbitos, como por ejemplo el familiar, hubiesen presionado un poco más. Pero bueno, ya pasó como pasó y ya está, no pasa nada.

Bueno, pues, por ejemplo, yo hacía teatro y era una cosa que me gustaba hasta que... sobre todo fue cosa de la ansiedad, se me hizo prácticamente imposible. A veces tengo pequeños delirios, así que no ayudó. Y tuve que dejarlo y sí que fue una cosa que me jodió dejar; y no he vuelto, y no sé si alguna vez podré volver. De momento poco a poco. Y muchas cosas... me acabó alejando de personas con las que quería estar, “en plan” socialmente, amigos, también de pareja... y luego, por otro lado, tema de universidad es verdad que al final sí que pude ir a

la universidad porque, bueno... me lo monté... bueno, intenté hacerlo todo lo mejor posible cuando volví a segundo de bachillerato cuando volví después de dejarlo dos meses y me puse a tope, y al final lo aprobé y fue a las PAU, o sea, a la selectividad pero de septiembre. Y sí que tuve nota para entrar en presencial pero no había plazas ya porque era septiembre. Quería hacer psicología, de hecho, estuve estudiando psicología; lo que hice fue meterme en un aula online, pero, claro, todo eso también lo dificultó. O sea, fue un poco, pues... una escala, ¿no?, o sea, empiezas por cuatro cosas, “en plan”, “*tengo que dejar teatro*” o “*no aplico todo el tiempo que quiero aplicar a mis estudios, pero, bueno, lo voy solventando*” hasta llegar a puntos más altos en los que pierdes todo círculo social a tu alrededor... y, bueno, al final no puedes trabajar en esas condiciones, no puedes llegar a la carrera que quieres llegar o de la manera en la que quieres llegar... bueno, es que cuando me dices qué objetivos perdí... es que los perdí todos.

Vivencia en el centro educativo

[*Cuestión Añadida*] E: Vale. A ver, en el cuestionario comentaste que en el centro en el que habías hecho bachillerato, aunque no hubo ni adaptaciones ni ningún tipo de seguimiento, sí que tuviste una tutoría para hablar de la situación. ¿En qué consistió o quién la organizó?

A: Sí. Pues la organizó mi tutor de aquel entonces. Es una persona a la que la verdad es que le debo todo porque si no vete tú a saber qué habría hecho (ríe). Quiero decir, no me habría sacado bachiller y no sé cómo habría encaminado mi vida, ¿no? Pero él llamó a mis padres después de un mes y pico, dos meses, de no aparecer por clases porque, claro, mis padres no lo sabían. O sea, yo salía por la mañana y volvía por tarde más a o menos a la hora que había que volver y ellos no sabían que yo no estaba yendo a clase. Entonces, cuando se puso en contacto con mis padres diciendo “*bueno, ¿qué pasa con M.?*” se dieron cuenta de que yo no estaba yendo. O sea, quiero decir, que estaba haciendo esto de salir para que no lo supieran y tal. Y pues organizaron una tutoría con mis padres, el tutor y yo. Y, bueno, se centraron en lo típico, ¿no?, en cómo va este sistema, en cómo va la productividad. O sea, fue algo muy centrado en “*si tú quieres tener una vida pues tienes que acabar bachillerato, trabajar, seguir estudiando... hacer algo con tu vida*” y, claro, todo el mundo... las pocas veces, porque no he hablado mucho de estas cosas, quitando a mi psicóloga, pero las pocas veces que he hablado en general las personas de fuera que no lo están viviendo como lo estás viviendo tú se centran mucho en “*va, cambia la manera de ver las cosas que tienes*”, ¿no?, e “*intenta hacer un esfuerzo para volver a encaminar un poco tu vida, para tener unos objetivos*”, y, bueno, aparte

de ser productiva pues ser un poco feliz y vivir, ¿no?, porque tampoco era vida lo que yo estaba haciendo. Entonces, claro, les cuesta mucho a esas personas entender que no es algo que hagas... o sea, nadie quiere estar así, nadie de los que estamos así quiere estar así, o sea, no es algo que tú decidas y es algo que les cuesta mucho de entender. Entonces, creo que es muy importante hacer hincapié en que se tiene que dar educación desde el punto de vista de la inteligencia emocional, ¿no?, nos tienen que enseñar cómo funcionan estas cosas, nos tienen que enseñar qué es la ansiedad y cómo poder vivir con ella, ya no digo superarla, ¿no?, nos tienen que enseñar la depresión, y que realmente no... o sea, es como si te rompieras una pierna; tú no le puedes pedir a alguien con una pierna rota que se ponga a dar saltos, porque la tiene rota, ni el hueso ni los músculos ni nada va a funcionar como debe... pues era como si a mí me estuvieran pidiendo que saltara con la pierna rota.

Pero bueno, me sentí presionada y la verdad es que lo hice más por ellos que por mí. Simplemente me vi un poco contra la espada y la pared porque me habían pillado, yo ya no sabía qué hacer y dije *“bueno, pues métete aquí y... yo qué sé, acábalo y vete a la “uni” y las cosas mejorarán solas”*. Obviamente no mejoró, pero bueno, es lo que... como me sentí un poco presionada en ese sentido pues respondí, ¿no?, y fui tirando. Pero vamos, que ya te digo que fue... las cosas no mejoraron porque no era la manera de mejorar. Tendría que haber ido a buscar ayuda de expertos.

[Cuestión 8] E: Vale. La pregunta siguiente era más o menos sobre el tema del profesorado, aunque no lo hubieran sabido, si realmente podían notar un cambio en ti y, si podían notarlo, si mostraron interés y preocupación. Pero ya me has contestado: tu tutor sí que participó, sí que se preocupó, pero el resto veo que no tuvieron mayor implicación.

[Cuestión 10] Y si pudieras volver atrás, ¿querrías que tus profesores o profesionales del centro supieran de tu situación?

A: No, no, no, la verdad es que no tuvieron mucha implicación. No sé qué les comentaría mi tutor, pero nunca vi que se acercaran a... (resopla) quizá la *Cap d'estudis* en algún momento, pero bueno, lo típico que te acercas a cualquier alumno que está pasando un mal momento porque está pasando una mala semana, ¿sabes?, pero no de cara a *“quizá esta persona tiene una enfermedad mental”*, creo que nunca lo plantearon de hecho, o sea, mi tutor no sabía que tenía una enfermedad mental como tal; se podría haber imaginado que tenía depresión, pero no se habló de eso, se habló de *“¿estás chof”? tienes que animarte”* y decías *“(risa)... vale”*.

Para la pregunta pues... dame un momentito porque... es durita, ¿eh? (ríe). No lo sé, tengo que pensármelo bien, no sé.

E: Si quieres me puedes contestar más tarde a esta pregunta, ¿eh? Y saltamos a otra.

A: No, tranquila, no hay problema, pero es que tenía que ordenar mis ideas. A ver, te comento, es que estoy dividida aquí porque por un lado sí que creo... o sea, si lo generalizamos y hablamos de cómo tendría que mostrarse un profesorado y, por supuesto, si hay un psicólogo en centro que es un entendido de la materia, obviamente lo que... o sea, me hubiese gustado volver atrás y que sí se hubiesen percatado, preocupado por mí y que me hubieran dado... en realidad ellos no tendrían que haber hecho nada como tal aparte de estar conmigo y apoyarme en todo lo que fuera posible, pero lo que tendrían que haber hecho es decirme “oye, no estás bien mentalmente, tienes que derivarte a un centro de Salud Mental”. Porque parecía a veces... creo que parecía un tabú, ¿no?, o sea, nadie hablaba de eso, ¿sabes lo que quiero decir? Es un poco como la educación sexual (ríe), parece que nadie la hable y todo el mundo la da por hecho, ¿no?, y creo que es importante saber de ello y que se hubiesen acercado y hubiesen dicho *“mira, creemos que mentalmente... no es que estés loca ni nada, por supuesto, pero que mentalmente ahora mismo no estás bien y hay que ponerte en manos de profesionales o ya no solamente el psicólogo del centro que te puede echar una mano cuando lo necesites, sino un psicólogo que te pueda atender cada dos días o cada tres o cuando tú lo necesites”*, ¿no? Y claro, por ese punto sí, creo que tendría que haber habido una intervención que no hubo y que hubo un fallo grande. Por otro lado, yo vi cómo funcionaba el sistema desde dentro... no me gustó cómo funcionaba, porque, no sé si lo recordarás, pero te comenté que una compañera, una amiga de hecho, pasó una época muy mala, se intentó suicidar varias veces y una de esas veces pilló en el centro este, porque estuvo ya en varios, y yo vi cómo se comportaron con ella y sinceramente para que se hubieran comportado así, no, no lo habría querido. O sea, yo de forma personal viendo a una tercera persona sufrir con una enfermedad mental y viendo cómo se comportaron con ella, y sabiendo que yo si volviera atrás tendría a las mismas personas conmigo: no, no lo habría querido. Pero, si las cosas se hicieren bien y hubiera buenos profesionales que realmente se preocuparan de las personas... sí que se tendría que hacer así, en ese momento entrar y decir *“aquí hay algo que no va bien; hablemos del tema”*, y, *“si es necesario, te derivamos a Salud Mental”*, o sea, Seguridad Social y ya ellos si hay que hablar con psiquiatría también, me entiendes, ¿no? O sea, no tener miedo de estas cosas. ¿Qué al final resulta que no es algo tan grave y que se puede solucionar poco a poco y con apoyo simplemente? Perfecto. Pero no cuesta nada sentarse un día y decir *“soy el psicólogo, o*

psicóloga, del centro; vamos a hablar de esto porque tu tutor y tus profesores y yo hemos notado que hay algo que no va bien". No habría sido tan difícil, de verdad.

