



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

**PLAN DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LAS
CONDUCTAS DEPRESIVAS EN ADOLESCENTES DE 1º, 2º Y
3º DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “!SAN
FRANCISCO DE ASIS” LOJA, AÑO 2010**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MASTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL.

AUTOR:

Dr. Pablo Tacuri Erazo

DIRECTORA:

Dra. Noemí Armijos

LOJA - ECUADOR
2011

CERTIFICACION:

Dra.

Noemí Armijos

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "PLAN DE INTERVENCIÓN PARA FORTALECER LA ARMONIA FAMILIAR DIRIGIDO AL BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA "SAN FRANCISCO DE ASIS" EN EL AÑO 2010", el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, octubre 2010

Dra. Noemí Armijos

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, Interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad del autor.

Loja, octubre del 2010

Dr. Pablo Vicente Tacuri Erazo

CI 11018181378

CESION DE DERECHO

Yo Pablo Tacuri Erazo, declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular De Loja Que en su parte textualmente dice:“ Forman parte del Patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos, científicos, o técnicos y tesis de grado que se realicen a través de o con el apoyo financiero, académico o institucional(operativo) de la Universidad”.

Loja, octubre del 2010

Dr. Pablo Tacuri Erazo

CI 1101811378

Autor

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi Dios Todo Poderoso. A la memoria de mis queridos padres. A mi esposa e hijos, quienes con su paciencia me ayudaron a seguir adelante, Así como a mi Directora de Tesis quien me oriento y guio hasta alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero y profundo agradecimiento al personal Docente y Administrativo Del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Particular de Loja, por la oportunidad brindada para el Mejoramiento y capacitación profesional, en especial a la Dra. Nohemí Armijos por su apoyo, infinita paciencia y grandes conocimientos. A las Autoridades, Personal Docente y estudiantes de la Unidad educativa San Francisco de Asís por la apertura Y colaboración prestada para la realización del presente trabajo.

El Autor

INDICE

CONTENIDO	Pag.
- Certificación	i
- Autoría	ii
- Cesión de Derecho	iii
- Dedicatoria	iv
- Agradecimiento	v
INDICE	
1.- Resumen	1
2.- Abstract	5
3.- Introducción	9
4.- Problematización	1
5.- Justificación	12
6.- Objetivos	21
7.- Marco Teórico	24
8.- Diseño Metodológico	26
9.- Resultados	70
10.- Conclusiones	77
	112

11.-Recomendaciones	115
12.-Bibliografía	118
13.-Anexos	123



RESUMEN

RESUMEN

La adolescencia es considerada como un proceso psicológico y sociocultural del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto, una etapa muy compleja en la vida de una persona donde la autoestima juega un papel muy importante.

La llegada de la adolescencia es uno de los momentos más trascendentales en la vida de un ser humano, en esta etapa el/la adolescente debe pasar por profundos y a veces difíciles cambios que algunas veces le producen ansiedad y depresión, estudios serios han determinado que estos estados depresivos si no son detectados y tratados tempranamente pueden llevar a ideas o tentativa de suicidio constituyéndose en una de las conductas más riesgosas del adolescente.

La prevención del riesgo de depresión es una tarea compleja y constituye a su vez un gran reto para el personal de salud, educativo y de la sociedad en general. La Unidad Educativa San Francisco de Asís de Loja (UESFA) no se aleja de esta realidad, al realizar un estudio que se llevó a cabo en el periodo académico 2009-2010, donde se evidencio en la consulta médica que los adolescentes del primero a tercer año de bachillerato de 15 a 19 años de edad presentaban estados de depresión y con riesgo de conductas suicidas, tal afirmación se la obtuvo a través de un encuesta reservada individual y con consentimiento informado donde se solicitó participar de forma ética, con la debida autorización del Rector de UESFA. Que fue aplicada a 236 estudiantes adolescentes mayores utilizando como herramienta diagnostica el Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) diseñado por King y Kowalchuk (1994); obteniéndose los siguientes resultados: 10 casos (4,24%) han intentado quitarse la vida, 9 que representan (3,82%) admitieron ideación suicida. Con el Cuestionario de Ambiente Social Familiar (FAS) de Moos (1974) se obtuvo en

174 (73,73%) en adolescentes mayores no existe comunicación (cohesión), falta de Expresividad 135 (57,20%), Referente a la Independencia 176 (70,34%) no perciben ese factor en su ambiente familiar, respecto a la recreación 182 (77,12%) no comparten este tipo de actividades, en cuanto al control familiar 127 (53,81%) de los adolescentes mayores no perciben con claridad las reglas familiares, y finalmente 60(25,42%) adolescentes mayores viven conflictos familiares

Al realizar las entrevistas sobre el tema a directivos y maestros de la UESFA, así como en las actividades y charlas con los padres de familia y adolescentes, se pudo determinar qué:

- Existe poco conocimiento, capacitación y sensibilización de Padres, comunidades educativas y adolescentes con respecto a la calidad de vida, autoestima, estados emocionales y del ánimo de este grupo etario para afrontar problemas.
- Existe poco conocimiento sobre valores y prácticas afectivas de los adolescentes y padres de familia de la UESFA.
- Ausencia de un programa de intervención práctico preventivo que alerte estados depresivos e induzcan conductas de riesgo suicida de los adolescentes de la comunidad educativa antes mencionada.

Por lo expuesto se hizo necesario e impostergable llevar a cabo un PLAN DE INTERVENCION PARA DISMINUIR CONDUCTAS DEPRESIVAS Y EVITAR COMPLICACIONES EN LOS Y LAS ADOLESCENTES; en el cual están involucrados docentes, médicos, psicólogos, el personal de servicios sociales, la familia y finalmente toda la sociedad, este trabajo en red permitirá formar jóvenes seguros de sí mismo, con elevada autoestima, con fe en el futuro.

Entre las actividades que se llevaron a cabo fueron talleres, charlas, mesa redonda y debate a la Unidad Educativa con la participación de directivos, maestros, estudiantes y padres de familia sobre diferentes tópicos relacionados con la prevención de conductas depresivas y factores de riesgo suicidas en adolescentes de la UESFA, el principal resultado fue la institucionalización de el Test diagnóstico **“Escala de Depresión” (M.M. Casullo, 1994), que será aplicado a los adolescentes por el personal del DOBE (médico, psicóloga, orientador/a social), de fácil acceso, claro y sencillo que alerte tempranamente de síndromes depresivos para intervenir oportunamente, constituyéndose esta unidad educativa en el primer establecimiento que cuenta con dicha herramienta diagnóstica y recomendar se amplíe a los demás establecimiento educativos de Loja y su provincia.**

El DOBE aplicó por primera vez el “Test de Depresión” la tercera semana de iniciado año lectivo 2010-2011 a 245 estudiantes del primero, segundo y tercero de bachillerato, matriculados y asistiendo, obteniéndose los siguientes resultados: puntuación baja en la escala de depresión (1-9 puntos) obtuvieron 19 estudiantes, con un 7,7% que corresponde a un estado de depresión menor o riesgo bajo; puntuación media en la escala de depresión (10-25 puntos) obtuvieron 175 estudiantes con 71,4%, corresponde a depresión media o riesgo medio; y finalmente puntuación alta en la escala de depresión (26-60 puntos), obtuvieron 51 estudiantes con 20,8% corresponde a depresión mayor o riesgo alto, es este grupo que debe ser intervenido urgentemente, por parte del DOBE, Psicólogo, Médico de la institución para brindar asesoramiento individual y familiar, rehabilitar al adolescente deprimido y el medio familiar al que pertenece, lo indispensable es fomentar seguridad y excelente autovaloración que le permita construir un proyecto de vida, puesto que, “Quién tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo”



Adolescence is considered a psychological and socio cultural process in which an individual experiences the transition from childhood to adulthood, very complex stage in the life of a person where self-esteem plays an important role.

The arrival of adolescence is one of the most momentous in the life of a human being at this stage the adolescent is going through profound and sometimes difficult changes that sometimes cause him anxiety and depression, serious studies have determined that these depressive states if not detected and treated early can lead to suicidal thoughts or attempt becoming one of the riskiest behaviors of adolescents.

Preventing the risk of depression is a complex task that is in turn a major challenge for health personnel, education and society in general. Education Unit San Francisco de Asis de Loja (UESF) not far from this reality, in conducting a study carried out in the academic year 2009-2010, which was evident during a medical consultation that adolescents of first to third year of high school from 15 to 19 years of age presented with depression and suicidal behavior, this statement was obtained, through a reserved individual survey and informed consent which applied to participate in an ethical manner, with due authorization UESF Rector. Was administered to 236 students using older adolescents as a diagnostic tool Suicide Inventory Guidelines (IOS) designed by King and Kowalchuk (1994), with the following results: 10 cases (4.24%) have attempted suicide, 9 which represent (3.82%) admitted to suicidal ideation. With the Family Social Environment Questionnaire (FAS) of Moos (1974) was obtained in 174 (73.73%) in older adolescents there is no communication (cohesion), lack of expressiveness 135 (57.20%), Concerning Independence 176 (70.34%) did not perceive this factor in their families, regarding the recreation 182 (77.12%) do not share this type of activity, in terms of family control 127 (53.81%) of older adolescents do not perceive clear family rules, and finally 60 (25.42%) older adolescents living family conflict.

In conducting interviews on the subject for managers and teachers of the UESF, as well as activities and discussions with parents and adolescents, it was determined that:

- There is little knowledge, training and sensitization of parents, educators, and adolescents about the quality of life, self esteem, emotional and mood states in this age group to tackle problems.
- There is little understanding of values and affective practices of adolescents and parents of the UESF.
- Lack of practical preventive intervention program that alerts induce depressive states and suicide risk behaviors of adolescents above the educational community.

For the above reasons it was necessary and urgent to carry out a plan of intervention to reduce depressive behavior and avoid complications in Adolescents, in which involved teachers, doctors, psychologists, social services staff, family and finally all society, this networking will become self-confident young people with high self-esteem, faith in the future. Among the activities carried out were workshops, lectures, round table discussion at the Education Unit with the participation of principals, teachers, students and parents on various topics related to the prevention of depressive behavior and suicide risk factors UESF adolescents, the main result was the institutionalization of the diagnostic test "Depression Scale" (MM Casullo, 1994), which will be applied to adolescents DOBE staff (doctor, psychologist, counselor / a social), easily accessible, clear and simple early warning of depressive syndromes stop timely intervention, the educational unit becoming the first facility with diagnoses and recommend this tool has been extended to other educational establishment and the province of Loja.

The DOBE first applied the "Test of Depression" began the third week of school year 2010-2011 to 245 students in first, second and third high school, enrolled and attending, the following results: low score on the depression scale (1-9 points) had 19 students, with 7.7%, which corresponds to a state of minor depression or low risk, average score on the depression scale (10-25 points) were 175 students with 71.4% Depression is for medium or medium risk, and finally high score on the depression scale (26-60 points), 51 students obtained 20.8% corresponds to major depression or high risk, it is this group who should undergo surgery urgently, part of DOBE, Psychologist, Doctor of the institution to provide individual and family counseling, rehabilitation in depressed adolescent and the family environment to which it belongs, it is necessary to promote safety and excellent self-assessment that allows you to build a life project, since " Who has a why to live, will almost always find the how"

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La llegada de la adolescencia es uno de los momentos más trascendentales en la vida de un ser humano, donde la familia tiene que cambiar su organización y amoldarse a las nuevas necesidades de sus integrantes. El contexto familiar es un factor esencial en el transcurso de la adolescencia considerada como un proceso psicológico y socio cultural del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto.

En esta etapa el/la adolescente cuando el ambiente que lo rodea no es propicio experimenta desesperanza lo cual conlleva a un “sentimiento de abandono castas-trófico”, situación que se puede evidenciar tanto físicamente como al aplicar un test que evalúe el estado emocional del adolescente.

Cada vez se observa una correlación más evidente entre la gravedad de la depresión con las rupturas sociales sobre todo con la familia y el grupo de congéneres que determina que el adolescente vaya incorporando formas ilógicas de solucionar sus dificultades algunas de ellas implican ideas suicidas que en la mayoría de los casos queda flotando en su mente, con la probabilidad de consumir el suicidio.

En la consulta médica realizada a los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís (**UESFA**), de la ciudad de Loja, mediante la aplicación de un test se pudo detectar: disminución del rendimiento escolar, problemas escolares, dificultades del aprendizaje o disciplinarios, presencia de signos somáticos como llanto, tristeza, inestabilidad de ánimo, angustia, comportamientos rebeldes, aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, indiferencia, signos que evidencian un estado de depresión que sirvieron para la construcción de la problematización.

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron socializados a los directivos de la comunidad educativa con la finalidad de hacer conciencia y aunar esfuerzos que permitan emprender en la

implementación de PLAN DE INTERVENCION PARA DISMINUIR CONDUCTAS DEPRESIVAS Y EVITAR COMPLICACIONES EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LA “UESFA” de la ciudad de Loja, con enfoque participativo, observando y analizando las diversas construcciones sociales sobre la familia y la adolescencia a través de la capacitación y sensibilización a la comunidad educativa padres de familia, docentes y estudiantes, a fin de disminuir la incidencia de jóvenes deprimidos y de esta manera eliminar conductas autodestructivas a veces suicidas en los adolescentes de esta institución Educativa, lo que servirá de guía o plan piloto a otras entidades educativas de nuestra localidad y provincia.

PROBLEMATIZACION

PROBLEMATIZACION

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital, donde el ser humano lleva a cabo tareas básicas y fundamentales que identifican a este período, y condicionan el desarrollo ulterior. Dentro de estas tareas se encuentran la consolidación de su propia identidad, autonomía y la construcción de su personalidad.

En esta etapa el joven pasa por cambios difíciles que algunas veces pueden generar ansiedad y depresión, estos estados depresivos si no son detectados y tratados tempranamente pueden llevar a conductas riesgosas del adolescente. La depresión es algo muy habitual y afecta a uno de cada ocho adolescentes, a personas de todos los colores, razas, posición económica y edad; sin embargo, pareciera afectar a más mujeres que hombres durante la adolescencia y la edad adulta.

Es importante una exploración psicopatológica minuciosa, especialmente en los primeros estadios de la adolescencia o cuando se perciba algún síntoma extraño en el adolescente.

Es necesario que tanto el profesional explorador como la familia, docentes, orientadores y psicólogos educativos conozcan claramente y sepan detectar oportunamente los diferentes síntomas que puede presentar un adolescente deprimido. Los estudiosos de la temática señalan los siguientes:

Estado de ánimo depresivo o irritable
Mal genio, agitación
Pérdida del interés en las actividades, apatía
Disminución del placer por las actividades diarias
Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras

Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo

Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria)

Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes

Somnolencia diurna excesiva

Fatiga

Dificultades para concentrarse

Dificultad para tomar decisiones

Episodios de pérdida de la memoria (amnesia)

Preocupación por sí mismo

Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo

Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados

Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común)

Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte

Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio

Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable

Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y causan una significativa perturbación o dificultad para desempeñarse, se debe buscar tratamiento.

