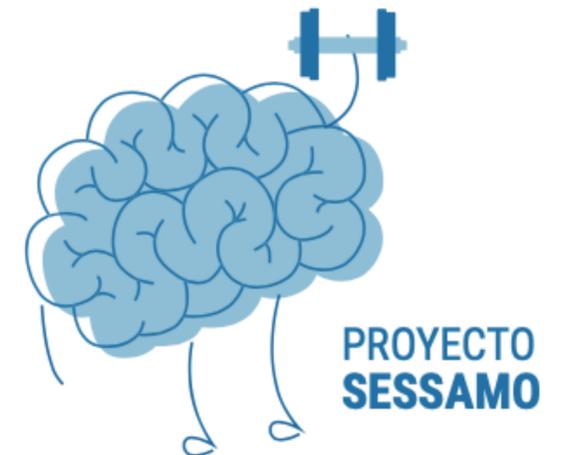
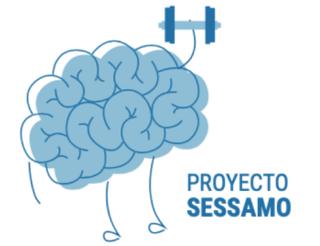


# PROYECTO SESSAMO: Seguimiento de Estudiantes de Secundaria para valorar **SAlud Mental y Obesidad**

DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS MENTALES Y ADICCIÓN A  
REDES SOCIALES Y VIDEOJUEGOS



# Detección precoz de trastorno mental en adolescentes de 14 a 16 años (2º-4º ESO)



## Información a padres/responsables legales de posible presencia de trastorno mental

### herramientas

- Cuestionario on-line
- Cuestionario padres
- Muestras genéticas (células bucales)
- Antropometría
- Expediente académico
- Historia clínica

# Cuestionario On-line

Plataforma digital



**Evaluación con presencia de técnico  
en el aula (hora de tutoría)**

Información a padres o tutores de posible presencia de trastorno mental

Variables  
Socio-  
demográfica  
s

Estilo de  
vida

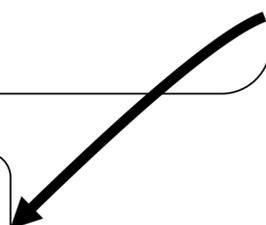
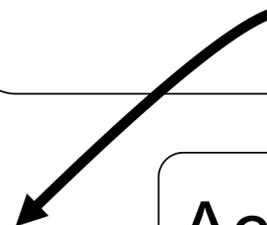
Sucesos  
vitales  
estresantes

Auto-  
concepto

Salud  
mental

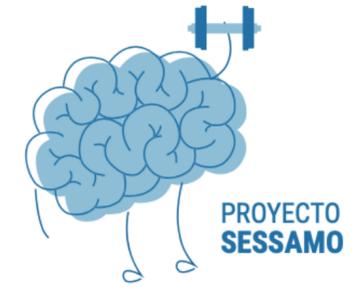
Adicción a  
internet y  
videojuegos

Acoso escolar y  
ciberacoso



# Cuestionario On-line

Plataforma digital



Salud mental

Cuestionarios validados  
para adolescentes para  
detección precoz

Trastorno del comportamiento alimentario

Conductas auto-lesivas e ideación de suicidio

Estrés, ansiedad y depresión

Capacidades y Dificultades diarias

Síntomas de psicosis

Síntomas relacionados COVID



## BIENVENIDO AL PROYECTO SESSAMO:

Seguimiento de Estudiantes de Secundaria para valorar SALud Mental y Obesidad

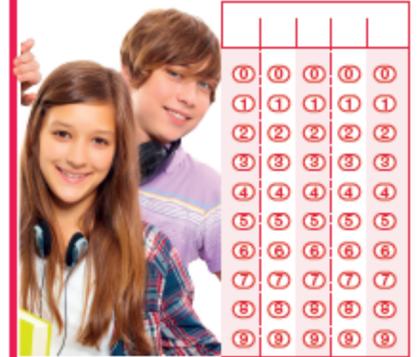
### CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

¿Ha recibido su hijo/a en alguna ocasión alguno de los siguientes diagnósticos?  
¿Sabe la fecha de ese diagnóstico?

Si el alumno se le diagnosticó en Marzo de 2013, pondremos:  
EJEMPLO:  Sí  No

MARQUE ASÍ  Sí  No así no marque

ENFERMEDAD	Sí / No		FECHA DE DIAGNÓSTICO (MES/AÑO)	
	SÍ	NO	MES	AÑO
Trastorno del espectro autista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Epilepsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Diabetes tipo 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Hipertensión (tensión alta)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Dislipemia (colesterol alto)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Alergia (especifique cuál)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Cáncer (especifique localización)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	13
Alteración cardíaca (especifique cuál)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Déficit de atención con/sin hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



- ¿Ha sufrido su hijo/a un accidente (deportivo de tráfico, etc.) que haya requerido hospitalización?  
Sí  No
- ¿Ha presentado o presenta su hijo/a?  
Dolor abdominal repetitivo:  
Sí  No   
Cefalea y dolor repetitivo:  
Sí  No
- ¿Su hijo/a ha tenido caries?  
Sí  No   
Si las ha tenido, ¿puede decir el número de caries?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9

# CUESTIONARIO PADRES

## Antropometría

- Peso
- Talla

## Raspado de paladar

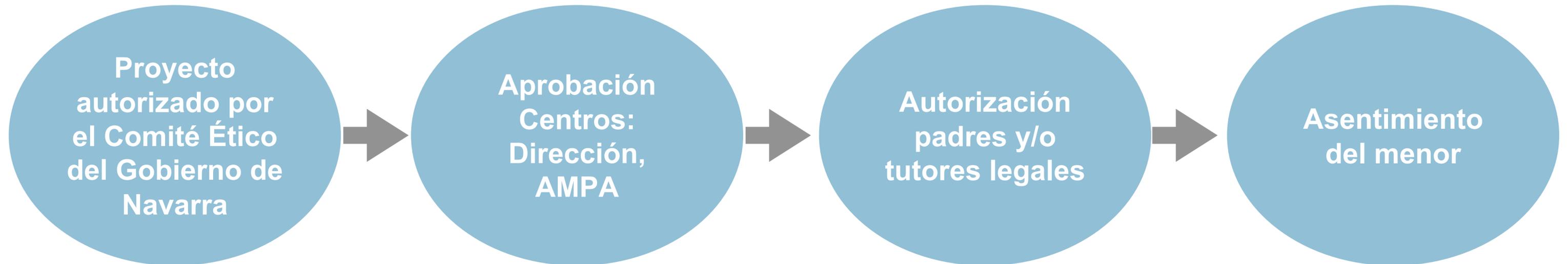
- Células bucales

## MEDICIONES DIRECTAS

Técnico en aula

# CONFIDENCIALIDAD TOTAL

## LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS



- Consentimientos informados individuales
- Hoja de información a padres y alumnos

Cuestionarios on-line

Muestras biológicas (ADN)

Historia Clínica

Expediente académico

De hecho, pueden negarse a dar consentimiento a acceso a Historia clínica y toma de muestras pero no a contestar el cuestionario, por ejemplo.