O sea, yo entiendo que somos muchos alumnos, que además en mi centro éramos un montón, teníamos muchas clases y cada clase "al igual" teníamos gente de cada curso y cada uno era de treinta y pico, pero para eso había un tutor, ¿sabes? O sea, para fraccionar. Si el tutor ya de entrada ve que hay algo que *no rutlla*, que no va bien, pues lo que tendría que haber hecho en ese momento inmediatamente es hablar con un profesional, es decir, con el psicólogo del centro que es el que más cerca tienes, el psicólogo del centro tendría que haber hablado conmigo de forma privada en la hora del patio o entre clases o cuando a mí me fuera bien o a él o ella también, sentarnos a hablar y, pues, sacar este tema. Es lo que te digo, quizá "pues mira, es que tengo problemas en casa" ... con un poco de ayuda se puede solucionar o que te manden a Salud Mental, es lo que intentaba explicar que no sé si había quedado claro. Pero creo que es así cómo se deberían de hacer las cosas. Para eso están fraccionadas, para eso hay un tutor para treinta personas y no un tutor para ochenta y cinco, para poder fraccionar las cosas y dar una atención más personalizada, ¿no? Pues también debería ser personalizada desde este punto de vista. Que no está sólo la salud física, que está la salud mental y que es algo muy importante que no se tiene en cuenta, y que donde más se tendría que tener en cuenta es en educación y, sobre todo, en esas edades.

Estado de los resultados académicos

E: Estoy muy de acuerdo con tu discurso, y justamente por esas razones es por las que estoy haciendo este trabajo. Yo ni siquiera estoy estudiando psicología, sino que estoy haciendo pedagogía, pero igual he sido alumna de bachillerato, soy una persona también con ciertos diagnósticos y... ahora al estudiar pedagogía veo un poquito tipos de funcionamiento y... bueno, aquí estoy. Y que ojalá en algún momento mejoren las prácticas tanto dentro del aula como fuera, y, bueno, vamos a ver si podemos influir de algún modo.

[Cuestión 11] Después... sobre el tema de la motivación leí que fue mucho más baja en comparación con otros cursos y que también tuviste peores resultados, entonces, ¿cuál fue, a grandes trazos, tu vivencia bajo la presión de cumplir los objetivos académicos de bachillerato?

A: Bueno, primero de todo muchas gracias a ti por hacer este trabajo. No sé por qué tenía entendido que eras de segundo de bachiller, o sea se me quedó ese recuerdo ahí (ríe), pero bueno, espero que te guste pedagogía. La verdad es que es también una carrera muy interesante y necesaria, sobre todo, y, bueno, yo creo que simplemente que haya personas que se interesen

cada vez más por esto pues... abre ya un abanico de posibilidades para el futuro de que la gente se vaya concienciando más. Yo creo que está ocurriendo más, de hecho, yo tengo un primo pequeño y ya se centran un poco más en las emociones, hacen un poco de inteligencia emocional, o sea, poco a poco (ríe). Pero bueno, sobre la última pregunta respecto a la motivación, claro... cuando juntas una falta de motivación con unas altas expectativas y alta presión pues acaba mal, acaba en frustración. Creo que podríamos resumir primero, pero, sobre todo, segundo de bachillerato, como la frustración. Era frustración todo el rato porque yo no quería decepcionar a nadie, no quería decepcionar a mis padres, no quería decepcionarme a mí misma, pero veía que no podía; tenía que levantarme de la cama, ponerme a estudiar o prepararme para el colegio e ir a atender y es que no podía. Si los días que podía levantarme de la cama, que no eran muchos, e ir a hacer vida al instituto, mi atención también desmejoró muchísimo. No sé si lo habéis estudiado o si lo sabes o “tal”, pero la atención y memoria es algo que va muy relacionado a ciertos neurotransmisores, y cuando éstos fallan... pues resulta que son los mismos que fallan cuando tienes depresión, por lo tanto, tienes una memoria y una atención de mierda. Y bueno, pues eso, yo no podía atender en clase, o sea, la información me entraba por un oído y me salía por otro, me costaba mucho atender... eso claro, el hecho de que me costara tener ganas de hacer algo, el hecho de que cuando lo intentara hacer no lo consiguiera, la frustración que se generaba con eso, más las altas expectativas... pues la necesidad de ir a la universidad sí, ¿no? Porque en esa época ya lo sabrás, te lo pintan todo como que la universidad es el único camino, cuando en realidad hay y más, y parece que si no llegas a eso y con veinte años no tienes tu vida resuelta no eres nadie y tú como persona no tienes valor, ¿no? Pues era algo que a mí me afectó mucho, que me creaba más ansiedad todavía, ¿no? Era como un círculo vicioso. Veía que las cosas no me salían bien, me creaba ansiedad, cuanto más ansiedad tenía menos salían bien... o sea, peor salían, vamos, y eso me generaba aún más ansiedad, veía que decepcionaba y eso creaba más ansiedad... mal, la verdad. En cuanto a motivación al final la pierdes completamente.

Estado emocional

[Cuestión 12] E: ¿Y recuerdas algún modo que tuvieras de sobrellevar y canalizar el estrés?

A: He de decir que sobre esa época casi nunca conseguí sobrellevarlo, la verdad. Yo pasaba de extremos: o me ponía manos a la obra, ¿no?, y entonces, yo qué sé, hacía planificaciones o lo que fuera a dejarlo mínimamente a la que no me saliera bien y abandonarlo. Pero bueno, sí que es verdad que una técnica, ¿no?, si tuviéramos que hablar sobre qué es separar las cosas.

[Cuestión 13] E: Emocionalmente, bachillerato tuvo implicaciones negativas según lo del cuestionario. ¿Podrías nombrar algún estado anímico o algunas emociones recurrentes que identifiques con la vivencia de bachillerato?

A: Sobre lo que me has preguntado pues... (suspira) simplemente tuvo connotaciones negativas, yo diría, la que más, es esta sensación de frustración en el sentido de que no la tolero bien, o sea, es lo que peor he llevado; el no poder tolerar bien la frustración, o sea, por ejemplo, cuando quizá ya no tienes una depresión tan severa sigues teniendo depresión pero quizá ya has conseguido salir un poco del pozo y vas haciendo cosas, consigues un trabajo o lo que sea, ¿no?, y te das cuenta de que no toleras ni los fallos ni toleras bien la frustración que te provocan esos fallos.

Por ejemplo, en trabajos y cosas así sí que es verdad que un pequeño fallo pues ya crea una frustración muchísimo más elevada de lo que tendría que crear, ¿no? Pues un pequeño fallo, un pequeño error que lo puedes solucionar muy rápidamente, de forma eficaz, que no... O sea, quiero decir que realmente no tiene unas consecuencias graves, pero para ti es el fin del mundo, ¿no? Esa poca tolerancia a la frustración diría que es lo que más me afectó. Claro, durante esa época pasé una época muy mala y yo no sabía cómo acercarme a las personas, y eso implicó que cuando salí un poco de esto, que he tenido etapas, he tenido momentos mejor, momentos mal... bueno, ya te lo imaginarás, que no va en línea recta estas cosas, y pues ha habido fluctuaciones y cuando he estado un poquito mejor que he podido tener un poquito más de vida, ¿no?, y tener un trabajo más estable o salir más con amigos o incluso tener... empezar algo con una persona en lo más romántico y “tal” pues, bueno, sí que es verdad que es esa sensación de darte cuenta de que no sabes cómo acercarte a las personas ya que estás acostumbrado a ser tú y estar sólo, aunque suene un poco triste, ¿no?, pero, quiero decir... no me refiero sólo a esa sensación de soledad, sino al hecho de que si hay un problema lo resuelves tú, tú buscas las soluciones, interactúas contigo y, claro, las personas tendrán otra manera de entender las cosas, de entender la vida, de entender las relaciones, y te das cuenta de que todo el mundo, ¿no?, entre personas hay pequeños abismos porque eso que se dice, ¿no?, que todos nos hemos criado en nuestra casa y “tal”, pero yo me encontraba que no tenía que hacer pequeños saltos, sino que tenía que hacer un puente para poder cruzar y poder conectar con otra persona. O sea, me di cuenta de que mi capacidad para establecer lazos emocionales con otras personas pues había caído muchísimo, en picado, la verdad. Y, luego, pues otra cosa que salió de bachiller... mi baja autoestima, muy, muy baja autoestima. Claro, ¿cómo vas a tener simples motivaciones si te crees que no eres capaz de conseguir nada, ¿no? Diría que lo más básico... eso.

[Cuestión 15] E: Y notaste que hubo dificultades añadidas por los trastornos. ¿Qué factores crees que fueron claves y potenciadores del cambio emocional negativo de bachillerato?