En el estudio realizado a 240 estudiantes de 1º, 2º, 3º, año de bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís, en el período 2009-2010, se pudo evidenciar la presencia de varios de estos síntomas en un gran porcentaje de estudiantes, especialmente el bajo rendimiento académico con la consecuente pérdida de año, la encuesta aplicada recoge variables generales relacionados con síntomas específicos que sumados a las percepciones y actitudes, permiten diagnosticar claramente estados depresivos. Los resultados fueron los siguientes:

RESULTADOS

Resultado de la Encuesta Diagnóstica aplicada a los adolescentes de la Unidad Educativa “San Francisco de Asís”

Tabla No. 1

Síntomas	Resultados obtenidos	
	Frecuencia	%
Estado de ánimo deprimido o irritable (mal genio)	13	5.4%
Perdida del interés hacia sí mismo y hacia las actividades diarias (apatía).	92	38%
Cambios en el apetito	10	4,2%
Dificultad para conciliar el sueño	10	4,2%
Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo, culpabilidad	13	5.4%
Pensamientos de suicidio, miedo y/o preocupaciones obsesivas sobre la muerte.	7	2,9 %
Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable	26	10.8%

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa San Francisco de Asís
Responsable: Dr. Pablo V. Tacuri E /2009*

ANÁLISIS DE LA TABLA No. 1

Existe un gran porcentaje de jóvenes irritables, intercalado con periodos de tristeza, culpabilidad y un sentimiento de menosprecio a si mismo (5,4%), actitudes manifestadas en el trato interpersonal con sus compañeros, sus profesores y en el incumplimiento de tareas, tal como lo corroboran los docentes y profesor guía.

Es considerable el número de jóvenes que no tienen interés por sí mismo (38%) como responden ellos en la encuesta respectiva lo cual se puede confirmar al observar su apariencia física, y su actitud de apatía y desanimo.

También es preocupante, que al preguntar a los adolescentes sobre cambios en el apetito 10 jóvenes (4.2%) refirieron haber perdido del apetito en los últimos tiempos igualmente no podían conciliar el sueño y algunos de ellos indicaron en las repreguntas que pasaban noches sin dormir.

Aunque el grupo de adolescentes que tenían pensamientos suicidas y preocupaciones obsesivas sobre la muerte aparentemente es más bajo que los demás 7 (2,9%), sin embargo es preocupante ya que los psicólogos y psiquiatras manifiestan que toda persona que tiene intentos suicidas o pensamientos obsesivos sobre la muerte es casi seguro que va a intentar hacerlo en algún momento.

No menos importante es lo que se observa en este grupo de adolescentes el grado de irresponsabilidad (10,8%) especialmente cuando está cursando un estado de depresión que es manifestado por el incumplimiento de tareas y la poca importancia en el cuidado físico y general.

Todas estas actitudes observadas en las encuestas aplicadas a los adolescentes, posiblemente son la causa o el efecto de múltiples factores negativos igualmente observados en la misma encuesta pero en relación a la percepción que los adolescentes tienen sobre la actitud de sus padres y familiares. La mayoría de estos adolescentes refieren que existe poca confianza para expresar sus problemas debido al pobre dialogo o comunicación entre ellos y sus padres, poca o nulas expresiones de afectividad, exceso de cólera y agresividad causado por alcoholismo o drogas, muy común de estos adolescentes es la queja de recibir expresiones “no sirven para nada” “eres un inútil” o “eres flojo”, que determinan la desvalorización, otros factores que se evidencian son el autoritarismo de los padres o personas

allegadas que rompen los lazos afectivos familiares y sociales, así como la desorganización familiar causada en algunos casos por divorcios de los padres, la migración y la falta de la figura paterna, que llevan a alterar el clima y la armonía familiar y determine un joven desmotivado con baja auto-estima e induce a un estado depresivo que se constituye como hemos visto en un factor de riesgo de conductas suicidas para estos adolescentes que puede llevar a un joven a desear morir. (Tab. 2)

Factores de riesgo familiares (encuesta) para una conducta depresiva de los adolescentes de la Unidad Educativa “San Francisco de Asís”

Tab. No. 2

Factores de riesgo familiares		
	Total	%
Consumo excesivo de alcohol del padre y/o drogas	27	11%
Antecedentes familiares de intentoo suicidio	9	4%
Violencia intrafamiliar física y psicológica	70	29%
Muerte de padres	9	4%
Separación y divorcio de los padres y/o migración	48	20%
Pobre comunicación en la familia	58	24%
Dificultades para demostrar afectos (abrazos)	115	48%
Padres muy autoritarios	77	32%
Padres establecen exigencias desmedidas	44	18%
Las personas adultas en el hogar humillan	65	27%

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa San Francisco de Asís
Responsable: Dr. Pablo V. Tacuri E- 2009*

Es impresionante observar un porcentaje bastante grande (48%) de falta de afecto, que si bien no cuesta nada manifestar el cariño, sin embargo se aprecia una carencia de este valor tan importante como lo manifiestan estos adolescentes “no me quieren” y él “me quieren” no está en las cosas materiales sino mas bien en las manifestaciones afectivas, que está relacionado con la poca o nula comunicación entre los miembros familiares (24%)

Es muy frustrante observar un porcentaje alto de violencia entre los miembros de la familia (29%) que deja una huella marcada e imborrable en los hijos donde se observa que sus padres se agreden física y psicológicamente ya sea por consumo de alcohol y drogas (11%).

Es de lamentar que aun se observa padres muy autoritarios (32%), y que como consecuencia de esto son capaces de humillar a sus hijos (27%) y están siempre recabando muchas exigencias (18%) como manifiestan los estudiantes en mención que son “asfixiantes” e “intolerables”

La separación de sus padres causada por divorcio y/o emigración (20%), constituye un factor no menos importante en esta problemática familiar

Y por último un desenlace fatal; la muerte de un miembro de la familia sea el padre o la madre (4%), impresionantemente esta cifra, se relaciona con el intento de suicidio de algún miembro familiar o del adolescente que es lo que debemos evitar obligatoriamente.

Se logró evidenciar además el poco interés del personal docente por los problemas emocionales de estos adolescentes y una pobre comunicación maestro - alumno que se ve reflejado en un mal rendimiento académico en la Unidad Educativa “San Francisco de Asís”.

Una vez identificada la problemática, se contextualizó y esto permitió evidenciar que los factores de riesgo familiares están ligados unos con otros o

dicho de otra manera unos son consecuencia o causa del otro, generando un ambiente hostil, poco acogedor, maltratante y desconfiable para el adolescente que con sus inquietudes y miedos, busca refugio en otros espacios o se refugia en su propio yo, lo cual lo lleva a perder su autoestima y a la depresión desmotivándose en sus haceres personales y estudiantiles, por tanto es necesario identificar y aplicar estrategias que promuevan armonía familiar y este debe constituir un punto clave donde tiene que actuarse para lograr alcanzar jóvenes motivados con gran auto-estima, libres de ataduras depresivas en un clima familiar armónico y funcional y así lograr eliminar conductas y factores de riesgo en los y las adolescentes de la Unidad Educativa San Francisco de Asís de la ciudad de Loja.

La depresión en la adolescencia se presenta a través de toda una serie de conductas, que hay que atender desde el mismo inicio que se detectan, por las consecuencias que estas pueden tener.

El mundo adolescente con todo lo que este implica a nivel fisiológico, psicosocial, educativo y en muchas ocasiones, los escasos recursos con los que cuentan los y las jóvenes, para enfrentarlo de una forma efectiva, aunado a las pobres posibilidades de apoyo familiar, social, institucional, hacen que la depresión o la presencia de síntomas, sea muy frecuente durante el proceso adolescente. Se calcula que un 20% de la población mundial joven, podría padecer de depresión. El porcentaje es similar al que se espera en la población adulta.

Las investigaciones plantean mayores casos diagnosticados, en las adolescentes que en los adolescentes y señalan que es más frecuente entre los 13 a los 16 años. Sin embargo lo anterior puede ser altamente relativo. Entre los factores de causa existen factores médicos relacionados con neurotransmisión o cambios hormonales y factores relacionados con el estrés y

los factores psicosociales propios de nuestra cultura moderna y la forma como él o la adolescente enfrenta todo eso.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

Las conductas de riesgo identificadas en la problemática de los adolescentes y en nuestro país van cada día en aumento, lo cual se demuestra con la considerable frecuencia de morbilidad juvenil incluidas por lesiones auto-infligidas. Es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades, comunes. La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés es una tragedia que afecta no solo a los individuos, sino a la familia, a los padres, y a la comunidad en la cual vive el joven. Es considerado a menudo como un fracaso personal por los padres, amigos, maestros médicos y psicólogos que se reprochan muchas veces infundadamente a sí mismos el no haber percibido las señales de alerta.

Con esta propuesta se contribuirá a la construcción de una familia unida y saludable porque al observar adolescentes que asisten a la Unidad Educativa "San Francisco de Asís" a veces reflejado en sus semblantes sufrimientos y dolores invisibles con incidencia en bajo rendimiento académico, conductas irresponsables, ausencias escolares,

deserciones escolares, enfermedades típicas (dolor de cabeza, de estómago, desmayos), se conoce que en los programas educativos no se han incluido actividades que aborden problemáticas propias del adolescente como de convivencia familiar, no se han propuesto actividades de capacitación a la comunidad familiar y por lo que, con la presente propuesta se pretende en primer lugar dar a conocer los factores asociados a la conducta de riesgo y en segundo lugar implementar un programa afectivo familiar que ayude a disminuir los riesgos, la idea es actuar sobre todo a nivel de las familias, por lo que los padres de familia deberán conocer los factores que inciden en las conductas de riesgo de adolescentes y también recibir consejería sobre el manejo de sus hijos en esta difícil época de la vida y así juntos contribuir a establecer una familia unida y saludable.

El conocimiento de los factores pre disponentes que están incidiendo en esta problemática permitirá desarrollar planes de intervención.

La implementación de este proyecto de intervención contribuirá a disminuir la desesperanza, la baja autoestima, la incapacidad para afrontar emociones, la soledad y el abatimiento, Los resultados de este estudio se presentarán a las autoridades de la Unidad Educativa, para implementar la propuesta de intervención con un enfoque diferente al manejo de las adolescentes y padres de familia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminuir conductas depresivas y evitar complicaciones en los y las adolescentes de 1ros. 2dos. y 3eros. Años de bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís (UESFA), mediante un plan que promueva la participación de la comunidad educativa y la detección oportuna de riesgos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Promover la integración de la Comunidad Educativa, (padres de familia, docentes y estudiantes), a fin de coordinar la ejecución mancomunada del presente proyecto.
- 2.- Capacitar a la comunidad educativa, sobre prácticas y valores afectivos a fin de generar sensibilización y actitudes positivas frente al trato estimulante hacia los adolescentes.
- 3.- Institucionalizar la aplicación del Test Diagnóstico “Escala de Depresión” de M.M Casullo, a fin de identificar, alertar y tratar oportunamente estados de depresión en los adolescentes.

MARCO TEÓRICO

1 MARCO INSTITUCIONAL

La Unidad Educativa “San Francisco de Asís” está ubicada en el centro de la ciudad de Loja, provincia de Loja, al sur del Ecuador, en las calles **Imbabura 13-46 entre Bernardo Valdivieso y Bolívar**, junto al convento de la Comunidad Franciscana. Pertenece a la parroquia civil El Sagrario y en cuanto a la sectorización eclesiástica, a la parroquia San Francisco. Está rodeada de una serie de instituciones sociales, culturales y educativas entre ellas: Unidad Educativa “La Porciúncula”, Instituto “Antonio Peña Celi”, Unidad Educativa “La Dolorosa”, Instituto Técnico Superior “Daniel Álvarez Burneo”, etc.

NOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La designación de Colegio “San Francisco de Asís” se debe al hecho de que al estar regentado por la Comunidad Franciscana de Loja, perteneciente a la Orden Franciscana del Ecuador, preocupada por llevar la misión a todos los sectores de la sociedad, surgió la iniciativa de crear una institución educativa en representación de los ideales franciscanos por la educación de los pobres.

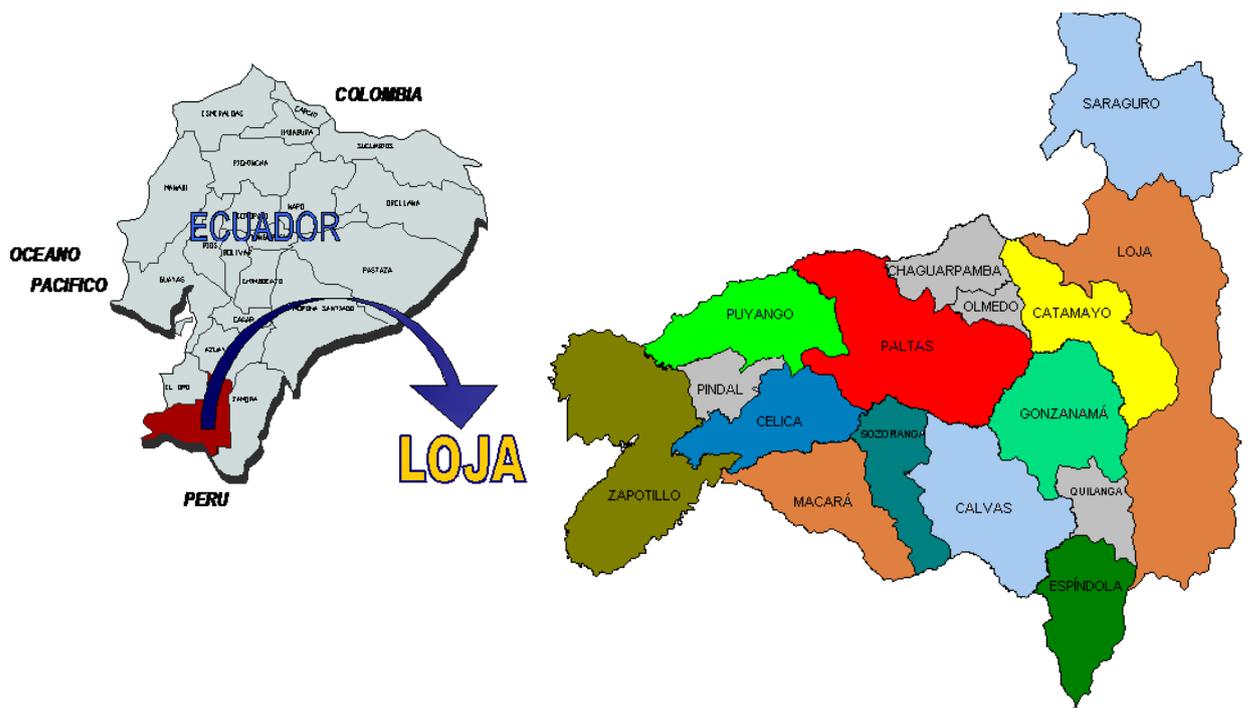
El Ministerio de Educación, mediante Decreto No. 3811 del 23 de mayo de 1984, aprobó el funcionamiento del Colegio “San Francisco de Asís”, en su calidad de Fisco misional. Se inició con el Primer Curso de Ciclo Básico y funcionó a partir de octubre del mismo año. Desde esta fecha y en forma progresiva se fue obteniendo las autorizaciones para el funcionamiento de los siguientes cursos de Ciclo Básico y Diversificado, en sus respectivas especialidades.

Mediante resolución No. 1456 del 16 de noviembre de 1998, se consiguió que la institución sea reconocida como Unidad Educativa “San Francisco de Asís”, adhiriéndose a la propuesta gubernamental de la reforma consensuada con la educación básica de 10 años, fomentando en los/as estudiantes fe, ciencia y cultura, es decir, el desarrollo integral.

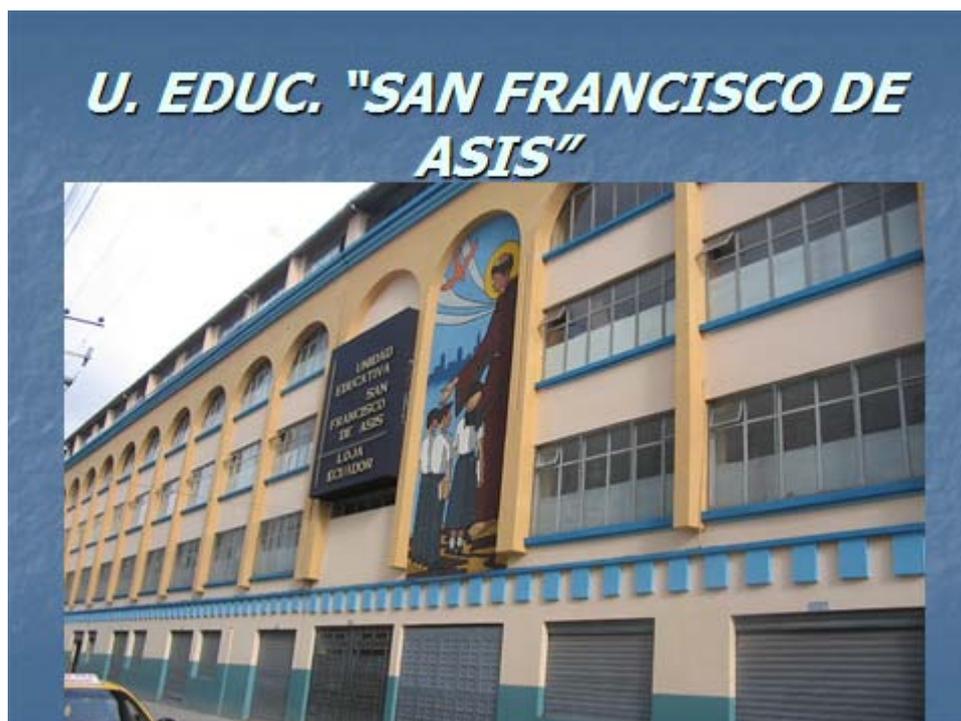
UBICACIÓN GEOGRÁFICA

DATOS GENERALES DEL ÁREA DE INFLUENCIA

CROQUIS DE UBICACIÓN PROVINCIAL Y CANTONAL



UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS LOJA



CARACTERÍSTICAS DEL ESTABLECIMIENTO:

Tipo:	Fisco misional
Sostenimiento:	Fiscal
Sexo:	Mixto
Jornada:	Matutina
Modalidad:	Presencial
Teléfono:	2571854
Fax:	2563252
Web:	www.uesfa-loja.com

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Los nuevos escenarios que presenta la educación en nuestro país, son de reserva, debido a que se ha convertido en una forma de dominio y control del ciudadano común, agudizando la pobreza, la delincuencia y la inseguridad ciudadana, entre otros aspectos, por la pérdida de fe y credibilidad que ofrecen las instituciones educativas, que no han cumplido con su rol protagónico de ser el dinamismo del desarrollo de los pueblos.

Es necesario enfrentar nuevos retos, para los cuales el ser humano debe estar preparado. Uno de estos desafíos es poner en vigencia actuales procesos de cambios curriculares, particularmente encaminados en lograr nuevos perfiles en el bachiller, los mismos que deben ofrecer a los estudiantes una formación de tipo académico elevado, tanto en la parte humanística como en lo técnico-científico.

En este contexto es importante desarrollar adecuadamente nuestra realidad interna, en torno a los aciertos, errores, dificultades, limitaciones en el desarrollo del currículo vigente, actividades de docentes, discentes, es decir, los sujetos del interaprendizaje, pero no solamente estos referentes son necesarios, sino también la realidad externa para contrastar lo que sucede con las diferentes propuestas educativas, en el ámbito internacional, nacional y local, a fin de recoger sus aciertos, imitarlos y potencializarlos, para así ofrecer una educación de calidad. El reto está planteado.

Considerando las necesidades socio – educativas, expectativas de los/las estudiantes y su entorno, planteamos un aprendizaje significativo y funcional, con la intención de incorporar la educación a los requerimientos de la dinámica, fomentando una educación integradora que coadyuve a satisfacer las necesidades actuales, con una formación científica, humanista y ofreciendo una formación integral y completa acorde a las necesidades y a los objetivos de la educación ecuatoriana en general y de nuestra institución en particular.

DESCRIPCIÓN DEL LOCAL

La infraestructura física está conformada por un edificio funcional de cinco pisos distribuidos para funcionamiento de la Unidad Educativa desde Primer Año de Básica, hasta Tercero de Bachillerato, utilizando 34 aulas de clase; y los siguientes departamentos: Inspección General, Médico, Biblioteca, DOBE (Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil), Laboratorios de: Química Biología, Ciencias Naturales, Física y computación, talleres de Mecánica, Electricidad, Sala de Profesores, salón de actos, salón auditorium, sala de audiovisuales, etc., baterías higiénicas, 2 canchas deportivas, así como dispone de un moderno edificio administrativo en donde funcionan: Rectorado, Vicerrectorado, Innovaciones, Secretaría, Colecturía, Biblioteca, Pastoral, sala de recepción a los padres de familia y sala de espera.

NÚMERO DE ESTUDIANTES: La Unidad Educativa UESFA tiene un total matriculados y asistiendo: 1099 estudiantes, distribuidos en las siguientes secciones:

ESTUDIANTES DEL UESFA PERIODO 2010-2011

SECCION	ESTUDIANTES
PRIMARIA	559
SECUNDARIA	540
TOTAL	1099

La Sección del bachillerato Primero, Segundo y Terceros corresponden a 251 estudiantes, distribuidos en los siguientes paralelos

ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO POR PARALELOS

BACHILLERATO	PARALELOS			SUBTOTAL
	“A”	“B”	“C”	
I	32	31	32	95
II	42	37		79
III	47	30		77
TOTAL				251

El lema Institucional es Educar para la vida, la democracia, la justicia, la paz y el bien, con conciencia ecológica. Bajo principios cristianos con profundo sentido humanista, ético y moral.

Formamos al estudiante integralmente, capaz de insertarse en la transformación del mundo, luchando por una sociedad más justa, solidaria y humana.

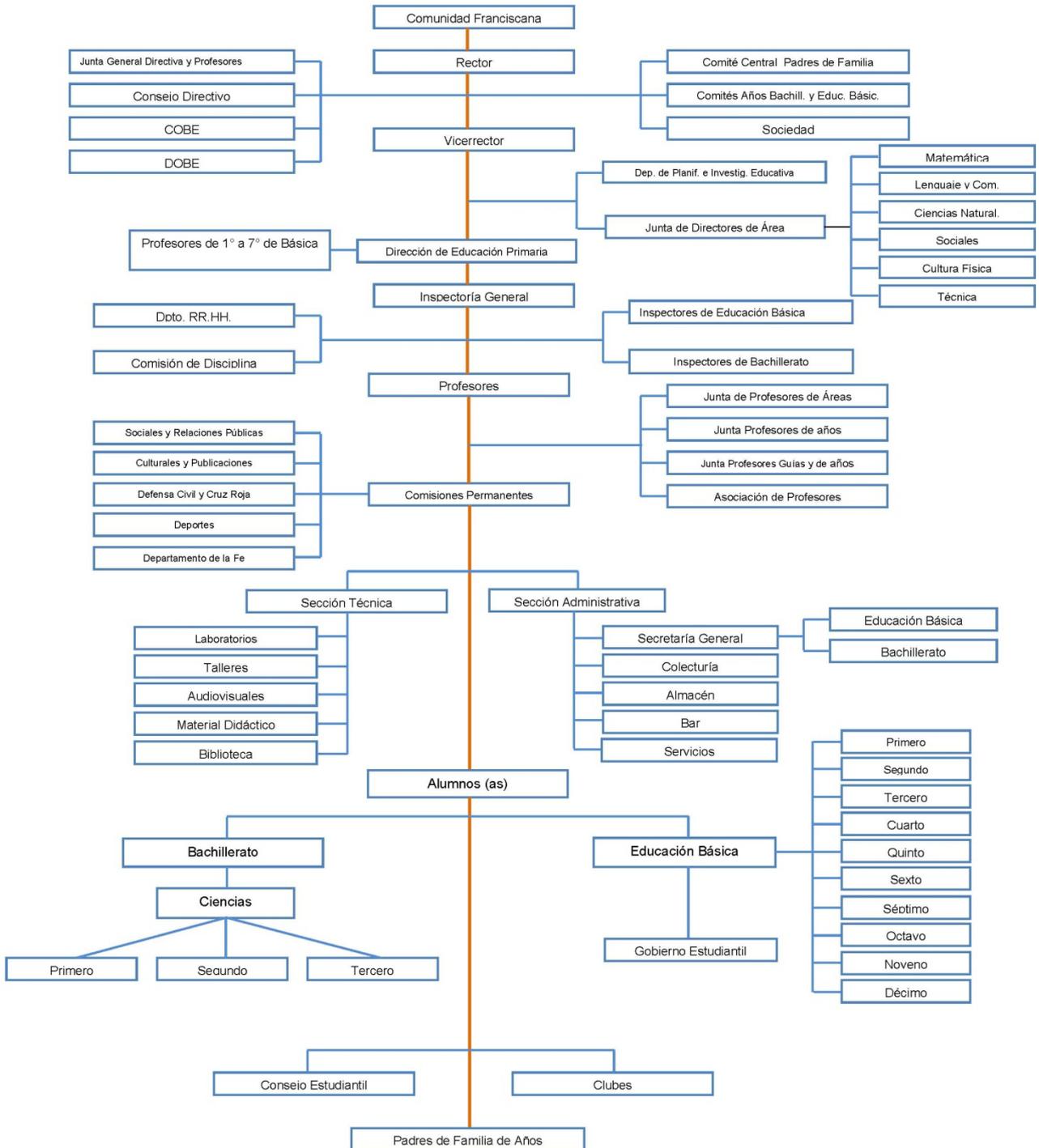
Ofertamos una educación de calidad, con recursos tecnológicos de punta y servicios educativos especializados dentro del ámbito educativo de su competencia.

Educamos para el desarrollo del pensamiento, la ciencia y la investigación.

Cultivar el espíritu comunitario respondiendo a las necesidades del otro.

Formar en valores franciscanos para el alcance de todos los agentes educativos convirtiendo a los/as estudiantes en las mejores semillas para educarlos/as y prepararlos/as para la VIDA.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



1. MISIÓN

La Unidad Educativa "San Francisco de Asís" en su calidad de fisco-misional para el servicio y beneficio de los sectores populares de la ciudad, deseosa de alcanzar la calidad educativa con aprendizajes significativos, se preocupa de formar estudiantes capaces de construir sus propios conocimientos, críticos y reflexivos preocupados por la investigación científica, promueve la formación integral de la niñez, juventud lojana, de la región sur del país, para que asuma actitudes creativas e innovadoras y que fundamente su vida en los valores y principios del evangelio.

2. VISIÓN

La Unidad Educativa "San Francisco de Asís" formará hombres y mujeres integrados/as consigo mismo, la naturaleza y con Dios desde la experiencia del carisma franciscano, orientados por la luz del evangelio, y como una institución pionera de la nueva educación, entregará bachilleres con conocimientos científicos y humanistas que incidirán en la transformación de la realidad, del contexto mundial, nacional y local, capaces de construir proyectos para el bien común, comprometiéndose en la erradicación de situaciones deshumanizantes en la defensa de la vida, de los derechos humanos, el desarrollo cultural, capaces de enfrentarse a los retos del nuevo milenio, promoviendo las relaciones de igualdad y equidad.

7.2. FUNDAMENTACION TEORICO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones

psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años¹.

Por los matices según las diferentes edades, a la “adolescencia se la puede dividir en dos etapas: *Adolescencia menor (10 a 14 años)*.”Biológicamente, es el periodo puberal, con grandes cambio corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física; *Adolescencia mayor (15 a 19 años)*Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente en momentos de riesgo”.²

Blos (1992) define que el término adolescencia se emplea para clarificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad misma que afecta el desarrollo de los intereses, la conducta social y la cualidad de la vida afectiva.

El clima emocional en el cual convive el menor es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para ser de un factor de riesgo.

¹Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

²Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: *Obstetricia y Perinatología*, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión.

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir «que su cuerpo es algo aparte de él». De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio. Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De acuerdo con Aberastury, durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, y c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo.

Detrás de la máscara de una adolescencia difícil, está el rostro de una sociedad difícil, hostil y que no desea comprender," A. Aberasturi". ³ (Rivero, s.f., para. 1)

El tema de la depresión es muy controvertido ya que éste se refiere a un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza, mismo que se presenta tanto en hombres como en mujeres de todas las clases sociales. Hablar de la depresión, sin duda alguna, es un tema que no se agotaría dadas las repercusiones que ésta tiene en todos los actos de nuestra vida diaria. La depresión en el adolescente es algo más común de lo que se supone, sobre todo hoy en día donde nuestra sociedad y los núcleos más directos que influyen en el adolescente, como la familia y la escuela, no le presentan los límites adecuados, no le permiten el definir su identidad y esta frustración frecuentemente los lleva a la depresión.

³ Rivero, s.f. Tomo 1-1997

CONCEPTO DE DEPRESION

Ya en la antigüedad, Hipócrates describió el estado psicológico que luego se llamaría depresión y que él designó como melancolía. Si bien no es necesariamente una enfermedad, la depresión suele estar relacionada con desórdenes mentales y físicos y se le considera la perturbación psiquiátrica más común. Afecta directamente el estado de ánimo presentándose una disminución en las actividades cotidianas de la vida. "Se manifiesta a través de falta de voluntad para hacer trabajos, tareas y demás actividades. En el lado afectivo, se expresa con tristeza, vacío existencial, auto culpa y soledad; en la mente se crea ofuscamiento, pesimismo, oscuros pensamientos e inseguridad." ⁴

Edward Bibring planteó un modelo de depresión que se basa en el conflicto que implica la expresión emocional el cual lleva a la vez a un estado de desvalidamiento e impotencia del yo. Según Bibring es característico de las personas que padecen de depresión:

- 1.- "El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- 2.- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- 3.- El deseo de ser bueno y amable." ⁵

Estos deseos de ser aceptados socialmente se contraponen al hecho de que la persona depresiva tiende a aislarse.