A: Bueno, claro... esto todavía me lo están mirando, con lo cual... al pasar todo esto del coronavirus pues se ha quedado todo un poco paralizado, ¿no? Pero yo estaba atendiendo a una psiquiatra y estábamos mirando un poco qué me pasaba y, bueno, parece que... bueno, tengo un trastorno de personalidad más allá de tener ansiedad y depresión y... bueno, el caso es que el hecho de que yo tenga un miedo enorme al abandono, que ya venía de antes de bachiller, no fue una cosa que ayudara. O sea, si tú te empiezas a distanciar de las personas y ya de por sí tú tienes la sensación de abandono severo... no ayuda a saber relacionarte o a que puedas mejorar esas relaciones un poco estancadas. Y, por otra parte, no sé si fue un desencadenante o a partir de lo que fue pasando en bachillerato o lo que fue pasando en bachillerato se desencadenó, las cosas que pasaron hace tiempo no las recuerdo bien, pero sí que es verdad que tuve muchísimos problemas para salir de casa, o sea, incluso me inició agorafobia; me costaba poner un pie en la calle porque tenía miedo de que personas me hicieran daño, no me comprendieran, se burlaran, me atacaran... bueno, es verdad que es parte del delirio esto, ¿no?, pero sí que es verdad que se potenció muchísimo en bachillerato y después de bachillerato continuó. O sea, quiero decir... el pistoletazo de salida fue en bachillerato y puede ser que bachillerato lo potenciara por, bueno, por todo lo que me estaba pasando, ¿no?, que yo no supiera muy bien cómo poderlo... pues no sé, fracturar y verlo con una determinada perspectiva, ¿no?, de lo que estaba ocurriendo, y puede que no ayudara al hecho de sentirme a salvo con las personas. Si yo no entendía muy bien qué estaba pasando, cuando intentaba hablar con otra persona tampoco me ayudaba porque no eran capaces, ¿no?, de entender que yo no estaba eligiendo esto y que me sentía mal y necesitaba ayuda pero no era capaz de pedir ayuda... pues, bueno, quizá estoy... o sea (ríe), quizá no tiene mucho sentido lo que estoy diciendo, pero me refiero a que no sé qué potenció qué pero sí que es verdad que fue un pistoletazo de salida que influyó mucho en mis delirios en bachillerato. ¿Tendrá sentido algo de lo que he dicho? (ríe) Espero que sí, si no dímelo y lo vuelvo a decir de otra manera.

[Cuestión 16] E: ¿Y cómo crees que se podría haber logrado que la etapa de bachillerato no fuese tan, tan, negativa?

A: Sí, es algo de lo que no hemos hablado mucho, pero haría muchísimo hincapié, dentro de lo que es bachiller y a cómo funciona el sistema... normalmente los centros tienen a un psicólogo al que puedes acudir, lo cual veo bien, pero me parece una completa inutilidad si esa persona que va a estar allí como psicólogo o psicóloga no sabe hacer bien sus funciones. Creo

que es muy importante, porque estamos hablando de casos delicados, como son adolescentes, o sea, quiero decir... más delicado que eso... (ríe) me entiendes, ¿no? ¿Lo que quiero decir? Eh... se necesita un buen profesional y creo que se tendría que hacer mucho hincapié en la persona que se contrata para ello. O sea, sí... supongo que es lo que quería añadir, ¿no? Una de las cosas es eso; creo que es necesario que haya un buen profesional porque desde ahí parte todo, ¿no? Porque, aunque se hicieran las cosas bien, si los compañeros supieran más de inteligencia emocional y el tutor también supiera más y acabaran derivándote al psicólogo y no es un buen profesional... pues se va todo a la *mierda*, aunque tú desde la raíz lo hayas hecho bien, ¿sabes lo que quiero decir? Entonces... no me alargó mucho, pero me parece muy importante.

Luego, creo que sí lo he comentado, pero también quiero hacer hincapié en esto de rebajar la presión en bachiller porque no ayuda a nada, y sobre todo hablar de más campos porque parece que les paguen por decir que hay que hacer universidad, lo prometo. O sea, hablar de ciclos superiores, hablar de la posibilidad de... bueno, de lanzarte a ciertas carreras, después también hay muchas maneras de hacer cosas *online* a día de hoy... O sea, no lo sé, de ganarse la vida de otras formas que creo que es muy importante y no se hace. Y también creo que eso rebajaría la presión, porque... ya te digo, que es una presión muy alta y a cualquier persona le puede trastocar, no hace falta que tenga de por sí una salud mental frágil.

Y bueno, lo último pues... por mí parte nada más, si me quieres hacer otra pregunta... pues me la puedes hacer sin problema o hoy o mañana o cuando sea. “En plan”, algo que quieras... pues aquí estamos. Y bueno, darte las gracias por elegirme para hacer esta entrevista más de tú a tú, ¿no? Más cercana, y poder darme la posibilidad de explicar mi experiencia que, bueno, quizá sirva para otra persona o para otras personas, de aquí a unos años en el futuro, ¿no? Y... sobre todo para concienciar y, bueno, nada, que ha sido un placer, que la verdad es que lo has hecho súper bien y que es genial que estés tomando este interés, ¿no? Hacia este tema que parece que todo el mundo tiene olvidada esa época, pero creo que es importante recordar las cosas que se hacen mal, porque pasan por allí muchísimas personas. Y bueno, nada, no sabía si comentártelo, pero antes me habías dicho también que tenías algunos problemas de salud mental y tal y... pues nada Sara, espero que todo vaya bien y que consigas si es necesario ayuda de buena calidad y... nada, y que vaya bien. Y nada, pues eso, que si necesitas cualquier cosa pues aquí estoy.

Opinión personal

[Cuestión 20 y 21] E: Pues me vas a tener que disculpar porque me quedan algunas preguntas más (ríe) que me he saltado. Pero gracias igualmente, más adelante si necesito algo de información o algo que no me haya quedado claro cuando pase la información te lo hago saber.

Son sólo dos preguntas: 1. Si recuerdas alguna situación que te marcara especialmente de manera negativa y alguna experiencia que también tengas en la que la respuesta obtenida fuese positiva.

A: (ríe) Tranquila, hazlas. A ver, empiezo por la negativa. Una experiencia así que quizá parezca una tontería, pero una experiencia que fue muy negativa para mí es... tenía un examen, el cual no me había preparado, y era un examen importante del que salía mucha nota de una asignatura. Estaba en segundo de bachiller, estaba la presión de la media para entrar a la universidad... yo en ese momento no sabía si quería hacer psicología u otra carrera, así que tenía la presión de tener que sacar una nota muy alta, o sea más que nada para poder entrar a una de las que decidiera. Y, bueno, recuerdo que toda esa presión con la ansiedad... tengo ese recuerdo de llegar ya tarde al instituto porque me costó moverme, me costó salir mucho de casa, sufrí algún delirio de que alguien que se me acercaba y en realidad no me habían ni tocado... bueno, en fin, no lo pasé nada bien y es algo que me ha marcado mucho porque tengo ese recuerdo, ¿no? Tengo ese recuerdo de entrar cuando todo el mundo estaba... cuando las clases ya habían empezado y entrar al instituto, hablar con el conserje, subir arriba y quedarme en la puerta del aula con la mano en el pomo para entrar para hacer el examen y estar... con la ansiedad tan alta que me paralicé y me quedé pues... en la puerta quizá ¿media hora sin ser capaz de entrar? No me vieron porque no había cristal, y nada, al final me marché a casa y no hice el examen, y eso es algo que me marcó mucho. Quizá lo escuchas y dices “vaya tontería, ¿no?”, pero a mí es como que me marcó un montón y tengo ese recuerdo ahí, ¿no? Y de hecho luego en bachiller tuve muchos problemas para ir a exámenes porque me daba mucha ansiedad y, desde que pasó eso, mi pico de ansiedad con los exámenes subió mucho. De hecho, en la universidad también me afectó, o sea que, no sé, fue algo que se me quedó ahí marcado, ¿no? De ver que no llegaba, y eso pues... (resopla) asumirlo muy mal.

Y positivo pues... déjame pensarlo (ríe). Déjame pensarlo un poquito porque ahora mismo no me viene ninguna a la cabeza.

No tengo ninguna así en la que la respuesta fuese positiva como tal, porque no, en esa época no hubo, pero que fuera *semi positiva* digamos, que no fuera del todo negativa pues... por un

lado de una compañera que sí que intentó estar un poco por mí porque vio que no estaba bien. Ella no sabía muy bien qué me pasaba no sabía tampoco cómo actuar y bueno, lo que te decían los adultos, ¿no? Que tampoco los veía muy fiables para acudir a ellos, pero sí que... bueno, cuando una persona está más o menos preocupada y se nota que no es que venga una vez a decirte algo y se va, sino que viene de una forma más recurrente y es un buen recuerdo. No fue... bueno, lo que decimos de la forma totalmente como se debería hacer, ¿no?, pero bueno, fue más o menos... o sea, no fue negativo como tal y lo guardo con cierto cariño. Por otro lado, de mis padres cuando... es verdad que cuando se reunieron con los tutores la respuesta de cara a mí no fue positiva, fue más de defensa de ellos, de “yo no soy tan mal padre como parece”, pero sí que es verdad que con el tiempo se tornó más positiva, y de hecho empezaron a intentar comprender me mejor y a darse cuenta de que había algo que no rondaba bien y que... pues que yo esto no lo había decidido y que no estaba siendo simplemente vaga. Y, bueno, pues aunque no fue positivo en ese momento sí que abrió el camino a que años más tarde estas respuestas sean positivas o bastante más positivas a día de hoy. Entonces pues... también me quedó buen recuerdo de eso, ¿no? Que, aunque en verdad fue un *shock* para ellos y reaccionaron mal, luego supieron intentar hacer un intento de acercamiento, y eso yo lo guardo como algo positivo, ¿no? Cuando a las personas les importas pues, aunque no sepan cómo hacerlo, intentan dar ese paso.

Y que soy consciente de que hay personas que no tienen ni eso, ¿sabes? O sea, hay personas que... yo no he tenido mucho apoyo familiar, prácticamente nulo, pero hay personas que es que es totalmente nulo, entonces pues... soy consciente de ese pequeño privilegio.

[Cuestión 18] E: Genial. Por último, comentaste que los docentes ni tenían formación en salud mental ni atendían de manera satisfactoria. Yendo hacia puntos claves, ¿en qué pudiste notar que en tu centro no tenían formación en salud mental?

A: Bueno, creo que hay algo muy básico, ¿no? Que en el momento en el que tú tienes ciertos conocimientos de salud mental eres capaz de separar lo que es pereza de un alumno con síntomas de posible depresión, por empezar por algún punto. Por otro lado, el tema del aislamiento es una cosa que se ve, o sea, no es una cosa que tú veas que un chaval o una chavala de tu clase nunca ha hecho muy buenas migas con ese grupo de personas en concreto y es más normal que esté más aislado, ¿no? A que un día esté bien con los colegas “y tal” y luego se pase tres semanas en las que no hable con nadie y que luego vuelva a estar bien y que, por ejemplo... ¿no? Ver esto que dices “realmente no están enfadados entre ellos, simplemente esa persona se ha aislado” ¿no? Cuando sabes un pelín, aunque sea un pelín de salud mental y de

temas... que tampoco tienes que saber de *x* trastornos en concreto, algo tan básico como puede ser una depresión o tener el trastorno de ansiedad generalizada o simplemente ansiedad, creo que es algo muy fácil de detectar, y cuando tienen un mínimo de conocimiento lo pueden ver. Y luego, por otro lado, no lo vi porque cuando el psicólogo como tal se acercó hasta mí, aquello que te comentaba que... bueno, estaba muy mal mentalmente, yo vi cómo la trataban, vi cómo hablaban a veces algunas cosas, ella me explicó que alguna vez estuviera con ella y yo estuve con ella cuando hablaba con esa persona y no era nada adecuado. Si tú tienes unos mínimos de conocimiento, y esa persona los tenía que tener sí o sí porque hizo la carrera, no puedes decir que “estas así porque quieres” y “sonríe que la vida son dos días” y... debe ser consciente de que no es una elección. Es lo que te decía de intentar saltar cuando tienes la pierna rota, ¿no? No tienes que ir por ahí. O sea, sí, es normal que quieras que tu paciente mejore y tenga un mínimo de motivación y tenga objetivos porque eso es sano, obviamente, pero si tú ves que la situación es la que es tienes que saber actuar y tienes que saber también cuando tú ya no puedes actuar más y tienes que derivar a otro tipo de profesionales. A un psiquiatra por ejemplo y que ese psiquiatra, de una forma más continuada y si ve que esa persona necesita medicación que se tome medicación, ¿sabes lo que te quiero decir? O sea, no... tampoco pedía que supiera mucho, es que no sabía ni lo básico, ni el profesorado por un lado que tienen un mínimo de perdón porque al final no son expertos ni la persona que en teoría debería ser experta. Entonces, pues eso... tampoco... es lo que te comentaba, ¿no? Tampoco pido que sepa diagnosticar o separar un diagnóstico Maniacodepresivo de un Trastorno Límite de la Personalidad por ejemplo con cambios de personalidad y de humor, eso lo entiendo que no lo van a saber ni tienen por qué saberlo, pero hago mucho énfasis en esto porque me parece muy importante saber detectar que simplemente... que un alumno tenga una mala semana a empezar a ver signos de depresión y de aislamiento social pues... me pare que no es pedir tanto. Quizá me equivoco, no lo sé (ríe), no es que yo tenga la verdad absoluta, pero no me parece pedir tanto, y creo que es muy necesario, me parece lo mínimo, de verdad (ríe).

Entrevista 3: “Guillermo”.

Entrevistadora: ¡Hola, buenas! Antes de nada, darte las gracias por querer participar, que, por lo que me has dicho, veo que estás trabajando y no debe de ser nada fácil debido a las circunstancias, la verdad.

Guillermo: Nada, gracias a ti porque pienso que hacer trabajos sobre salud mental es muy importante, y todo lo que pueda ayudar encantado.

E: Genial. También decirte que, si necesitas parar por cualquier cosa, tanto por las preguntas o por lo que sea, me lo dices y no hay ningún problema, ¿vale? Igual que si no quieres contestar alguna pregunta, también me lo puedes decir.

[*Cuestión 1*] En el cuestionario comentaste que recibiste un diagnóstico después de bachillerato y que recibiste terapia y seguimiento psicológico después de bachillerato. ¿Cuál fue la razón por la cual tuviste un primer contacto con los servicios de Salud Mental?

G: Pues la verdad es creo que fue ya por pura desesperación de no saber qué hacer porque siempre había querido ser autosuficiente, pero llegó un momento que vi que por mí mismo no podía encontrar solución a lo que me pasaba, y fue sobre todo por eso, porque necesitaba a alguien fuera de mi vida que me dijera qué iba mal, qué estaba haciendo mal y que me diera pautas de cómo funcionar mejor.

Y sobre todo empezó a mitad de carrera, en 4º porque ya llevaba tres años de mucha carga emocional y de mucho estrés acumulado y vi que por mí mismo no podía tirar el curso adelante. Digamos que los resultados que obtuve en los primeros exámenes de cuarto fueron malos y en enero se me juntaron las recuperaciones de los primeros parciales y exámenes y fue como... exploté. No me veía capaz de nada, cuestionándome qué estaba haciendo, si de verdad quería seguir en la carrera, que... bueno, lo veía todo como el peor error de mi vida el haber metido ahí. Y por eso pedí ayuda, porque me veía incapaz por mí mismo de ver nada con claridad ni de encontrar una solución.

[*Cuestión Añadida*] E: Vale, entiendo que entonces acudiste por saturación después de tanto tiempo. Porque... ¿ya notaste síntomas o que ya te sentías de ese modo, o de manera parecida, durante bachillerato?

G: Sí, a ver. En principio creo que todo empezó en bachillerato porque me tuve que cambiar de colegio, tuve que hacer compañeros nuevos, que... siempre me ha costado relacionarme, y digamos que no había tenido la sensación de seguridad que he tenido hasta ahora. Y, de repente, me encontré con profesores a los que no les importabas nada y... digamos que ahí empezó a minarse mi autoestima, y empecé con la clínica más típica de ansiedad de estar siempre alerta, de querer controlarlo todo, de no querer que se escape nada, bueno... digamos que luego en la carrera fue cuando se disparó totalmente.

[Cuestión 3] E: Porque... ¿te diagnosticaron depresión, ansiedad, o ambas?

G: Primero sólo ansiedad, y al acabar bachillerato tuve mi primer episodio depresivo y entonces fue cuando me diagnosticaron de trastorno ansioso depresivo.

Lo que pasa que, como he dicho, no me atrevía a dar el paso a pedir ayuda psicológica pues... hasta cuatro años después.

[Cuestión 4] E: Durante todo el proceso, comentaste que tu familia sí que entendió la situación desde el primer momento, pero que las amistades tardaron un poco más en comprenderlo. ¿Alguna vez recibiste recriminaciones debido a tu estado emocional y mental, pese a que las personas que te rodeaban fueran conscientes de tu situación?

G: Sí, sobre todo en bachillerato... no es que fuera un apodo, pero bueno, me estaban llamando todo el día que si era muy negativo, que si era pesimista, “en plan”... que se creen que hacen una broma pero luego tú en el fondo te estás comiendo la cabeza todo el día pensando a ver si será verdad, que por qué no puedes pensar de otra forma o qué tienes que hacer para que la gente no te lo diga.

[Cuestión 5] E: ¿Cómo crees te habría gustado que esas personas que te rodeaban hubiesen reaccionado?

G: Ostras, muy buena pregunta. Yo creo que, a mí, lo que me hubiera sido más útil, es que se hubieran sentado a hablar conmigo, simplemente a escucharme y a dejarme expresar mi opinión y que intentasen comprender por qué me sentía así. O sea, básicamente la definición de empatía. Lo que pasa que claro, me encontraba que a la que ya decía algo que se salía de la norma general pues la gente dejaba de escuchar, o me soltaba un comentario y entonces ya se cerraba en banda.

Que yo suponía muchas veces, y sigo suponiendo, que sobre todo es por la dificultad general que tiene la gente para afrontar problemas; si ya les cuesta con los suyos... pues ya con los de los demás peor. Y, sobre todo, por miedo a lo desconocido y a entender otro punto de vista.

[Cuestión 6] E: Los trastornos de dificultaron o imposibilitaron algunos objetivos, y los notaste, sobre todo, por lo que leo, en el momento de abrirte emocionalmente, en los estudios... ¿podrías nombrar algún ejemplo de actividad u objetivo que tuvieras y que haya resultado dificultado o imposibilitado por cómo te encontrabas?

G: Sí, yo creo que el ejemplo más claro está en a qué dedicarme en la vida. Y me explico: yo llevo estudiando música desde los cinco años, y quizá es lo que más me gusta en esta vida,

lo que pasa es que llegó un momento en el que tenía que decidir qué hacer, si una carrera que me gustara o seguir estudiando música. Y digamos que después de bachillerato, como te he dicho, mi autoestima no era la mejor del mundo y por no crearme lo suficientemente bueno o capaz renuncié a seguir estudiando música porque veía imposible compaginar una carrera y la carrera de músico.

Así que lo que supuestamente era el sueño de mi vida, digamos, que por cómo me encontraba lo tuve que dejar aplazado y encontrar otra salida porque no me veía capaz de continuar con la música en ese momento.

Vivencia en el centro educativo

[Cuestión 8] E: De acuerdo. Volviendo a la vivencia en el centro educativo, en bachillerato: tu instituto no conocía la situación ni hubo ningún tipo de seguimiento ni adaptaciones. Aunque no supieran de la situación, ¿crees que tus profesores y profesoras pudieron haber notado un cambio en ti o en tu práctica estudiantil?

G: No todos porque había algunos a los que no les importabas nada, pero yo creo que con el que tenía más confianza, que era con el profesor de filosofía, sí. De hecho, yo estaba en 2º, era mi tutor, y yo incluso estaba dispuesto a contarle lo que me pasaba, lo que pasa que al final acabó poniéndose de baja justo cuando estábamos intimando más, por así decirlo, y al final no me atreví a contárselo a nadie.