Hay múltiples factores que se asocian con la aparición, duración y recurrencia de la depresión.

a) Factores biológicos: los niños o adolescentes que tienen un padre o ambos padres deprimidos tienen dos y cuatro veces más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente. Frecuentemente se asocia con una baja de neurotransmisores cerebrales, más de la serotonina que de la adrenalina causado por alteraciones en el funcionamiento del hipotálamo y la secreción de hormonas por encima del nivel normal llevando a alteraciones endocrinas e inmunológicas.⁶

⁴ Anónimo, 2001, 6 de junio, Tomo 2

⁵ citado en Rivero, s.f., Tomo 3

⁶ Guerra, 2000

b) Factores socioculturales: son factores externos como los familiares e incluyen depresión en los padres, conflicto o divorcio y muerte precoz de un padre, situaciones que generan estrés y causan trastornos afectivos por la pérdida de los lazos de unión.

c) Factores psicológicos: derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que ésta es la etapa en la cual el niño es susceptible a trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez las cuales si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo.⁷ Estos se exteriorizan como sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. Se pueden acompañar de "varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer."⁸

⁷ Idem

⁸ Any, s.f., Cap.. 10



DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno en el orden afectivo o del humor, de aparición muy frecuente a nivel mundial e incapacitante, que se caracteriza por la disminución del interés en cosas o actividades que solían ser placenteras (anhedonia), situación que se puede acompañar por una serie de signos y síntomas que afectan el estado de ánimo, la capacidad de reflexión y de pensamiento, así como también los sentimientos. Estas alteraciones deben manifestarse durante al

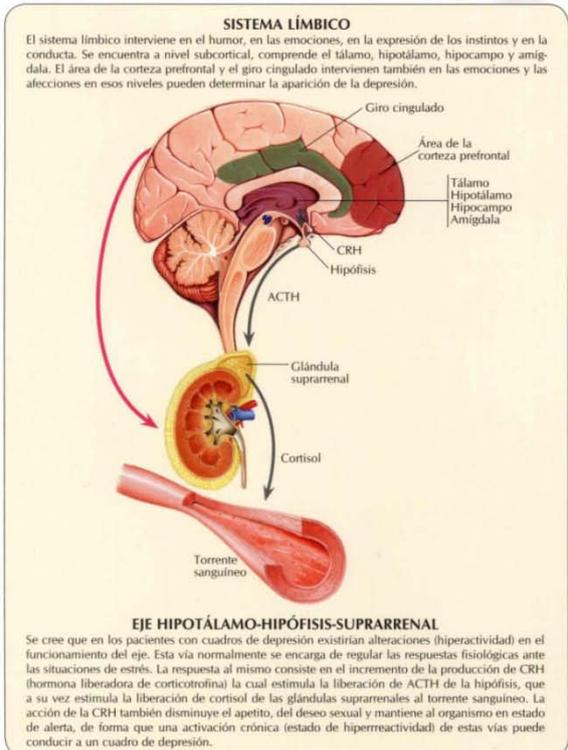
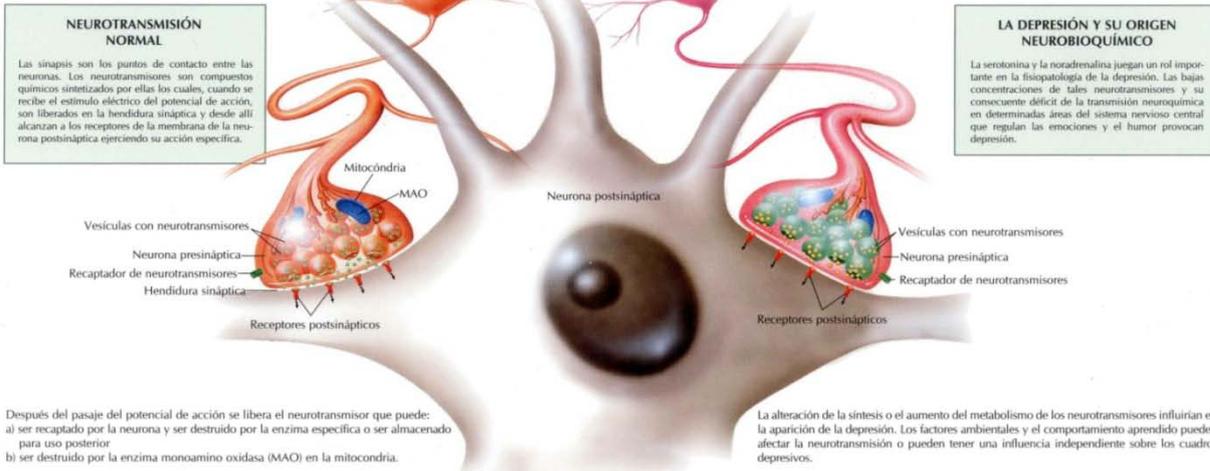
menos dos semanas. La causa de la depresión se debería a la alteración de la síntesis de algunos neurotransmisores específicos o a un aumento de su metabolismo a nivel de determinados sectores del sistema nervioso central. No obstante, la influencia de distintos factores tales como el estrés, el consumo de sustancias tóxicas, enfermedades físicas y alteraciones emocionales pueden contribuir a la aparición del cuadro.

FACTORES DE RIESGO

- Sexo femenino: la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres y los cuadros de distimia o depresión posparto aumentan el riesgo.
- Edad: por lo general los cuadros de depresión se manifiestan en la segunda década de la vida.
- Antecedentes familiares.
- Uso de sustancias tóxicas (drogas, alcohol).
- Situaciones de estrés.
- Enfermedades
- Menopausia

FISIOPATOLOGÍA

Se postulan como posibles causas de la depresión la aparición de alteraciones en el sistema límbico a nivel de la relación entre el neurotransmisor y su receptor. Los neurotransmisores involucrados son la norepinefrina y la serotonina, secundariamente la dopamina, la acetilcolina y el ácido γ -amino butírico. Se sabe que la falta de acción de los neurotransmisores causa síntomas: la falta de norepinefrina produce letargia y embotamiento, la disminución de serotonina causa irritabilidad, agresividad e ideas de suicidio.



TIPOS DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN MAYOR
Se manifiesta con la presencia de 5 o más síntomas en un lapso de al menos dos semanas.

DISTIMIA
Incluye síntomas más leves y de mayor duración que los de la depresión mayor. Se define por la presencia de dos síntomas durante un periodo de al menos dos años.

TRASTORNO BIPOLAR O ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA
Trastorno que se caracteriza por la existencia de cambios cíclicos del ánimo en los cuales se alternan fases de euforia y ánimo elevado (manía) con fases de ánimo disminuido (depresión).

SÍNTOMAS

- Animo depresivo durante la mayor parte del día y casi a diario
- Anhedonia (incapacidad para disfrutar o pérdida de interés por actividades que antes resultaban gratas)
- Cambios en el apetito con la consecuente disminución o aumento de peso
- Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia)
- Fatiga
- Retardo o agitación psicomotor
- Baja autoestima
- Dificultades para la concentración y la toma de decisiones
- Sentimientos de tristeza, culpa, miedo, inutilidad y desamparo
- Llanto fácil
- Ideas de muerte o de suicidio

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS

- Depresión maníaca
- Esquizofrenia
- Trastornos esquizoafectivos
- Trastornos psicofisiológicos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedades cerebrales orgánicas
- Trastornos endocrinos
- Enfermedades hepáticas y renales
- Neoplasias
- Síndrome de fatiga crónica
- Lupus
- Deficiencias de vitaminas
- Anemia
- Efectos colaterales de medicamentos
- Abuso de sustancias tóxicas
- Abstinencia de uso de sustancias tóxicas

DIAGNÓSTICO
Existe una diversidad de pruebas específicas de la que dispone el profesional especialista para evaluar al paciente y llegar al correcto diagnóstico. Ante la sospecha de un cuadro depresivo se deberá complementar el uso de estas pruebas con una revisión clínica completa y análisis de laboratorio para descartar alteraciones orgánicas.

Tipos de depresión

Los tres tipos más comunes de depresión son:

a) Depresión severa o mayor se presenta con una combinación de síntomas que interfieren o disminuyen la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer. Es el no disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Generalmente cuando se presenta es muy incapacitante y puede ser una sola vez o en varias ocasiones⁹

b) La distimia, es un tipo de depresión de menor gravedad, presenta síntomas crónicos de menor afectación incapacitante pero sí interfiere con el buen funcionamiento y bienestar de la persona que la padece.¹⁰

c) El trastorno bipolar, conocida también como enfermedad maniaco depresivo, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo, rápidos o graduales del estado eufórico o ánimo elevado al depresivo o ánimo bajo. En la fase depresiva, la persona puede presentar uno, varios o todos los síntomas de la depresión mientras que en la fase maníaca puede presentar una gran cantidad de energía que se traduce en hiperactividad. En esta fase frecuentemente se ve afectado el pensamiento y el juicio de la persona. Este tipo de depresión no es tan frecuente como los otros dos casos.¹¹ En algunas personas, la depresión puede ser intensa y manifestarse en forma de ataques que duran semanas. Para otras, la depresión puede ser menos severa, pero persistir de manera no aguda durante años.

Los médicos que tratan la depresión hacen una distinción entre estas dos formas: la más severa y de menor duración se diagnostica como depresión mayor, y la de mayor duración pero menos severa, como distimia.

Una tercera forma de depresión que puede llegar a diagnosticarse es el trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Alude a una reacción depresiva ante un acontecimiento específico de la vida (como una muerte, un divorcio u otra pérdida), cuando la adaptación a la pérdida toma más tiempo del que normalmente se espera o cuando es más severa de lo esperado e interfiere en las actividades diarias de la persona.

⁹Catholic Health System, 2005

¹⁰ Idem

¹¹ Idem

El trastorno bipolar (a veces, también denominado "enfermedad maníaco depresiva") es otra afección depresiva que involucra períodos de depresión mayor combinados con períodos de manía. Manía es el término utilizado para describir un ánimo exaltado y explosiones exageradas de energía y actividad poco usuales.

TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar o enfermedad maníaco-depresiva es una enfermedad psiquiátrica de orden afectivo en la cual el paciente presenta episodios de manía y de depresión, en forma sucesiva o con intervalos libres de manifestaciones. En la aparición de la patología estaría involucrada la predisposición genética a la que contribuirían

distintos factores relacionados con el estrés. El pronóstico de la patología depende de la frecuencia de aparición de los cuadros maníacos y depresivos. A veces estos episodios se crifican y promueven la aparición, con el transcurso de los años, de algún tipo de deterioro de la personalidad.

ETIOLOGÍA

Sobre la base de la predisposición genética existen diversos factores que desencadenen el cuadro:

- Factores biológicos: alteraciones a nivel del metabolismo de determinados neurotransmisores
- Factores metabólicos: alteraciones hepáticas, renales o endocrinológicas
- Factores psicológicos: trastornos psicológicos profundos, estrés
- Factores socioculturales: se trata de factores ambientales y de relación familiar

FISIOPATOLOGÍA

En los cuadros maníaco-depresivos se encontraría alterado el metabolismo de algunos neurotransmisores del sistema nervioso central (SNC): serotonina, norepinefrina y dopamina. En estudios de resonancia magnética efectuados a pacientes con trastorno bipolar, se encontraron alteraciones a nivel cerebral en áreas corticales prefrontales, en el cuerpo estriado y en la amígdala.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes familiares
- Uso de sustancias tóxicas
- Trastornos de ansiedad (anorexia nerviosa, bulimia, ataques de pánico, fobias)

DIAGNÓSTICO

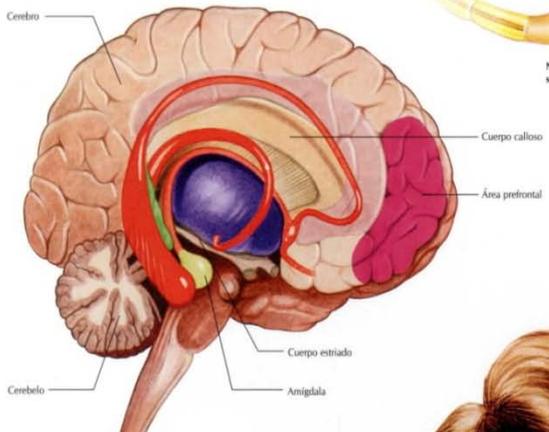
Se arriba al diagnóstico de trastorno bipolar en base a la clínica. Se debe realizar la consulta con el especialista de inmediato debiéndose descartar antes otras causas que puedan originar los signos y síntomas.

Signos y síntomas de manía:

- Distracción
- Insomnio
- Excesiva autoestima
- Agitación
- Taquipsiquia que puede llegar a la fuga de ideas
- Habla excesiva
- Actividades que implican riesgos sin medir las consecuencias

Signos y síntomas de depresión:

- Humor depresivo durante gran parte del día
- Anhedonia
- Falta de concentración
- Fatiga
- Alteraciones en el sueño
- Alteraciones en el apetito
- Ideas de muerte o de suicidio
- Retardo o agitación psicómotrices



En los estudios por imágenes efectuados a pacientes con trastorno bipolar, se hallaron alteraciones a nivel de la corteza prefrontal, el cuerpo estriado y la amígdala.

CUADRO CLÍNICO

El paciente afectado sufre de episodios de exaltación o maníacos alternados con otros de depresión.

La fase maníaca se caracteriza por:

- Exaltación del estado de ánimo
- Taquipsiquia (pensamiento acelerado) con rápida asociación de ideas que puede llegar hasta la "fuga de ideas" (consiste en una sucesión rápida de pensamientos fragmentados o del habla). El contenido cambia en forma acelerada y se puede llegar a la incoherencia. Es típico de las manías.
- Incremento de la actividad motriz debido a la necesidad de movimiento del paciente, producto de la gran estimulación psíquica.

La fase depresiva se caracteriza por los episodios típicos de los pacientes depresivos:

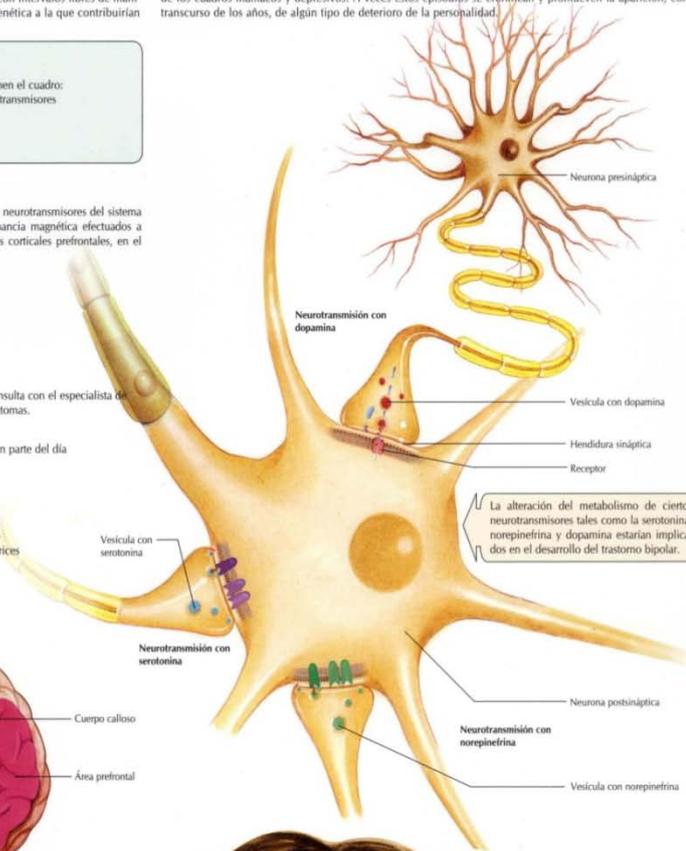
- Anhedonia
- Fatiga
- Pensamientos negativos y de tristeza
- Dificultades para la concentración
- Llanto fácil

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Tumores cerebrales
- Intoxicaciones
- Enfermedades orgánicas
- Trastornos esquizoafectivos

Referencia:
 • C. Picolo Vallis. Trastorno Bipolar (enfermedad maníaco-depresiva). En: Medicina Interna Farnesio Barman, 11ª edición, 2005, pp. 1399-1400
 • Akonadi S. L. M.D. Bipolar I Disorder. In: The 34th Annual Clinical Council 1778. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2008, pp. 142-143
 • Akonadi S. L. M.D. Bipolar II Disorder. In: The 34th Annual Clinical Council 1779. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2008, pp. 144-145

© 2009 Anep Producciones S.A. www.ahkedi.org/temas/psiquiatria/ Director Eduardo Bergamini. Buenos Aires, Argentina. Hecho el depósito que marca la ley 11.723. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin el permiso por escrito del dueño del copyright.