Pero es como todo, había algunos que sí y había otros que ... ya te digo, como sólo les importa venir, dar su clase e irse a su casa, pues... no se preocupaban para nada de los alumnos.

[Cuestión Añadida] E: Vale, ¿entonces quieres decir que si esos profesores hubieran estado más interesados en los alumnos sí que se podrían haber percatado de que había algo que no estaba bien?

G: Sí, en efecto, porque cuando una persona está mal, quieras o no se le nota. Y no digo que sea mi caso, pero hay señales como si una persona no está tan atenta en clase, si la ves que está triste, si ves que hace un bajón de rendimiento en sus notas, de participación en clase... pues es que algo está pasando ahí. Y, no sé, no hay que ser muy listo para darse cuenta.

[Cuestión 8. a] E: Entonces, a parte de esos profesores que no se fijaban, los profesores que comentas que sí... ¿aun no sabiendo de tu estado depresivo ansioso, mostraron algún tipo de interés o preocupación?

G: Sí, no me preguntaban directamente qué me pasaba, pero sí que intentaban crear un ambiente de mayor seguridad por así decirlo, para que participara yo y otras personas más en clase, que nos sintiéramos más a gusto y... no sé, generar un clima de confianza.

Pero, como he dicho, venir directamente a preguntarme si me encontraba mal o si me pasaba cualquier cosa no. Excepto el profesor de filosofía como he comentado antes, que fue con el que más intimé por así decirlo.

[Cuestión 9] E: ¿Y por qué crees que no llegaron nunca a saberlo por tu parte?

G: Por decirlo de alguna manera por mi propia culpa; supongo que por vergüenza a reconocer que tenía un problema y por la dificultad que tengo yo a coger confianza con alguien cercano y contarle mis problemas. Y es el mismo problema por el cual tardé tanto en pedir ayuda psicológica.

Y también, en verdad, por desconocimiento de mi propio problema, porque no nos educan para reconocer este tipo de señales o de trastornos. Claro, tampoco sabía lo que me estaba pasando bien, bien.

[Cuestión 10] E: Sí, la verdad es que estoy totalmente de acuerdo. Si pudieras volver atrás, ¿querrías que tus profesores o los profesionales del centro supieran de la situación?

G: La verdad es que ahora pensándolo... sí. O al menos decírselo a las personas en las que confiaba, porque siendo ahora más consciente de todo, la verdad, es que creo que muchas cosas podrían haber ido de forma diferente en mi vida.

Estado de los resultados académicos

[Cuestión 11] E: Debido a que tu motivación era mucho más baja y que los resultados académicos fueron también un poco peor que en cursos anteriores, ¿cuál fue tu vivencia bajo esa presión de cumplir los objetivos académicos de bachillerato?

G: Pues la verdad es que fueron dos años bastante malos. Digamos que cada vez, poco a poco, iba perdiendo la ilusión en lo que hacía y digamos que las metas con las que acabé la ESO dejaron de tener sentido. No me veía capaz de conseguirlas y era como que poco a poco fui renunciando a ellas.

Y luego, claro, como cada vez me sentía peor, pues... como he dicho antes, con los amigos tenía problemas, no sabía expresarme, no sabía qué decir y era como que no encontraba refugio en ningún lado.

Estado emocional

[Cuestión 12] E: ¿Y consideras que tenías algún modo de sobrellevar o canalizar el estrés?

G: Sí. Empecé con la música, me pasaba el resto del día al piano, pero como te he dicho fui perdiendo poco a poco la ilusión y entonces empecé a escribir. Escribía absolutamente todo lo que me pasaba, todo lo que sentía, todo lo que pensaba... y a día de hoy conservo esas dos cosas como mi refugio para todo.

[Cuestión 13] E: Me alegro, siempre es bueno tener un espacio en el que sentirse seguro. A parte de esto, ¿podrías nombrar algún estado anímico o emociones recurrentes que identifiques durante tu paso por bachillerato?

G: Sí, y creo que, al contrario de lo que pensaba la gente o la imagen que yo proyectaba de tristeza o pesimismo, yo creo que lo resumiría en incompreensión, soledad y miedo.

[Cuestión 15] E: Además de que los trastornos fueran una dificultad añadida durante bachillerato, comentas que empeoraron por el mismo proceso. ¿Qué factores consideras que fueron claves y potenciadores de ese cambio emocional negativo?

G: Yo creo que el principal fue sobre todo perder mi marco de confianza. Al cambiar de colegio, claro, los profesores no me conocían, yo no conocía a ninguno y justamente todos mis amigos fueron a institutos distintos, y, por primera vez, me vi solo, por decirlo de algún modo. Al verme tan solo y no tener a nadie o no conocer a nadie lo suficiente como para poder expresarle mis miedos, o cosas que veía que no me gustaban, o que yo sentía que no estaban bien, pues digamos que fue como retroalimentándome y fue lo que hizo que fuese empeorando poco a poco. Luego claro, en este sentimiento de negatividad influyeron los problemas que tenía con los profesores, el ver que no conseguía mis metas o los mensajes que tenía de fuera remarcando mi estado de ánimo, del cual yo ya era consciente, y que lo último que quería era que me lo recordaran.

[Cuestión 16] E: Teniendo en cuenta todo esto que me dices, ¿cómo crees que se podría haber logrado que bachillerato no fuese tan negativo?

G: Pues yo creo que va un poco ligado con lo que he dicho antes, y es que si desde pequeños nos educasen en lo que es la empatía, nos enseñaran a detectar lo que es la tristeza, a que no estás mal estar triste, que todo el mundo puede estar triste, y nos enseñaran a cómo tratar con las personas tristes o cómo ayudarlas a que se sientan mejor... yo creo que, no para mí, sino para todo el mundo, todo sería una experiencia más positiva.

Que quizá suene muy a rollo utópico todo lo que estoy contando, pero, no sé. Es algo que siempre he creído y que yo creo que es la raíz de gran parte de los problemas de hoy en día.

Respecto al momento de encontrarme en bachillerato, iría un poco ligado sobre mis amigos. Simplemente que alguien se sentara contigo, que te preguntara qué te pasaba abiertamente y te diera la oportunidad de expresarte libremente sin juzgarte... yo creo que eso me hubiese ayudado mucho en su momento.

[Cuestión 17] E: Vale. ¿Y crees que tu nivel de motivación, o los resultados que obtuviste y tu vivencia durante dicha etapa tuvo repercusiones también en otros ámbitos de tu vida como a nivel familiar, personal...?

G: Sí, sobre todo en las relaciones con las personas, ya fuesen de amistad, en relaciones sentimentales también y, como has dicho, a nivel familiar; pese a que mis padres eran más conscientes que yo y lo entendían, mi relación ellos se deterioraron bastante durante esos dos años.

Opinión personal

[Cuestión 18] E: Volviendo al trato en tu instituto, comentas que consideras que los profesionales que tuviste allí no tenían formación en salud mental ni atendían de manera satisfactoria. Entonces, ¿en qué pudiste notar que los profesores de tu centro no tenían formación?

G: Sobre todo lo dije por los que cuando te veían mal te machacaban más todavía. Había más de uno que hizo llorar a más de uno en clase y, claro, eso me indica o me indicaba bastante incomprensión por lo que estaba pasando esa persona, o yo o quien fuera. Además, que yo recuerde, nunca nos dieron ninguna pauta sobre alguna persona a la que pudiéramos acudir si teníamos algún problema psicológico, ya fuese orientador, tutor, profesor o lo que fuese.

Y con lo de llorar me refiero a que, no sé, que alguna cosa te salía o hacías mal y entonces se ponían muy intrusivos, intentaban ridiculizarte o... no sé, hacerte ver que no eras suficientemente bueno.

[Cuestión 20 y 21] E: Si puedes, me gustaría que me explicaras alguna situación que te marcara de manera negativa que recuerdes, y, después, alguna experiencia en la que la respuesta obtenida fuese positiva.

G: Yo creo que como negativo el más claro... no sé si lo dije en el cuestionario, pero fue mi primera charla con mi tutor. Yo recién llegado a la escuela, sin conocer a nadie, hice mi primera

tutoría con ella y nos iba llamando a su mesa mientras la gente estaba haciendo cosas en sus sillas, y, entonces, para conocernos mejor según ella, con cada persona que iba a su mesa iba repasando su historial de notas, y cuando vio que yo de la ESO llevaba muy buena media empezó a llamarme “maestrillo”. Y, desde entonces, cada día me llamaba “maestrillo” y, claro, la gente hacía comentarios y se empezaron a reír. Y eso, ligado al día que hicimos reunión de padres y de toda la clase y empezó a decir que ninguno conseguiríamos nuestras metas en la vida, que la mayoría llegaríamos a ser basureros, o mozos de almacén, o cosas así, son dos de mis experiencias negativas que más me marcaron.

Y como experiencia positiva, quizás, ligado un poco con lo que te he dicho antes de que empecé a escribir, eh... El profesor de catalán nos hacía escribir durante el curso cinco redacciones para subir nota, por así decirlo, y hubo un día que el tema me gustó mucho y me sentí bastante inspirado y luego el profesor me felicitó porque le había encantado el texto que había escrito.

[Cuestión 22] E: Sí, recuerdo bien haber leído esa historia. Teniendo en cuenta tu realidad emocional y psicológica durante el paso por bachillerato, ¿crees que podría haber llegado a ser más agradable y llevadero de algún modo?

G: Seguramente, si hubiera sabido identificar antes lo que me pasaba, y si hubiese sabido pedir ayuda cuando realmente la necesitaba, hubiese ido mucho mejor.

Y, sobre todo, si hubiese habido la figura de un orientador, psicólogo o alguien de referencia en el centro al que haber podido acudir... creo que habría ayudado bastante.

[Cuestión 23] E: Genial. Y, por último, ¿en qué aspectos consideras que flaquea más bachillerato?

G: Yo creo que el principal problema de bachillerato es que te intentan inculcar la idea de que tienes que elegir ya de ya lo que quieres hacer el resto de tu vida cuando, muchas veces, no sabes ni qué quieres hacer. Y entonces, intentan muchas veces también darte un temario que supuestamente es especializado, pero es generalizado para poder entrar a varias carreras y que tampoco te acaba de ayuda a elegir qué es lo que quieres.

Entonces, esta sensación de no saber qué es lo que quieres hacer con tu vida tampoco te están orientando a nada específico o no te enseñan bien, bien, en qué consisten las carreras porque, como te he dicho, te dan una información muy general, pues puede llegar a causar una

sensación de ansiedad y de miedo por lo que pueda pasar y de no saber si estás eligiendo el camino correcto o no.

Que con todo esto no quiero decir que haya temario más o menos necesario, sino que, si de verdad quieres hacer una orientación y un camino hacia la carrera universitaria, quizás se debería enfocar de una manera distinta, enseñándote qué son las carreras, en qué consisten según la rama que quieras elegir, qué opciones tienes, qué opciones son mejores para ti... y formarte un poco en todo eso, no darte conocimientos tan generales, que al final acabas la selectividad y tampoco sabes ni qué elegir.

E: Pues ya hemos acabado con la entrevista. Muchas gracias otra vez; espero que te hayas sentido cómodo y que no se te haya hecho muy pesada al final.

Si necesitas algo me puedes contactar, y mucho ánimo con el trabajo y la situación.

G: Bueno, como ya he dicho antes, gracias a ti. Espero haber sido de ayuda porque muchas veces me lío incluso yo al hablar, y si necesitas cualquier cosa lo mismo, puedes contactar conmigo y... nada, espero que vaya muy bien el trabajo y ya me irás informando.

Y tranquila que no me he sentido incómodo ni se me ha hecho pesado, simplemente pregunté lo del tiempo porque entraba a las 14h trabajar y era para que nos diera tiempo de sobras.

E: Al final se ha alargado un poco y hemos llegado justito, entonces. Pero bueno, muchas gracias por la paciencia.

Anexo 5. Dossier Digital.



Enseñar Sanamente

Pedagogía con perspectiva en Salud Mental

Dossier basado en el estudio de investigación *Alumnado con trastorno de ansiedad y depresión durante la etapa de bachillerato en Catalunya. Aproximación al fenómeno y diseño de una herramienta pedagógica*

Sara Candelario Peña

La ideación, diseño y producción de este dossier ha sido resultado de los datos recogidos en el estudio de investigación *Alumnado con trastorno de ansiedad y depresión durante la etapa de bachillerato en Catalunya. Aproximación al fenómeno y diseño de una herramienta pedagógica* (Candelario, 2020), presentándose al alcance del grupo docente no especializado con el objetivo de ser utilizado como herramienta pedagógica en la práctica educativa en el aula.

Trastorno de depresión y ansiedad

¿Qué es la ansiedad?

Pese a que la ansiedad es una emoción que identificamos como respuesta a una experiencia subjetiva, objetivamente externa e identificable que afecta a la conducta y a la activación psicofisiológica (Mulligan y Scherer, 2012), ésta puede llegar a convertirse en una emoción de índole disruptiva; en esas situaciones, la ansiedad pasa a presentarse a un nivel y momento inadecuado, interfiriendo en la adaptación al contexto (Domínguez, Alcorcón y Navarro, 2017; Gross, 2014; Oros, Manucci y Richaud, 2011).

Aunque la emoción pierda fuerza al dejar de estar presente la situación que la ha provocado, en la *angustia patológica* no se llega a observar una causa externa y, por lo tanto, existe una incapacidad de recuperación rápida aun cuando el estímulo desaparece; el miedo y la ansiedad son estados cerebrales que se presentan como reacción ante una situación de peligro, pero el miedo es desencadenado por una amenaza y conlleva a la conducta de lucha o huida, mientras, la ansiedad, es asociada a un aumento del estado de alerta y a comportamientos de evitación ante un peligro futuro (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016).

Este tipo de ansiedad provoca una sensación de peligro constante inidentificable que altera el comportamiento del individuo (Díaz y Santos, 2018), despertando, además, preocupación ante cualquier situación que se asemeje a la vivida. Este

estado deriva en que la *conducta de evitación generalizada* pase a ser un método para reducir el nivel de ansiedad, afectando a la flexibilidad de respuesta adaptativa (Pedreira, Blanco, Pérez-Chacón y Quirós, 2014), generando interferencias en la vida diaria y obstaculizando cualquier actividad académica, laboral y social (Smoller, et al., 2007).

La base neurológica de los trastornos de ansiedad se presenta en las alteraciones del circuito cerebral del miedo, siendo éstas el aumento de respuesta de la amígdala ante estímulos del miedo, a la disminución de la capacidad para controlar la respuesta al miedo de la corteza prefrontal y la reducción de conectividad con el hipocampo (Indovina, Robbins, Núñez-Elizalde, Dunn y Bishop, 2011).

¿Y la depresión?

Este trastorno es una enfermedad psiquiátrica sistémica y multifactorial, ya que, además de estar caracterizada por irregularidades en el estado anímico y afectivo, la acompañan anormalidades cognitivas, alteraciones del apetito y del sueño, fatiga y otros tipos de trastornos metabólicos, endocrinos e inflamatorios, afectando de este modo a todos los contextos de la persona (Villanueva, 2013) —en el entorno familiar, en las relaciones personales y en las condiciones laborales o académicas—. La Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2017) refleja que los datos sobre este trastorno han ido *in crescendo*, con un aumento del 18% entre 2005 y 2015, siendo de un 3% el promedio del presupuesto en salud invertido en salud mental.

Muchas veces los estados depresivos pasan desapercibidos ya que pueden aparecer sin ningún tipo de desencadenante observable y son considerados y confundidos con estados anímicos bajos. Pero la depresión es una constante amplificación de los sentimientos de tristeza, afectando de manera emocional y física con una sintomatología de mayor intensidad y duración (Arranz y San, 2010; Freeman y Reinecke, 1995).

La causa de los trastornos depresivos es desconocida, pero se atribuyen varios factores que pueden afectar a su aparición. Un ejemplo son los factores genéticos, los cuales representan un 50% de la etiología en los trastornos de este tipo —sin incluir la depresión de inicio tardía—, afectando también al desarrollo de respuestas de índole depresiva ante posibles eventos adversos. Asimismo, los factores psicosociales tienen una gran implicación; las situaciones de estrés pueden conllevar a vivir episodios de depresión mayor, pudiendo desencadenar un estado depresivo de larga duración si el sujeto en cuestión consta de predisposición ante trastornos del estado anímico (Ghasemi, Phillips, Fahimi, McNerney y Salehi, 2017).

Cómo afecta al colectivo de jóvenes

La población adolescente se presenta como una de las más vulnerables al ser susceptibles a los riesgos sociales (Arias M., Marcos, Martín, Arias J. M. y Deronceré, 2009), ya que se presentan grandes

cambios en un breve lapso de tiempo (Díaz y Santos, 2018); los numerosos cambios que se encuentran de camino a la adultez, y las innumerables transformaciones en aspectos tan variados como el psicológico, el fisiológico, el sociocultural o el biológico, intervienen en la toma de decisiones y en la resolución de problemas de los sujetos (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendia, 2010), presentando, así, cierta fragilidad ante circunstancias del entorno —sobre todo, en el individual y social— (Shaffer y Waslick, 2003). Es frecuente creer, por lo tanto, que la población adolescente presenta tasas de mortalidad bajas y que acostumbra a ser sana, pero los problemas emocionales y desórdenes psiquiátricos acostumbran a ser bastante habituales.

Estos tipos de trastornos no acostumbran a ser diagnosticados ni tratados pese al gran impacto que generan en la vida de los pacientes, en sus familias y en la salud pública general. Este hecho lleva a que se busque y reciba ayuda médica de manera tardía, cuando los síntomas ansiosos y depresivos ya están asentados desde hace tiempo en la vida de las niñas, niños y adolescentes que lo sufren o cuando ya son intolerables debido a la gravedad de éstos (Tayeh, et al., 2016).

Pese a que la mayoría de casos no se llegan a reconocer ni a tratar —aun teniendo consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida—, hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años (OMS, 2014), etapa en la cual aumenta la presencia de trastornos depresivos (Wagner, Gallo y Delva, 1999) y en la cual ya es observable de tasas más elevadas en niñas que niños (Wade, Cairney y Pevalin, 2002) —diferencias de género que

“Amistad, pareja, familia, estudios, trabajo, actividades que antes me gustaba hacer... Trastocó toda mi vida.”

Encuestado anónimo

continúan observándose hasta la edad adulta (Hankin, et. al., 1998)—.

Los trastornos de ansiedad son los procesos psiquiátricos más habituales durante la infancia y juventud, afectando entre a un 5% y un 18% (Ramírez, Álvarez y Rodríguez, 2015). Por otro lado, la depresión se ha convertido en un factor cada vez más común dentro de la población adolescente, manifestación de la cual suele ser confundida por estados anímicos y de comportamientos propios de esta etapa, como bien pueden ser los cambios de humor, la agresividad, el aislamiento, el agotamiento o el desinterés (Chinchilla, 2008). Asimismo, la aparición de trastornos a estas edades se asocia a peores diagnósticos y a una mayor carga de enfermedad en años perdidos por discapacidad (Erskine, et al., 2015). Además, presenta un mayor riesgo de suicidio y conductas de riesgo, un aumento en la comorbilidad con otros trastornos mentales (Murray, et al., 2012; Carter, Mundo, Parikh y Kennedy, 2003).