La alteración del metabolismo de ciertos neurotransmisores tales como la serotonina, norepinefrina y dopamina estarían implicados en el desarrollo del trastorno bipolar.



Los pacientes con trastorno bipolar sufren episodios de manía alternados con episodios de depresión.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

Éstos son algunos de los síntomas que las personas manifiestan cuando están deprimidas:

- * estado de ánimo deprimido o tristeza la mayor parte del tiempo (para lo que no parecería haber motivos)
- * Falta de energía y sensación de cansancio permanente
- * Incapacidad para disfrutar de cosas que antes provocaban placer
- * Desinterés por estar con amigos y familiares
- * Irritabilidad, enojo o ansiedad
- * Incapacidad para concentrarse
- * Pérdida o aumento considerable de peso
- * Cambios considerables en los patrones de sueño (incapacidad para dormirse, permanecer despierto o levantarse por la mañana)
- * Sentimientos de culpa o de inutilidad
- * achaques (aunque físicamente todo esté bien)
- * Pesimismo e indiferencia (no darle importancia a nada ni en el presente ni a futuro)
- * Pensamientos de muerte o suicidio

Cuando alguien tiene cinco o más de estos síntomas la mayor parte del tiempo durante dos o más semanas, esa persona probablemente está deprimida. A veces, las personas atraviesan ataques en los que estos síntomas son realmente intensos; otras veces, estos mismos sentimientos pueden estar presentes a una menor escala todo el tiempo durante años. Algunas personas sólo tienen un episodio depresivo, o pueden llegar a tener más de uno después de haberse sentido mejor por un tiempo. Cuando una persona tuvo más de un ataque de depresión severa, un médico le diagnosticará un trastorno depresivo mayor.

Los adolescentes que están deprimidos también pueden manifestar otras señales de advertencia o síntomas. Pueden aumentar sus problemas escolares debido a inasistencias, falta de interés o motivación, o concentración deficiente y baja energía

mental a causa de la depresión. Algunos adolescentes directamente abandonan la escuela, ya que suponen que van a fracasar a causa de sus problemas.

Para los adolescentes deprimidos que ya de por sí son autocríticos y sufren de baja autoestima, un fracaso escolar puede llegar a ser algo intolerable. Quizá no se den cuenta de que la depresión les está causando problemas de concentración y sus pensamientos negativos probablemente los están llevando a suponer erróneamente que son tontos. También puede llegar a expresar sus sentimientos de ira o indiferencia bebiendo o consumiendo drogas.

Algunos adolescentes con depresión también tienen otros problemas que pueden intensificar sus sentimientos de inutilidad o sufrimiento. Los adolescentes que se cortan a sí mismos, los que tienen marcados sentimientos de fealdad y los que sufren trastornos de la alimentación pueden llegar a estar sufriendo una depresión no reconocida que requiere atención.

Toda persona tiene fluctuaciones del estado anímico y la tristeza ocasional es una emoción normal. Las tensiones normales de la vida pueden llevar a los adolescentes a sentirse tristes de vez en cuando. Eventos como una discusión con un amigo, una separación, un mal resultado en un examen, no ser elegidos en un deporte, la mudanza de un amigo fuera de la ciudad o la muerte de un ser querido pueden derivar en sentimientos de tristeza, dolor, desilusión o aflicción. Estas reacciones suelen ser breves y desaparecen con el tiempo y el afecto.

En cambio, la depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor de tanto en tanto. La depresión es un estado de ánimo intenso que involucra tristeza, desánimo, desesperanza o desesperación; que dura semanas, meses o incluso más, y que afecta la capacidad de la persona de realizar sus actividades habituales.

La depresión afecta los pensamientos, la perspectiva y el comportamiento de la persona, así como su estado de ánimo. Además del sentimiento de depresión, la persona deprimida también puede sufrir otros síntomas, como cansancio, irritabilidad y cambios en el apetito.

Cuando una persona sufre de depresión, el mundo parece sombrío, y los pensamientos de esa persona reflejan la desesperación y el desamparo que siente. Las personas con depresión tienden a manifestar pensamientos negativos y autocríticos. Algunas veces,

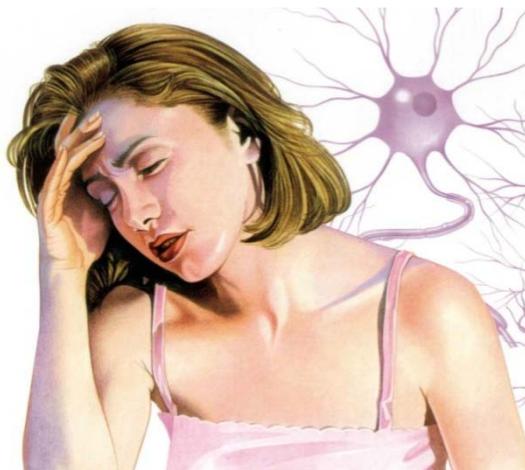
más allá de su valor real, las personas con depresión pueden sentirse inútiles y no queridas.

La depresión puede nublarlo todo y hacer que hasta los pequeños problemas parezcan abrumadores. Las personas deprimidas son incapaces de ver un futuro brillante y se sienten sin fuerzas para cambiar las cosas para mejor. Pueden sentir deseos de darse por vencidos. Pueden llorar por cosas sin importancia o incluso sin ninguna razón.

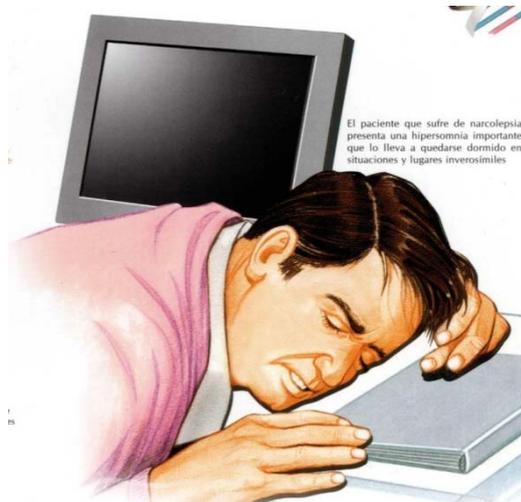
A causa de sus profundos sentimientos de tristeza y de su poca energía, las personas con depresión a veces se alejan de las personas que los rodean o de las actividades que alguna vez disfrutaron. Esto sólo hace que se sientan más solos y aislados, lo cual empeora la depresión.

La depresión puede ser leve o severa. En el peor de los casos, la depresión puede generar sentimientos de desesperación tan profundos que la persona piensa en el suicidio.

La depresión también puede provocar síntomas físicos. Cuando están deprimidas, algunas personas sienten malestar estomacal, falta de apetito, aumento o pérdida de peso, dolores de cabeza y problemas para dormir.



Estado de ánimo deprimido o tristeza
la mayor parte del tiempo



Cambios considerables en los patrones de sueño

La Depresión en la Adolescencia

Durante la adolescencia se puede presentar la depresión. Esta se caracteriza porque se presentan sentimientos persistentes de tristeza y desánimo además de que comúnmente se presenta una pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas, en el caso del adolescente, las escolares. Generalmente en ellos, la depresión es transitoria y es una reacción usual a muchas situaciones y factores que les generan estrés. "Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres"¹². Por otro lado, factores externos que acentúen el estrés como una muerte, el maltrato infantil, la ruptura con el novio o la novia, el abuso por parte de compañeros e inclusive el fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una percepción negativa de la vida pueden desencadenar una depresión. Ésta puede tener

¹²Goldenring, 2005, Cap. 2

efectos en el crecimiento y desarrollo, el desempeño escolar, las relaciones con iguales y la familia y puede llevar inclusive al suicidio.¹³

Sin embargo, a pesar de los factores externos, son básicamente los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad y sus efectos en el estado anímico y psicológico los causales de que se pueda presentar la somatología de la depresión. "En este período existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos"¹⁴. Son muy comunes en esta etapa del desarrollo las variaciones en los estados de ánimo. Hay momentos en que para el adolescente el mundo es un lugar maravilloso y en el siguiente instante odia todo lo que se encuentra a su alrededor. Igualmente, el adolescente se encuentra desubicado en el tiempo. El vive primordialmente en el presente y busca manejarlo. Todas estas situaciones son comunes a su desarrollo psicológico lo que dificulta el diagnosticar la depresión.

Igualmente se considera que factores genéticos influyen en presentar síntomas depresivos sin saberse si la causal es genética o una conducta aprendida del padre depresivo. Los factores biológicos que afectan se relacionan con los neurotransmisores, como una deficiencia en norepinefrina o serotonina. Igualmente, se asocia con esta enfermedad anormalidades hormonales como una hipersecreción de cortisol, hormona que permite controlar el estrés.¹⁵

En la adolescencia los síntomas depresivos se llegan a manifestar de distinta manera. Algunos jóvenes tienden a vestirse de negro, sin embargo esto también puede ser una moda, o escriben poesías melancólicas o les gusta la música de contenido depresivo. Muchos adolescentes presentan problemas de sueño. Llegan a pasarse toda la noche viendo televisión y luego tienen

¹³Bhatia&Bhatia, 2007; Davis, 2005

¹⁴Rivero, s.f., Cap. 8

¹⁵Davis, 2005

problemas para levantarse por la mañana o se quedan dormidos durante el día. Frecuentemente también se presentan cambios en los hábitos alimenticios, siendo esto más común en las chicas. Dejan de interesarse por las actividades que antes les gustaban y se empiezan a aislar socialmente¹⁶. Adicionalmente, durante este período de transición el adolescente está en la búsqueda de su identidad y busca definir sus valores propios. Todo lo anterior los suele hacer más "susceptibles y tener pensamientos erróneos como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema como drogas y la delincuencia, etc."¹⁷.

Generalmente, en los adolescentes la depresión se manifiesta de manera diferente a la del adulto. Ellos son más renuentes a expresar sus sentimientos y la sintomatología observada puede ser común a la típica del adolescente como el aburrimiento o la continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de esta depresión conocida como oculta pueden ser "la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro"¹⁸. Los factores de riesgo de ser depresivo pueden ser biomédicos o psicosociales. Aproximadamente dos terceras partes de los jóvenes que presentan una depresión mayor tienen otros desórdenes mentales. Los más comunes son el desorden distímico, la ansiedad, el déficit de atención y al hiperactividad, así como el abuso de sustancias nocivas como las drogas.¹⁹. Muchas veces estos desórdenes secundarios a la depresión ocultan la sintomatología de la misma haciendo más difícil el diagnóstico.

Existen diferentes grados de depresión. En algún momento de su vida hasta el 15% de los niños y adolescentes presentan síntomas depresivos. Una depresión mayor en niños y adolescentes se desarrolla en un promedio de siete a nueve meses. La depresión mayor o severa está presente en el 3 al 5%

¹⁶Santrock, 2004

¹⁷Any, s.f., para.100

¹⁸Idem

¹⁹Bhatia&Bhatia, 2007

de los adolescentes. La incidencia de la depresión aumenta en la pubertad y en las niñas los casos de depresión son el doble del de los niños, esto probablemente asociado a los cambios hormonales.²⁰. "Lo que preocupa a los psicólogos y psiquiatras es el hecho de que el riesgo de padecer depresión entre los jóvenes es 10 veces mayor ahora que a principios de siglo. Esto se debe en gran medida a la frustración por la falta de una actividad productiva laboral y social".²¹. Aquí se denota también la influencia del contexto social. Los jóvenes que proceden de un medio socioeconómico bajo, donde las familias son disfuncionales como en el caso de divorcio y si además uno de los progenitores no tiene trabajo, tienen pocas esperanzas de tener una vida feliz y provechosa.

La depresión se puede presentar de dos formas diferentes. La primera, semejante a un estado de aflicción, se caracteriza porque el adolescente percibe una falta de sentimientos y una sensación de vacío debido que no los puede manejar o expresar. La segunda es desencadenada por los factores externos de experiencias de derrota o fracaso.

Siendo la adolescencia una etapa crítica y conflictiva en el desarrollo del adolescente, sobre todo en el aspecto emocional muchas veces ellos presentan conductas no adecuadas y manifiestan su falta de madurez, sobre todo en lo referente al manejo de las relaciones sociales. Es la etapa en la que ellos tienen que desprenderse de los padres en la búsqueda de su identidad. Muchas veces una reacción depresiva puede ser detectada porque una "hostilidad dirigida hacia los padres, se desvía hacia sí mismo y las tendencias de auto desprecio se relacionan en última instancia con el deseo de destruir la imagen idealizada de los padres, por quienes el niño se siente traicionado"²². Frecuentemente estos síntomas se confunden con reacciones normales del adolescente como las fluctuaciones de su estado anímico. Su estado de

²⁰Idem y Davis, 2005

²¹Anónimo, 2001, 6 de junio, Cap. 6

²²Rivero, s.f., Cap. 12

dependencia para con sus padres no se ha resuelto y entonces se puede observar "una relación diádica intensa con la madre que a veces produce un vínculo de tipo dependiente y simbiótico; en otras ocasiones se plantea como una relación sadomasoquista llena de ataques hostiles a la familia y a las autoridades externas"²³. Los padres muchas veces son incapaces de diagnosticar a la depresión ya que la consideran una actitud rebelde común del adolescente. La misma situación se puede presentar en la escuela, donde el docente todavía tiene menos conocimientos sobre los problemas psicológicos de los adolescentes y él igualmente malinterpreta las reacciones.

Los síntomas depresivos experimentados durante la adolescencia permiten predecir con gran exactitud problemas similares en la etapa adulta²⁴. Por ello es de suma importancia tomar en serio la depresión adolescente. Los adolescentes a quienes se les diagnostica una depresión tienen más probabilidad de experimentar el problema de forma recurrente durante la etapa adulta que aquellos a quienes no se les diagnosticó este problema. Se calcula que el 50% de los adultos que sufren de depresión, presentaron síntomas en la infancia o la adolescencia.²⁵

"Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, la sobrepasan en auto destructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo"²⁶. En la infancia y adolescencia

La depresión en la niñez se empezó a reconocer sólo en los años 70. El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la

²³Rivero, s.f., Cap 13

²⁴Santrock, 2004

²⁵(Davis, 2005)

²⁶Rivero, s.f., para. 10)

infancia es del 1-2 por ciento y, en la adolescencia, del 4-5 por ciento.²⁷ El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc.²⁸ El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos para suicidas, etc.). Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo.

SITUACIÓN FAMILIAR Y EVENTOS VITALES ADVERSOS.

La situación de la familia del adolescente con conductas de riesgo, garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia. Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.

²⁷Depresión, un mal del siglo 21-guayaquil/8491

²⁸ (Davis, 2005)

- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura. Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas. Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.

Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza. Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los siguientes rasgos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta Disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realísticamente. Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos. Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza. Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Cualquiera, pero especialmente los adolescentes en un momento especial de la vida, pueden llegar a pensar que esta no tiene sentido y ante situaciones como un embarazo oculto no deseado, enfermedades físicas con limitaciones o enfermedades mentales, la pérdida de una relación valiosa y las dificultades comunes de la vida diaria, hacen que el adolescente poco tolerante adquiera una conducta riesgosa como el suicidio, como única solución a sus problemas.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se cuentan: la depresión, aislamiento emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, fantasías románticas, gusto

por el peligro, abuso de drogas y alcohol, y disponibilidad de armas de fuego y otros elementos de autodestrucción. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado. La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Por lo expuesto los adolescentes son probablemente el grupo etario más propenso a las conductas de riesgo de esta naturaleza.

En conclusión es deber de la familia, los maestros, la comunidad y la sociedad brindar asistencia en todo sentido a los adolescentes que comprende intervenciones psicoterapéuticas, sociofamiliares y farmacológicas. Según algunos estudios la prevalencia del trastorno depresivo varía del 8 al 25% en la población mundial. Aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos, o cerca de 9.5 por ciento a la edad de 18 años de la población de los E.E.U.U. tienen un desorden depresivo. Un desorden depresivo afecta casi dos veces a tantas mujeres (12.0 por ciento) como hombres (6.6 por ciento) cada año. Estas figuras traducen a 12.4 millones de mujeres y a 6.4 millones de hombres en los E.E.U.U.²⁹

La depresión en la adolescencia se presenta a través de toda una serie de conductas, que hay que atender desde el mismo inicio que se detectan, por las consecuencias que estas pueden tener.

El mundo adolescente con todo lo que este implica a nivel fisiológico, psicosocial, educativo y en muchas ocasiones, los escasos recursos con los que cuentan los y las jóvenes, para enfrentarlo de una forma efectiva, aunado a las pobres posibilidades de apoyo familiar, social, institucional, hacen que la depresión o la presencia de síntomas, sea muy frecuente durante el proceso adolescente. Se calcula que un 20% de la población mundial joven, podría

²⁹Vallejo, 1993; Restrepo, 1997

padecer de depresión. El porcentaje es similar al que se espera en la población adulta.

Las investigaciones plantean mayores casos diagnosticados, en las adolescentes que en los adolescentes y señalan que es más frecuente entre los 13 a los 16 años. Sin embargo lo anterior puede ser altamente relativo. Entre los factores de causa existen factores médicos relacionados con neurotransmisión o cambios hormonales y factores relacionados con el estrés y los factores psicosociales propios de nuestra cultura moderna y la forma como el o la adolescente enfrenta todo eso.

Existen toda una serie de señales de alerta que los padres y madres pueden detectar para dar atención lo más pronto posible. La presencia de varias de ellas podría indicar que su hijo o hija tiene un cuadro depresivo:

- Estado de ánimo deprimido. Se le nota triste y dice sentirse triste, vacío. Es frecuente el estado de irritabilidad, por cualquier cosa se molestan.
- Desgano al hacer diferentes actividades.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Agitación motora o enlentecimiento.
- Pérdida o aumento de peso sin hacer ningún programa especial con tal propósito.
- Rendimiento académico disminuido.
- Interacción social y familiar disminuida.
- Evasión de actividades recreativas.
- Deseo continuo de estar solo y de que los demás no molesten.
- Insomnio o hipersomnia. (la persona o no duerme o duerme mucho).

- Baja autoestima.
- Falta de atención y dificultad para llevar a cabo labores de pensamiento.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Actividades auto destructivas.
- Exposición a actividades de alto riesgo.

La depresión también se asocia comúnmente con violencia y comportamiento imprudente. Con la depresión también coexisten frecuentemente problemas como el consumo de drogas, alcohol y cigarrillo. Por lo general, los adolescentes con problemas psiquiátricos adicionales requieren un tratamiento más prolongado e intensivo.

Depresión en adolescentes a causa de drogas constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y danos asociados a depresión en adolescentes a causa de drogas varían para cada sustancia y son sumamente peligrosos. Lo que hace que la depresión en adolescentes a causa de drogas sea una adicción nociva y provocan dolor, desastre, desolación.

Estas consecuencias de la depresión por el uso de drogas son muy diversas, en el aspecto: salud, social y económico. (Dr. Elmer A. Masís Olivas. Licenciado en Psicología y Doctor en Educación. elmermasis@procoape.com)

Salud

Aparición de diversas enfermedades, danos, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos. Hepatitis, cirrosis, depresión, psicosis, paranoia y pueden llegar a ser fatales como el suicidio. Evidentemente el riesgo más importante de la depresión es el suicidio. En este sentido es importante recordar que los y las adolescentes, como parte sustancial de su ser, tienen factores suicidas intrínsecos, es decir, el adolescente cree que a él no le va a pasar nada y tiene

tendencia a realizar conductas de mucho riesgo, como por ejemplo, manejar a altas velocidades. Como ya lo señalara Emile Durkheim (citado en Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000) la tasa social de suicidio constituye un buen indicador del estado de una sociedad, pues el aumento de suicidios suele estar asociado a problemas más generales que afectan a todo el colectivo social.

Social

No es capaz de mantener relaciones estables y puede destruir las relaciones familiares y las amigables. Bajo rendimiento en el trabajo o en el estudio. Se llega al grado de abandonar metas y planes.

Consecuencias económicas

Puede llegar a ser muy caro, para mantener el consumo, incluso a sustraer los bienes de su familia y amigos.

Depresión y Suicidio

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria. Es la forma extrema de huida de una situación vital y de una tensión emocional intolerable. "El comportamiento suicida es raro durante la infancia pero su incidencia aumenta considerablemente al llegar a la adolescencia. En la actualidad el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes estadounidenses de 13 a 19 años de edad"³⁰. En México se calcula que la depresión en la población adolescente e infantil está presente entre el "10 y el 15% de la población. El suicidio está entre la segunda y tercera causa de muerte entre los 15 y 25 años, y el 75% de los casos de inicio de una enfermedad mental es a esa edad"³¹. Los suicidios en niños y adolescentes se han incrementado marcadamente en los últimos años en México. "De acuerdo con las estadísticas

³⁰National Center for Health Statistics, 2000

³¹Cámara, 2003, Cap. 1

del INEGI, en el año 2001 en el Distrito Federal hubo 269 casos³². Adicionalmente, existen estadísticas que indican que "el 40 por ciento de los adolescentes que se suicidan tienen trastornos depresivos, del 10 al 30 por ciento presentan trastornos de personalidad y un 50 por ciento abusan de drogas y alcohol"³³.

Por lo tanto la acción más importante que se debe de llevar a cabo es la prevención del mismo. Cada día son más los jóvenes que en su desesperación intentan quitarse la vida. Es de crucial importancia buscar asistencia médica si se presentan uno o más de los siguientes signos de advertencia de un suicidio potencial.

- * Retraimiento, con urgencia por estar solo, aislamiento
- * Mal humor
- * Cambios de personalidad
- * Amenaza de suicidio
- * Entrega de las pertenencias más preciadas a otros³⁴

El suicidio es un fenómeno complejo que incluye factores físicos, sociales y psicológicos los cuales interactúan entre sí. Sin embargo, la manera en la que el joven se relaciona con su medio ambiente y el cómo afecta este su personalidad, son las causales que determinan que el individuo intente suicidarse o no. En la adolescencia, los jóvenes están sujetos a sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos.³⁵

³²Cámara, 2003, Cap. 2

³³Cortés, s.f., Cap. 29

³⁴Goldenring, 2005, Cap.. 21

³⁵Jímenez, s.f., para. 21

No están contentos con su entorno físico y sobre todo el social. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una solución a estos problemas.

La mayor parte de los científicos sociales están de acuerdo en que el suicidio es una forma compleja de conducta que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Otros afirman que algunas personas son genéticamente más propensas a las depresiones y por lo tanto al suicidio. El síntoma más predicativo de un posible suicidio es la depresión. "Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social."³⁶

Los psicólogos y sociólogos han encontrado diversas influencias personales y situacionales que contribuyen a la búsqueda de la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo como un escape de circunstancias dolorosas o como un acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a la toma de tan drástica decisión. Estos sentimientos de desesperación se conocen frecuentemente por las notas o cartas que llega a dejar la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente del suicidio es la percepción de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio deseado. Igualmente, la pérdida de un ser querido o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar estos hechos llevando a un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio donde la muerte aparentemente es la única solución³⁷

Existen cuatro tipos de conductas suicidas:

1. La conducta suicida impulsiva que se presenta después de una desilusión o un fuerte sentimiento de enojo.

³⁶Christman, s.f., para. 2

³⁷Cortés, s.f

2. La sensación de que la vida no vale la pena que se relaciona con la depresión.
3. Una enfermedad grave que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra opción.
4. El intento suicida como medio de comunicación, común en los adolescentes donde éste realmente no desea morir pero desea comunicar algo.³⁸

Entonces, ¿Por qué los adolescentes intentan suicidarse? No existe una respuesta simple pero se tiene que considerar los factores proximales y distales que pueden estar presentes. Los factores proximales o inmediatos son por ejemplo, circunstancias muy estresantes como la pérdida de un novio o una novia, sacar malas calificaciones en la escuela, un embarazo no deseado o el consumo de drogas. Los factores distales o alejados en el tiempo son por ejemplo que el adolescente considera tener una larga historia de infelicidad e inestabilidad familiar. Igualmente, son factores distales la falta de afecto y apoyo emocional, el exceso de control paterno y una exigencia excesiva para que se rinda en los estudios durante la infancia pudiendo éstos propiciar la depresión en un adolescente. Muchos adolescentes que intentan suicidarse además creen no tener amigos que los apoyen. Finalmente, los adolescentes suicidas presentan con frecuencia síntomas depresivos.³⁹

Aunque no todos los adolescentes deprimidos intentan suicidarse, la depresión es el factor que se asocia de forma más consistente al suicidio adolescente. La adolescencia, como una etapa de desarrollo del individuo, es una etapa dolorosa por que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esta razón, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente.⁴⁰

³⁸Christman, s.f

³⁹Santrock, 2004

⁴⁰Christman, s.f

Acciones Concretas para la Prevención de la Depresión

Las acciones concretas para la prevención de la depresión se pueden llevar a cabo tanto dentro del ámbito familiar como el escolar.

1.- Formas de Intervención de la Familia

Aunque a la depresión se le considera un padecimiento del cual sólo es posible curarse con medios clínicos, el apoyo y cobijo que genere el entorno del adolescente son el fundamento tanto para su prevención, detección oportuna e intervención. La base es la comunicación abierta con el adolescente para ayudar a la identificación a tiempo. Recordemos que uno de los roles de los padres según nos dice⁴¹ son ellos quienes deben ayudar a los hijos a lidiar con sus emociones. Los síntomas de la depresión, como ya se mencionó, pueden confundirse al inicio con flojera, descuido y otros malos hábitos. Es importante, por lo tanto, que mientras no se tenga seguridad de qué es lo que está ocasionando estos síntomas, la familia se mantenga alerta y no emita juicios a priori. Para el adolescente que está viviendo este proceso es importante que no se le acuse de aparentar enfermedades o flojera, ni esperar que ella o él salgan inmediatamente de este estado sin ayuda.

Desafortunadamente la detección oportuna no resulta tan fácil, a pesar de que los síntomas sean evidentes. La mayoría de las personas que no hayan vivido un trastorno depresivo no alcanzan a visualizar el efecto que éste causa, y aunque no tengan intención de lastimar, algunas veces con lo que dicen y hacen hieren más. El joven deprimido requiere apoyo emocional. Esto significa proveer de comprensión, paciencia, consideración y ánimo; generar espacios para conversar pero sobretodo escucharlo. De ninguna manera se le debe restar importancia a los sentimientos que exprese, sin embargo establecer una evaluación justa de la realidad, aspecto que se encuentra por lo general distorsionado en la persona deprimida. La familia puede intervenir de diferentes

⁴¹Santrock (2004)

formas de acuerdo a las causas que pueden estar originando la depresión en el adolescente.

2.- Formas de Intervención del Profesor

La adolescencia mayor (15 a 18 años) es el período depresivo por excelencia. Según Fernández (1985), dicho estado se da como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres.

Los chicos en estas edades están cursando el nivel educativo de secundaria, por lo que situaciones relacionadas con esta etapa de desarrollo pueden motivar situaciones de tensión que exacerben esta vulnerabilidad.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a la serie de cambios emocionales inherentes a su proceso natural de desarrollo y que se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "plena felicidad" y "la vida es horrible". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días.

Sin embargo, como profesores y con el contacto diario con los chicos es posible percibir cambios de ánimo persistentes, baja en el rendimiento escolar, conflictos en las relaciones con sus iguales, comportamientos agresivos (problemas de conducta), cambios en los hábitos alimenticios (con notorios incrementos o disminuciones de peso), que se queden dormidos en clase, obsesión con la muerte.

Ya que las relaciones interpersonales de ayuda y las habilidades de adaptación saludables pueden ayudar a evitar que dichos períodos conduzcan a síntomas depresivos más severos, la identificación oportuna y el tratamiento rápido e integral puede prevenir o posponer los episodios posteriores.

La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a tiempo pero para los docentes es realmente difícil identificar la depresión de los alumnos, en cambio sí se pueden identificar situaciones de crisis.

Una crisis según Slaikeu (1990) es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas. Es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda; representa tanto el peligro de un trastorno como la oportunidad para el desarrollo de la persona. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores que incluyen la gravedad del suceso precipitante y los recursos personales y sociales del individuo.

Cualquier período de crisis pasará o se resolverá de alguna manera. Esta solución puede ser saludable o dañina y se supone que el tipo de solución alcanzada tendrá repercusiones en el funcionamiento futuro del individuo. Es importante asimilar el suceso de crisis de manera que quede integrado dentro de la trama de la vida al dejar que la persona esté abierta en lugar de cerrada al futuro. La meta principal al buscar estrategias de intervención es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis.

Slaikeu (1990) habla de dos tipos de intervención: los de primera y los de segunda instancia. En el caso de los docentes es más factible que se encuentren preparados para proporcionar los primeros auxilios psicológicos (primera instancia) con el objetivo de proporcionar apoyo y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda que en este caso sería el área de psicología de la institución. El docente tiene la facilidad de detectar la crisis en el momento y en lugar en que aquella surge. Es como dar primeros auxilios

físicos en lo que llega ayuda médica especializada. El psicólogo es quien llevará a cabo la intervención secundaria (segunda instancia) ya que es la persona capacitada para evaluar cuadros clínicos para delimitar diagnósticos depresivos de los adolescentes o cualquier otro tipo de trastorno recordando que la presencia de alcohol y otras drogas complican cualquier crisis.

Adicionalmente, el asesoramiento puede ayudar a los adolescentes a sobrellevar los períodos de bajo estado de ánimo. Se debe contar con el apoyo de un departamento de psicología y que las instituciones educativas cuenten con lineamientos establecidos a seguir para atender problemas emocionales. Si el alumno busca al maestro (o si el maestro decide hablar con él), una vez que él escucha, puede evaluar y decidir qué tipo de apoyo requiere el alumno y puede entonces solicitar apoyo al departamento correspondiente. Así el alumno puede obtener ayuda y seguimiento inmediato.