Tal y como se ha expuesto en la anterior sección, mientras una persona con una angustia normal tiene la capacidad de cuando no está presente la situación, en la patológica existe la incapacidad de recuperarse rápidamente cuando el estímulo ya no está, pudiéndose decir que hay sufrimiento y afectando al funcionamiento de áreas del desarrollo del individuo adolescente, manifestando una fuerte preocupación ante situaciones similares y un estado de la respuesta adaptativa muy poco flexible (Pedreira, et. al., 2014); estos trastornos afectan a los sujetos de tal manera que les llega a imposibilitar y dificultar actividades y objetivos ideados.

Las herramientas o habilidades necesarias para responder al malestar o estrés ambiental acostumbran a no estar presente en su totalidad en muchas y muchos jóvenes, por lo que tratan de

encontrar soluciones que calmen las molestias o la angustia, siendo, una de las más buscadas, el consumo de drogas, tendiendo a ser el alcohol, el tabaco y la marihuana las sustancias cuyo consumo es más destacable. Mediante este tipo de consumo se genera la aparición de círculos viciosos entre el malestar y el consumo de sustancias acompañado del aumento de cantidades con el paso del tiempo para manejar y equilibrar los síntomas (Maturana y Vargas, 2015; Maturana, 2011).

Su reflejo en el ámbito escolar

Centrándonos en España particularmente, podemos observar cómo el grupo adolescente se encuentra con presiones académicas al finalizar la educación secundaria obligatoria (ESO); deben tomar decisiones vitales a edades tempranas como la elección de rama profesional, el tipo de bachillerato que cursar, elegir formación profesional u optar por otras salidas formativas o laborales.

Observando los datos de la investigación *Alumnado con trastorno de ansiedad y depresión durante la etapa de bachillerato en Catalunya* (2020), la etapa estudiantil de bachillerato muestra un nivel de exigencia y presión que

“Si no tienes fuerzas para levantarte de la cama o cepillarte los dientes, mucho menos tienes fuerza para sentarte y ponerte a estudiar.”

Encuestado anónimo

—según el grupo estudiantil— llega a un nivel desmesurado, afectando significativamente al estado del alumnado y, directamente, a la capacidad de alcanzar los objetivos del mismo, ya que los niveles de ansiedad y frustración se elevan en gran medida. En la necesidad de adaptarse a las demandas académicas, y a los inherentes cambios de dicha etapa vital, suelen surgir distintas

alteraciones como los trastornos de ansiedad (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo, y Piqueras, 2012), ya que, tal y como hemos comentado anteriormente, dichos trastornos aparecen al rebasar la capacidad de adaptación ante estados de demasiado estrés —por ejemplo, ante la presión por los exámenes, o la tan conocida *selectividad*—, pudiéndose agravar convirtiéndose en un estado emocional permanente (Ruiz y Lago, 2005). La ansiedad es una emoción y, por lo tanto, se manifiesta en la experiencia subjetiva, en la activación psicofisiológica y en la conducta (Mulligan y Scherer, 2012). En sí misma, es una respuesta adaptativa; pero si se presenta en el momento equivocado, o con un nivel de intensidad inadecuado, puede resultar disruptiva, perjudicar los procesos cognitivos, interferir con la adaptación al ambiente y afectar el rendimiento académico (Domínguez, et. al., 2017; Gross, 2014).

Debemos tener en consideración la realidad en la cual posiciona vivir con un trastorno depresivo y de ansiedad, asimismo que de las dificultades y particularidades que estos suelen presentar, afectando, por ejemplo, a la imposibilidad de seguir rutinas o acciones cotidianas y la presencia de sintomatología física entre muchos otros ya expuestos; las circunstancias y estados emocionales recurrentes de dichos trastornos se presentan como potenciadores de problemáticas en numerosas áreas de la vida de los jóvenes, llegando a deteriorar, dificultar y perjudicar la cotidianidad del día a día, objetivos vitales, actividades, relaciones interpersonales e intrapersonales y a contribuir en situaciones comunes de aislamiento social e incompreensión del círculo cercano (Candelario, 2020); afecta directamente al bienestar y al funcionamiento social, emocional y académico de los individuos (Hernández, Ramírez, López y Macías, 2015); los trastornos se convierten en dificultades añadidas a la práctica estudiantil,

provocando más inestabilidad emocional y empeorando el nivel de concentración y memorización.

Alcance y repercusión emocional

La esfera educativa se presenta como uno de los ámbitos percibidos con mayor cantidad de obstáculos y con mayor repercusión en el estado de los individuos, debido a la cantidad de características y escenarios que afectan a la potencialización de dicha situación, siendo éstos eventos tan corrientes como la práctica de estudio o lectura debido a las complicaciones en el proceso memorístico y de atención o la exposición individual ante el grupo de aula frente al deber de dar respuesta a alguna cuestión públicamente.

El alumnado con trastorno depresivo y de ansiedad refleja un empeoramiento de dicho estado tras el paso por bachillerato, siendo los reflejos más comunes la presencia constante de estados ansiosos, el aumento de las dificultades en las acciones cotidianas, la agravación de inestabilidad emocional, la presencia de nueva sintomatología física como mareos, vómitos, desmayos, insomnio y migrañas y el empeoramiento ante conductas y pensamientos autolíticos, los cuales pasan por el consumo de drogas y por la ideación y actuaciones suicidas.

Cabe destacar que más de un tercio del alumnado estudiado llega a calificar la etapa de bachillerato como “los peores años de su vida”; la experiencia tras el paso por dicho periodo se manifiesta de modo negativo en el mayor número de casos, mayoritariamente, debido a las repercusiones emocionales que acostumbra a presentar y al deterioro en la salud mental del alumnado. Siguiendo las opiniones y datos recogidos en el

estudio comentado, vemos como la entrada en bachillerato supone una rebaja en la motivación e implicación del alumnado. Las implicaciones alcanzan un área ampliamente extensa sobre la vida del alumnado: en su motivación, en los resultados académicos, en los niveles de frustración y ansiedad, en el aumento de la inestabilidad emocional y actuaciones y pensamientos autolíticos, en el aumento de manifestaciones físicas como mareos, vómitos, insomnio o migrañas y en la intensificación de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Actuación ante las diversas realidades

La respuesta del sistema y su lasitud

Generalmente, no se tiende a realizar tutorías o acercamientos hacia el alumnado con el objetivo de conocer sus necesidades individuales y realidades, incluso, pese a la visible existencia de señales de un posible estado problemático. Aunque los servicios de atención psicopedagógica sean presentes en los centros educativos, se encuentra una falta de comunicación de la existencia, funcionamiento, características de dichos servicios, con un efecto en la demanda debido al bajo nivel de oferta.

La realización de seguimiento psicopedagógico se presenta en menos de la mitad de los casos conocidos, siendo, además, considerado como

“Bachillerato es muy exigente y cuando no tienes fuerzas casi ni para ducharte, es muy difícil seguir el ritmo de las clases.”

Entrevistado anónimo

ineficiente por parte de tres cuartos de este subgrupo. Por ende, observamos que la atención ofrecida se presenta como ineficiente y que existe la ausencia de propensión y una gran falla en la labor

realizada. Pese a que los centros acostumbran a ser conocedores de las problemáticas y dificultades emocionales y mentales del alumnado en un 60% de los casos, no habitúa a suceder de manera orgánica con la suficiente recurrencia, ya que, previamente, suelen presentarse coyunturas recriminatorias o llamadas de atención hacia realidades surgidas de las mismas problemáticas.

Ante todas estas realidades diversas, la aplicación de algún tipo de adaptación curricular tiene un resultado de utilidad puntual en la mayoría de casos —surgiendo usualmente por petición de algún docente o de los propios educandos—. Aun así, los centros escolares acostumbran a mostrar una falta de interés notorio y una ausencia de actuación activa ante la oportunidad de conocer a los educandos; aunque la flexibilidad, la atención a las necesidades y la mejora de los servicios se presenten como una necesidad, en la gran mayoría de casos no se lleva a cabo ningún tipo de acción adaptativa.

Dejando de lado los casos de actuaciones y actitudes que traspasan el límite del código deontológico profesional, ya que son total e íntegramente deleznable y denunciables, en el 57% de los casos, se considera la acción y atención docente entre buena y poco eficiente, considerando, además, que los profesionales de los centros escolares no presentan consciencia ni formación en salud mental. Esta situación divisa una fuerte carencia sobre conocimientos necesarios para llevar a cabo una atención satisfactoria hacia un alumnado con características y necesidades diversas.

Cómo se puede ayudar

Se plantea la necesidad de fomentar el desarrollo integral saludable del alumnado con el objetivo de prevenir la aparición temprana de estas patologías; aunque hay tratamientos eficaces para la depresión,

más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe esos tratamientos. En los países de ingresos altos, casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento, y, en promedio, sólo el 2% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental (OMS, 2004).

Debemos escuchar la voz del grupo estudiantil y tener en cuenta algunas de las realidades más habituales reflejadas en el aula. Enfocándonos en los resultados académicos destacamos que:

- Dos tercios del alumnado considera que empeoró
- El 97% refleja una intensa frustración ante los resultados obtenidos
- La mitad cree haber necesitado apoyo y refuerzo pese a no haberlo recibido

Asimismo, refiriéndonos a la atención recibida por los profesionales y los servicios en el centro educativo, vemos que:

- El estado personal, la práctica y la experiencia educativa de los educandos habría mejorado mediante una atención a sus necesidades, un trato más personal y seguimiento y escucha activa
- La presencia de conocimiento en salud mental es necesaria y esencial en la formación de los profesionales docentes

Fijar la atención en incrementar dichos conocimientos nos acerca a una normalización de los trastornos psicológicos, a visibilizarlos y a alcanzar una respuesta y una actuación adaptada, consciente y efectiva.

Reconocer los posibles síntomas

Los estados depresivos y ansiosos no acostumbran a ser diagnosticados ni tratados pese al gran impacto

que generan en la vida de las personas, en sus familias y en la salud pública general, debido a que pasan desapercibidos por la ausencia de desencadenantes observables y por ser considerados y confundidos con estados anímicos bajos o de estrés. Este hecho lleva a que se busque y reciba ayuda médica de manera tardía, cuando los síntomas ansiosos y depresivos ya están asentados desde hace tiempo en la vida de las niñas, niños y adolescentes que lo sufren, o cuando su gravedad ha aumentado inequívocamente (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016).

La ansiedad provoca una alteración en el comportamiento del individuo debido a la sensación de peligro constante, cuya raíz es primeramente inidentificable y desconocida (Díaz y Santos, 2018). Se despierta una preocupación ante cualquier situación o contexto que se asemeje (Pedreira, Blanco y Pérez, 2014), creando así conductas de evitación generalizada como un método con el cual reducir el nivel de ansiedad. Esto genera interferencias y complicaciones en la vida diaria de la persona, afectando a todos los ámbitos (Smoller, et al., 2007), y siendo el espacio escolar uno de los principales debido al gran tiempo y espacio que ocupa.

“En el momento en el que tú tienes ciertos conocimientos de salud mental eres capaz de separar lo que es pereza de un alumno con síntomas de posible depresión.”

Entrevistado anónimo

Algunos de los síntomas y signos depresivos se presentan como estados de ánimo tristes y ansiosos persistentes, fatiga y bajo nivel energético, desesperanza, pérdida de interés, problemas de insomnio o necesidad excesiva de dormir, aislamiento social, irritabilidad y pensamientos o acciones autolíticas y suicidas. Asimismo, y a parte

de la sintomatología psíquica, se hacen presentes muchos signos físicos persistentes, siendo algunos de los más habituales los dolores crónicos, la disminución o aumento del apetito, mareos, dolores de espalda, problemas respiratorios, dolor abdominal, jaquecas y cefaleas, alteraciones gastrointestinales y problemas digestivos (La Alianza Europea contra la Depresión (EAAD), 2020).

Docentes activos

Aun teniendo la figura del psicólogo o psicopedagogo en el centro escolar, como docente, se puede tener un papel fundamental sobre la ayuda y apoyo a ofrecer al alumnado. Entendiendo que cada situación presenta unas características particulares, el espacio, relación y tiempo que ofrece el aula se presentan como una gran oportunidad de acercamiento y conocimiento entre docente y alumnado. Por esto, es de suma importancia establecer unos conocimientos básicos para que la posibilidad de reconocer un probable trastorno, y, por ende, facilitar el acceso a un tratamiento, sea real.

Es de entender que el papel docente y su responsabilidad no recae en ofrecer atención psicológica, pero, aun así, la situación de esta figura presenta una posición única para relacionarse con el adolescente e intentar comprender su situación;

Algunas personas ponen su esfuerzo en evitar y tratar de ocultar ciertos síntomas ante el resto, ya sea por la incompreensión de su propia situación, por miedo a ser juzgadas, por evitar sentirse diferentes o apartadas, etc., de ahí la importancia de contar con figuras de apoyo y con un espacio seguro y de escucha activa. Pese a eso, y mediante la posición observadora que otorga el papel docente y la presencia de unos conocimientos básicos

aprendidos y asumidos, la detección de cambios comportamentales o anímicos nos debe llamar la atención y no deberían ser asumidos como una simple normalidad en la etapa vital de los adolescentes.

Ante un posible caso ansioso o depresivo debemos hacernos algunas preguntas que no ayuden a facilitar el proceso de análisis: ¿hemos visto cambios emocionales o en su motivación?; ¿hemos observado síntomas físicos relacionados con dichos trastornos?; ¿cómo era su comportamiento hacia los docentes y hacia los demás hace unos meses?

Si tras un proceso deliberativo se considera que podría tratarse de un caso que se ajusta a dicho perfil, debemos comunicarnos y aproximarnos a la persona, aprovechando los servicios psicopedagógicos del centro —si se tienen—, y tratando de atender de manera conjunta las necesidades y dificultades que la joven o el joven presenta debido a su situación, pues se debe ser consciente de que dichos trastornos no son una muestra de debilidad o “simples etapas” que mejoran con el tiempo, y que no se debe esperar simplemente un “esfuerzo” de la persona en cuestión.

“Creo que es muy necesario que los profesores sean capaces de identificar cuando una persona se ve visiblemente mal y preguntar. Además, se tendría que reforzar el sistema de salud mental dentro de los institutos.”

Encuestado anónimo

Referencias

- Arias, M., Marcos, S. G., Martín, M., Arias, J. M., y Deronceré, O. (enero – febrero, 2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN*, 13(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100005&lng=es&tlng=es
- Arranz, B., y San, L. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona, España: Amat Editorial.
- Candelario, S. (2020). *Alumnado con trastorno de ansiedad y depresión durante la etapa de bachillerato en Catalunya. Aproximación al fenómeno y diseño de una herramienta pedagógica* (Tesis de pregrado). Universidad de Girona, Gerona, España.
- Candelario, S. (5 de mayo, 2020). *Sin nombre* [Ilustración].
- Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S., y Kennedy J. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*, 37(4), 297-303. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395603000529?via%3Dihub>
- Cortés, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J., y Echemendia, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Sancti Spiritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-18 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262658321_Causas_y_factores_asociados_con_el_intento_de_suicidio_en_adolescentes_en_la_Provincia_Sancti_Spiritus
- Chinchilla M. (2008). *La depresión y sus máscaras, Aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Díaz, C., y Santos, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *Enfermería Comunitaria*, 6(1), 21-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
- Domínguez, L., Alcorcón, P., y Navarro, L. (2017). Relación entre ansiedad ante exámenes y rendimiento en exámenes en universitarios: análisis preliminar de la diferencia según asignatura. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 166-176. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2223-25162017000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Erskine, H., Moffitt, T., Copeland, W., Costello, E., Ferrari, A., Patton, G., Scott J. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*, 45(7), 1551-63. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>
- Freeman, A., y Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Ghasemi, M., Phillips, C., Fahimi, A., McNerney, M.W., y Salehi, A. (septiembre, 2017). Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, 80, 555-572. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.002>

- Gross, J. J. (2014). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations, Second Edition* (pp. 3-24). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., Mcgee, R., y Angell, K. (1998). Development of depression from pre adolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 128-140. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/buy/1997-38797-012>
- Hernández, M. del R., Ramírez, N., López, S. V., y Macías, D. (2015). Relación entre ansiedad, desempeño y riesgo de deserción en aspirantes a bachillerato. *Psychologia. Avances de la Disciplina, 9*(1), 45-57. doi: <https://doi.org/10.21500/19002386.992>
- Indovina, L., Robbins, T.W., Núñez-Elizalde, A.O., Dunn, B. D., y Bishop, S. J. (febrero, 2011). Fear-Conditioning Mechanisms Associated with Trait Vulnerability to Anxiety in Humans. *Neuron, 69*(3), 563-571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.12.034>
- La Alianza Europea contra la Depresión (EAAD) (2020). *La depresión en la adolescencia*. <https://ifightdepression.com/es/young-people/depression-in-adolescents>
- Maturana A. (2011). Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(1) 98-109. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/82559055.pdf>
- Maturana, A., y Vargas, A. (enero – febrero, 2015). El estrés escolar. *Revista Médica Clínica Las Condes, 26*(1), 34-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.003>
- Mulligan, K., y Scherer, K. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review, 4*(4), 345-357. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1177/1754073912445818>
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C.,... Lopez, A. D. (15, diciembre, 2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 380*, 2197-2223. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Invertir en salud mental*. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra, Suiza: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. Recuperado de https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 5*(2), 115-120. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>

- Oros L. B., Mannucci V. y Richaud-de Minzi M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y educadores*, 14(3) 493-509. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/834/83422605004.pdf>
- Pedreira, J. L., Blanco, V., Pérez-Chacón, M. M., y Quirós, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia. *Medicine*, 11(61), 3612-3621. doi: [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70821-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70821-2)
- Ramírez, R., Álvarez, M., y Rodríguez, M. A. (2015). Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2) 115-120. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.002>
- Ruiz, A. M., y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. (pp. 265-280). Madrid, España: Exlibris Ediciones. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Santacruz, C., Gómez, R. C., Posada V. J., y Viracachá, P. (1995). *A propósito de un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Javeriana.
- Shaffer, D., y Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Psiquiatría Editores.
- Smoller, J. W., Pollack, M. H, Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R. D., Oberman, A., Wong, N. D., y Sheps, D. (octubre, 2007) Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Observational Study. *Arch Gen Psychiatry*, 64(10), 1153-1160. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1153>
- Tayeh, P., Agámez, P. M., y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *CCAP*, 15(1), 6-18. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Villanueva, R. (2013). Neurobiology of major depressive disorder. *Neural Plast*, 873278. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/873278>
- Wade, T., Cairney, J., y Pevalin, D. (febrero, 2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journey of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 41(2), 190-198. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013>
- Wagner, F., Gallo, J., y Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública de México*, 41(3), 189-202. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6149/7255>