El profesor hoy en día asume funciones (además de la docencia) donde las relaciones interpersonales dejan marcas profundas en la forma de ser de quienes participan en el proceso educativo. Esto implica ser asesor con plena conciencia de sus limitaciones y evitar solucionar casos evidentemente fuera de su área o profesión. Es necesario contar con capacitación en desarrollo humano, el conocimiento de herramientas de intervención y sobretodo tener una actitud comprometida con el desarrollo y crecimiento de los alumnos.

Conseguir Ayuda

La depresión es uno de los problemas emocionales más habituales. La buena noticia es que también es una de las afecciones más curables. Hay profesionales que pueden ayudar. De hecho, aproximadamente el 80% de las personas que reciben ayuda por su depresión tienen una mejor calidad de vida: se desenvuelven mejor y disfrutan de una manera que antes les resultaba imposible.

El tratamiento de la depresión puede incluir psicoterapia, medicación o una combinación de ambas.

La psicoterapia con un profesional de la salud mental es muy efectiva a la hora de tratar la depresión. Las sesiones de terapia ayudan a las personas a comprender la depresión y qué es lo que pueden hacer al respecto.

Algunas veces, a la persona con depresión se le pueden recetar medicamentos. Cuando un médico recete un medicamento, controlará cuidadosamente que la persona tome la dosis adecuada. El médico adaptará la dosis según sea necesario. Los medicamentos pueden tardar algunas semanas en hacer efecto. Debido a que el cerebro de cada persona es diferente, lo que funciona para una persona puede no ser bueno para otra.

Las personas con depresión no deben esperar con la esperanza de que todo pase por sí solo, porque la depresión puede ser tratada con muy buenos resultados. Los amigos u otras personas deben intervenir si alguien parece estar sufriendo una depresión severa y no está recibiendo ayuda. Muchos adolescentes sienten que sincerarse con sus padres u otros adultos con los que tienen confianza puede ayudar. Decir sencillamente "He estado sintiéndome realmente mal este último tiempo y creo que estoy deprimido" puede ser una buena manera de iniciar el diálogo. Pídele a tu padre que concierte una entrevista con un terapeuta.

Quienes se encuentran muy deprimidos y quizás estén pensando en herirse a sí mismos o en el suicidio deben recibir ayuda cuanto antes. Cuando la depresión es tan severa, se trata de una verdadera emergencia médica y debe notificarse a un adulto. La mayoría de las comunidades tienen líneas telefónicas de asistencia al suicida en que las personas pueden obtener guía y apoyo en una emergencia.

Si bien es importante brindarle apoyo a un amigo o una amiga, intentar levantarle el ánimo o razonar con él o ella, es probable que eso no funcione a la hora de ayudar a que los sentimientos suicidas o la depresión desaparezcan. La depresión puede llegar a ser tan fuerte que supere la capacidad de la persona de hacer uso de la razón. Aun si tu amigo te ha pedido que prometas no contárselo a nadie, ésta es una situación en la que contarle puede salvar una vida. Lo más importante que puede hacer una persona con depresión es obtener el tratamiento adecuado.

La depresión (y el sufrimiento que acompaña a la depresión) es real. La depresión no implica que la persona esté "loca". Así como algo puede funcionar mal en otros órganos del cuerpo, también puede funcionar mal en el órgano más importante de todos: el cerebro. Afortunadamente, la mayoría de los adolescentes que obtienen ayuda para su depresión logran llevar adelante una adolescencia y una adultez feliz y satisfactoria; lo que más importante, pueden disfrutar de la vida y sentirse mejor con respecto a sí mismos.⁴²

CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DE LA DEPRESION

La depresión se caracteriza principalmente, por la presencia de un estado de ánimo irritable y/o disfórico, y por la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa, Además se acompaña por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio o intento de suicidio (APA, 2000).El trastorno trae repercusiones negativas a nivel personal, familiar, escolar y/o social. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, luego hacia la

⁴²D'ArcyLyness, PhD: septiembre de 2010

adolescencia adquieren relevancia los síntomas cognitivos y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el legal y el sexual (Méndez, 2001).

En la década de los 70, los términos "depresión enmascarada y equivalente depresivo" conocieron su auge, que se mantuvo hasta bien entrada la década de los 90. El concepto de un trastorno psiquiátrico que enmascara u oculta otro trastorno psiquiátrico no es nuevo en psiquiatría infantil y toma su origen de los trabajos de Glaser¹⁰, Cytryn y McKnew¹¹ y Cytryn y col¹². La llamada depresión enmascarada hace referencia a una depresión que no muestra trastornos del ánimo, presentando otros síntomas como hiperactividad, conductas antisociales, conducta agresiva y trastornos del aprendizaje. El concepto de los equivalentes depresivos hace referencia a la presencia de quejas somáticas, fundamentalmente dolores (de barriga, de cabeza, etc.), como las que aparecen en la fobia escolar, en un niño que no muestra síntomas depresivos.

Es indispensable comprender que la depresión no es una "falla" irremediable, es una enfermedad que se manifiesta de distintas formas y que puede ser que la depresión como una entidad clínica se constituye en un preeditor de suicidio, el deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro por su desesperanza que se entiende por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, de esta manera está ausente para dar una respuesta adecuada a lo cotidiano, y se presentan déficit cognoscitivos que interfieren con un nuevo aprendizaje por el abatimiento motor y emocional.

Conclusión

Cuando se habla de factores de riesgo en el adolescente, se consideran por lo general los más conocidos o discutidos. Para aquellos docentes que trabajan con adolescentes que son del medio social alto, y más si viven en las grandes ciudades, lo que se conoce es el abuso del alcohol, en algunos casos las drogas, los problemas de bulimia y anorexia y las niñas y en ciertos casos los problemas sexuales si no han definido su identidad y personalidad. En estratos

sociales menos pudientes también existen problemas de alcoholismo y drogadicción y también son más comunes las situaciones de violencia, delincuencia, presentes entre las bandas de jóvenes. o que la chicas estén expuestas al acoso o abuso sexual y terminen con un embarazo no deseado. Pocas veces como padres o docentes nos percatamos de que un adolescente puede sufrir de depresión.

Lamentablemente, la depresión muchas veces pasa desapercibida. En la adolescencia surge como consecuencia de la conjunción de una serie de factores distintos. Tiene como característica el que los adolescentes que la padecen presenten una actitud de tristeza y melancolía permanentes con el consiguiente desánimo para continuar con sus actividades cotidianas. El origen queda sujeto a las circunstancias peculiares de cada caso individual y del especialista que la diagnostique. Debido a que de por sí el adolescente está en una fase de desarrollo físico y psicológico muy característico que afecta a su estado de ánimo, en esta etapa la detección de la misma es mucho más complicada. Adicionalmente, frecuentemente los padres están ausentes o están en conflicto con ellos por no poder lidiar con la situación que ellos los retan y buscan ir más allá de los límites para definir su identidad y personalidad propia. Por otro lado, el docente en secundaria, por lo general tiene muy poco contacto con el alumno, ya que son muchos los docentes que imparten las diferentes materias. Además desconoce los antecedentes familiares que en determinado momento pudieran tener un efecto normal en el estado anímico del adolescente relacionado con su desarrollo. Como padres o formadores, la responsabilidad de ser más observadores y percibir las situaciones que pudieran llegar a presentar los adolescentes de tal suerte que se pueda intervenir a tiempo para ayudarlos previniendo situaciones irremediables. Los docentes en particular podemos llevar a cabo una intervención primaria, también llamada primeros auxilios psicológicos que implica escuchar los hechos y sentimientos que perturban al estudiante, mostrar empatía, examinar las dimensiones del problema, promover la autor reflexión sin dar opiniones

personales, ayudarle a examinar alternativas de solución y en caso necesario remitirlo al departamento de psicología de la institución y continuar su seguimiento. La persona capacitada para elaborar un diagnóstico es el psicólogo quien le brindará la ayuda requerida. Por lo mismo, es de suma importancia educar a padres de familia y a maestros sobre lo que es la depresión, sus causas y sus efectos para así ayudar y poder prevenir situaciones conflictivas que los lleven inclusive al suicidio.⁴³

⁴³Cuevas Maciel E. Lic. Pedagogía Docente Bachilleres Plantel ZamoraEstado Michoacán.
ernestinacm2006@yahoo.com.mx

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLOGICO

En el presente proyecto se ha utilizado la metodología de Marco Lógico, misma que nos permite sintetizar los aspectos más relevantes de un proyecto de acción, pues conlleva a disminuir la ambigüedad y facilitar la comunicación, así, al plantear las preguntas fundamentales se identifican las necesidades al analizar los supuestos, se analiza el entorno del proyecto, al señalar los indicadores se tiene la base para el monitoreo y evaluación futura.

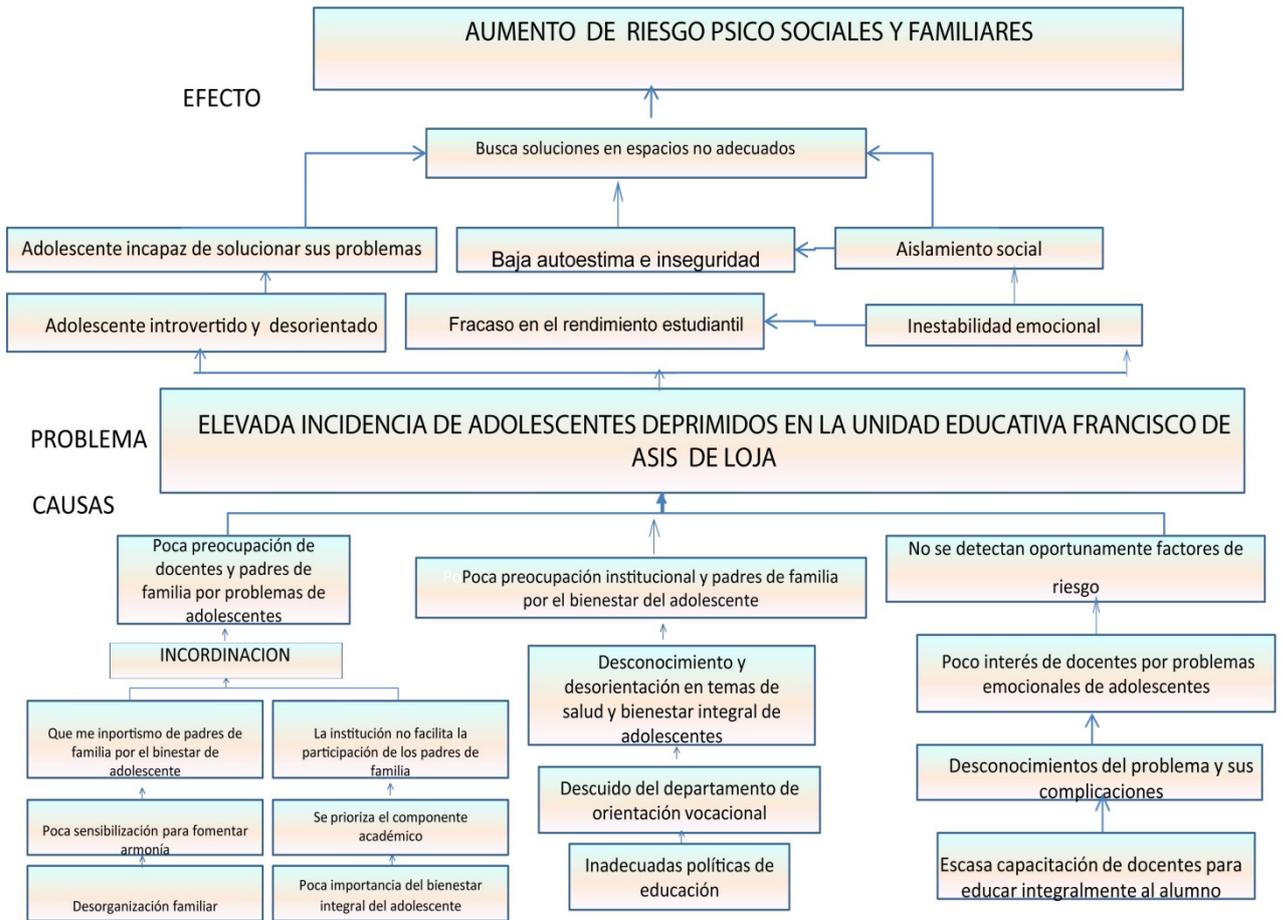
Además, es necesario señalar las siguientes ventajas: a) Se asegura la continuidad del proyecto porque es un instrumento orientado a objetivos y no a personas, esto significa que en caso de retirarse los autores, el mismo puede avanzar; b) Permite una evaluación permanente y la modificación o cambios en cualquier momento de su implementación, c) sus herramientas son de fácil manejo y son las siguientes: *Matriz de Involucrados, Árbol de Problemas, Árbol de Objetivos, Matriz del Marco Lógico.*

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

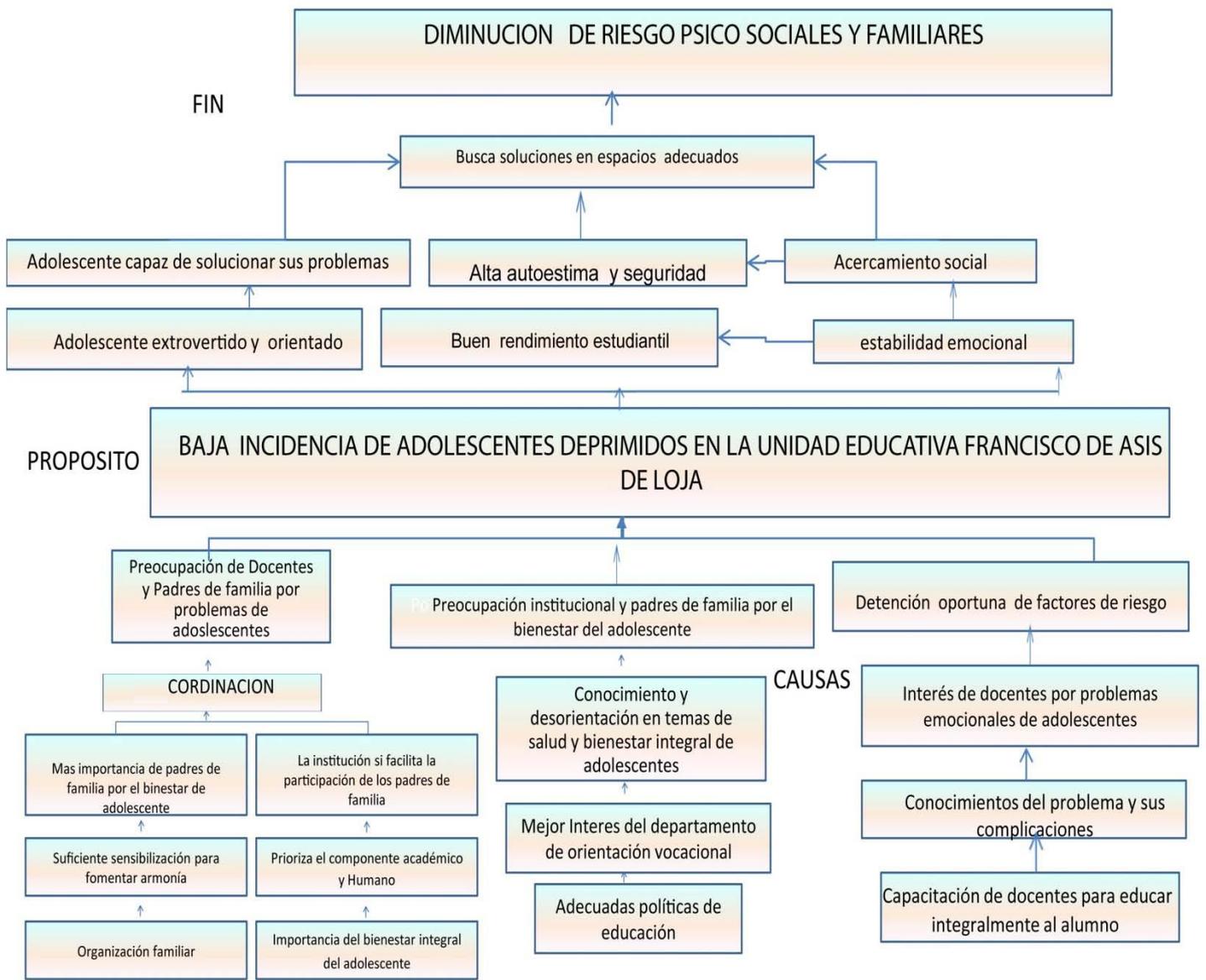
GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MÉTODOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Padres de familia de la Unidad Educativa San Francisco de Asís (UESFA)	Brindar estabilidad emocional y armonía a sus hijos en el hogar.	Recursos humanos.	Escasa sensibilización de los padres para armonizar familia.
Adolescentes	Vivir en un ambiente familiar armónico, sentir el apoyo familiar	Recursos humanos	Inestabilidad emocional en la familia
Personal Docente de la UESFA	Contar con estudiantes estables emocionalmente y sin riesgo de depresión.	Recursos humanos. Recursos materiales.	Alto índice de jóvenes deprimidos Ausencia de un programa preventivo sobre conductas suicidas
Dirigentes de la Unidad Educativa San Francisco de Asís	Disminuir las conductas depresivas de los adolescentes para evitar riesgos y/o complicaciones	Recursos humanos capacitados Recursos materiales. Financieros Normas y políticas	La institución no cuenta con programa preventivo para detectar temprana y oportunamente de conductas y riesgo suicidas
Maestrante	Apoyar la ejecución del Plan de Intervención para fortalecer la armonía familiar	Recursos humanos capacitados Recursos materiales	Elevado índice de conductas depresivas y riesgos de complicaciones.



ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

DESCRIPCIÓN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Se contribuya a disminuir los riesgos psicosociales y familiares en los adolescentes de la "UESFA" Loja			3
PROPÓSITO Se disminuye las conductas depresivas y se evita las complicaciones en los estudiantes de tres años de bachillerato de la UESFA	El 80% de los y las adolescentes con actitudes positivas frente a la vida en el año 2010	Observación directa Nomina de Asistentes Monitoreo con Encuestas	Adolescentes participando activamente en la ejecución del proyecto
RESULTADOS 1- Directivos, personal docente, comunidad y estudiantes organizados e integrados coordinan y ejecutan acciones en beneficio de estudiantes depmidos	70% de personal que integra la comunidad educativa, integrada y participando	Lista de personas involucradas Memorias fotográficas	Directivos y personal docente, familia y estudiantes motheados a participar .
2- Comunidad educativa capacitada en prácticas y valores afectivos a fin de generar sensibilidad y actitudes positivas .	El 70% de los integrantes de comunidad educativa capacitada. Hasta Nov. Del 2010	Observación Directa Nomina de asistentes Certificaciones	Padres de familia, Docentes y estudiantes motheados activa y propositivamente.
3 Test diagnostico a escala de Depresión adecuada e institucionalizado se aplica oportunamente a estudiantes de la UESFA	Se aplica el test diagnóstico al 30% de estudiantes.	Constancia de haber recibido y utilizado el test Resultado del Test Diagnóstico institucionalización del Test	Docentes y personal medico capacitado sobre los primeros signos y sintomas depresivos en los jóvenes estudiantes



ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
1. Comunidad Educativa organizada e integrada coordina y ejecuta acciones en beneficio de estudiantes deprimidos			
1.1 Reunión con padres de familia, docentes y líderes estudiantiles para socializar y aprobar la ejecución del proyecto.	Coordinadores del proyecto	2010	Material de escritorio
1.2 Organizar comisiones y realizar acuerdos con los comités de padres de familia y estudiantiles.	Coordinadores del proyecto	2010	Material de escritorio Computador
1.3 Asignación de funciones y responsabilidades de dichas comisiones	Coordinadores del proyecto	2010	Material de escritorio Computador
2. Comunidad educativa capacitada en práctica de valores afectivos a fin de generar sensibilidad y actitudes positivas en los/las adolescentes			
2.1 Reunión con los directivos y maestros de la UESFA para planificar capacitaciones	Unidad Educativa participante Coordinadores del proyecto	2010	Material de escritorio
2.2 Desarrollo de 3 Talleres: • A los estudiantes "ADOLESCENCIA Y AUTOESTIMA" • A los docentes "MANEJO DE CONFLICTOS" • A los padres de familia "CONVIVENCIA FAMILIAR Y MANEJO DE CONFLICTOS"	Coordinador del proyecto Estudiantes involucrados Padres de familia de la Institución	2010	Material de escritorio Lunch
3. Test diagnóstico Aumentado e Institucionalizado, aplicándose.			
3.1 Mesa redonda y debate sobre "ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DEPRESIVAS DE LOS ADOLESCENTES"	Coordinador del proyecto Personal Educativo, médicos de la UESFA Estudiantes	2010	Material de escritorio
3.2 Reunión para socializar el Test Diagnóstico que alerta sobre las conductas de riesgo de depresión en adolescentes de UESFA	Coordinador del proyecto, Personal educativo	2010	Material de escritorio
3.3 Aplicación e Institucionalización del Test Diagnóstico	Coordinador del proyecto Personal del DORE	2010	Material de escritorio y copias del Test

RESULTADOS

RESULTADOS OBTENIDOS

RESULTADO 1.

COMUNIDAD EDUCATIVA (Directivos, docentes, padres de familia y estudiantes) organizados e integrados, ejecutando el presente proyecto.

Para el logro de este objetivo se ejecutaron las siguientes actividades:

- 1.1 Reunión con directivos, docentes, padres de familia y estudiantes para socializar y aprobar la ejecución del presente proyecto.
- 1.2 Organizar comisiones y realizar acuerdos con padres de familia y estudiantes
- 1.3 Asignación de funciones y responsabilidades a dichas comisiones.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES

1.1 Reunión con directivos, docentes, padres de familia y estudiantes para socializar y aprobar la ejecución del presente proyecto.

A través de una conversación mantenida con el Rector de la institución educativa se hizo conocer la propuesta inicial de proyecto, quien autorizó que la misma sea socializada a todos los integrantes del Departamento de Bienestar Estudiantil (DOBE), para ello se realizó una reunión en la que se analizó la problemática existente y la propuesta de solución. Luego por consenso se acordó convocar a una reunión en la que participen padres de familia y líderes estudiantiles, la misma se realizó el 16 de mes de marzo del año en curso, en las instalaciones de esta Unidad Educativa, se expuso nuevamente la propuesta, enfatizando en la problemática identificada, esto sensibilizó y motivó a todos los asistentes quienes inmediatamente se comprometieron colaborar activamente en la ejecución del proyecto y a difundir esta propuesta a todos los padres de familia para lograr su participación.



FotoNo.1



Foto No.2

De esta manera se logró que los directivos de la institución educativa no solo autoricen la ejecución del proyecto, sino que se comprometan a ejecutarlo e institucionalizarlo.

1.2 Organizar comisiones y realizar acuerdos con padres de familia y estudiantes

En la misma reunión, aprovechando la presencia de integrantes del DOBE, padres de familia, docentes y estudiantes por consenso y voluntad de los participantes se conformaron las siguientes comisiones:

- Comisión de Docencia y Orientación Estudiantil: conformada por todos los integrantes del DOBE (Rector de la Unidad Educativa, Vicerrector, Psicólogo, Trabajadora Social y los Guías de cada Curso).
- Comisión de Padres de Familia: Se consideró que la Directiva Central de padres de Familia integrada por el Presidente de Padres de Familia de cada curso debía conformar esta Comisión.
- Comisión Estudiantil: Integrada por todos los presidentes estudiantiles de cada curso.

1.3 Asignación de funciones y responsabilidades a dichas comisiones.

Luego de analizar y reflexionar sobre la problemática existente y la necesidad del apoyo de todos y todas para ejecutar el presente proyecto se logró que todos los participantes se comprometan a apoyar activamente en la ejecución de las actividades planteadas, asignando a cada comisión las siguientes funciones y responsabilidades:

Comisión de Docencia y Orientación Estudiantil.- Conformada por los integrantes del DOBE y los Profesores guías de cada curso, los compromisos asumidos por esta comisión fueron los siguientes:

- Socializar el presente proyecto a todos los docentes de la institución con la finalidad de que se involucren en su ejecución, especialmente en la captación temprana y oportuna de casos de depresión (DOBE).
- Los docentes Guías de cada curso, vigilarán a los estudiantes con la finalidad de identificar casos de depresión, notificarán del mismo al DOBE, para el seguimiento respectivo
- Capacitación a los estudiantes a fin de lograr su colaboración en la identificación de casos.
- Mantener una reunión mensual con el fin de analizar casos captados y resultados de su seguimiento.
- Reunión trimestral de comisiones para retroalimentación, reorganización y análisis.

Comisión de Padres de Familia

Los compromisos asumidos por esta comisión fueron los siguientes:

- Vigilar y apoyar la difusión del presente proyecto a todos los padres de familia a fin de concienciar sobre la importancia del buen trato y la armonía de la familia para fortalecer la personalidad de los y las adolescentes.
- Participar trimestralmente en las reuniones de retroalimentación y análisis de casos.
- Colaborar con el DOBE y la familia en el tratamiento y rehabilitación de un adolescente deprimido.

Comisión Estudiantil

Los presidentes de los gobiernos estudiantiles de cada curso, conforman esta comisión, cuyos compromisos asumidos fueron los siguientes:

- Asistir a las capacitaciones que se realicen sobre la temática planteada
- Mantenerse organizados y reunirse mensualmente para evaluación de avances y logros
- Vigilar por una oportuna identificación de casos, los mismos que serán notificados al Docente Guía o al DOBE para su seguimiento respectivo
- Apoyar la rehabilitación de adolescentes deprimidos, implementando estrategias de integración grupal y motivación

La evaluación del cumplimiento de compromisos y responsabilidades adquiridas se realizará en la reunión trimestral de comisiones.

Cabe destacar que todos los participantes se motivaron y su decisión de apoyar fue espontánea, sin embargo es necesario que el DOBE asuma la Coordinación General del proyecto para darle sostenibilidad al mismo en el tiempo y en el espacio.

Se considera que las actividades planteadas para lograr el propósito No 1, se cumplieron en un 100%, por que se logró la participación y el compromiso de los grupos organizados de la Comunidad Educativa, tal como se observa en las fotografías 1 Y 2.

RESULTADO 2.

Comunidad educativa capacitada en prácticas y valores afectivos a fin de generar sensibilidad y actitudes positivas.

Para alcanzar este resultado se planificaron y ejecutaron las siguientes actividades:

2.1 Reunión con los directivos y maestros de la UESFA para planificar capacitaciones

2.2 Desarrollo de 3 Talleres:

- A los docentes "MANEJO DE CONFLICTOS"

- A los padres de familia “CONVIVENCIA FAMILIAR Y MANEJO DE CONFLICTOS”
- A los estudiantes “ADOLESCENCIA Y AUTOESTIMA”

DESARROLLO DE ACTIVIDADES

2.1 Reunión con los directivos y maestros de la UESFA para planificar capacitaciones

Para ejecutar estas actividades, los profesionales que conforman el equipo conductor y laboran en el Departamento de Bienestar Estudiantil construyeron un cronograma de actividades y tiempos a fin de que las mismas se cumplan en forma organizada. Seguidamente se hizo conocer a la máxima autoridad del plante solicitándole autorización para su ejecución, cuya aprobación se realizó el día 03 de Mayo del 2010.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLES	LUGAR
Taller dirigido a docentes. Tema: Manejo de Conflictos	14 de Mayo de 2010	Personal del DOBE Maestrante	Salón de reuniones
Taller dirigido a Padres y madres de familia. Tema: Convivencia Familiar y Manejo de Conflictos	21 de Mayo de 2010	Profesional invitado Rector del Colegio	Salón de reuniones
Taller dirigido a adolescentes: Adolescencia y Autoestima	28 de Mayo de 2010	Psicólogo de la Unidad Educativa y Maestrante	Salón de reuniones

2.2 DESARROLLO DE LOS 3 TALLERES

Se procede al desarrollo de los talleres de acuerdo al cronograma.

2.2.1 PRIMER TALLER

TEMA: MANEJO DE CONFLICTOS

FECHA: 14 de Mayo de 2010

PARTICIPANTES: Integrantes del DOBE, Docentes Guías de los cursos beneficiados.

LUGAR: Salón de uso múltiple del Colegio

AGENDA DE TRABAJO

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RESPONSABLE
08H00	Registro de participantes y entrega de materiales		Secretaria del Platel
08:30	Saludo de Bienvenida y socialización del objetivo de la reunión		Rector del Platel
08:45	Factores de riesgo, Principales síntomas presentes en un adolescente deprimido	Exposición virtual, conversación interactiva	Profesional invitado
09:30	Identificación de casos adolescentes deprimidos y referencia al DOBE	Exposición virtual, lectura dirigida	Psicólogo del plantel
10:30	RECESO		
10:45	Metodologías de estimulación estudiantil	Lectura dirigida, trabajo grupal	Integrantes del DOBE
11:45	Plenaria	Exposición de trabajos grupales	Grupos conformados, secretari@ relator.
12:30	Compromisos	Conversación interactiva	Maestrante

DOCENTES PARTICIPANTES



FOTO No. 3.

DESARROLLO DE LA AGENDA

Saludo de Bienvenida y socialización del objetivo de la reunión

Con el saludo de bienvenida de la máxima autoridad de la institución educativa, se dio inicio a la reunión, en la que participaron 40 docentes, todos los temas fueron tratados interactivamente, el taller se inició con una motivación e introducción en la problemática lo cual despertó gran interés y preocupación en los asistentes, esto los indujo a participar activamente y con confianza fueron despejando inquietudes, así mismo emitieron sugerencias para enfrentar el problema en forma integral.

Seguidamente se socializó el objetivo del presente taller, el cual consistía en hacer conocer a los docentes del plantel la problemática que afecta a los adolescentes lograr su involucramiento y participación en la ejecución de la presente propuesta para enfrentar las soluciones en forma mancomunada.

Factores de Riesgo, principales síntomas presentes en un adolescente deprimido

Mediante conferencia virtual se dio a conocer a los docentes sobre los principales factores de riesgo que conllevan a la depresión, así como los signos y síntomas

presentes en el adolescente deprimido, enfatizando en aquellos identificados en la encuesta aplicada (ver problematización), descritos a continuación.

Factores de Riesgo

- Consumo excesivo de alcohol y/o drogas por parte del adolescente, del padre/madre o un miembro de la familia.
- Antecedentes familiares de intento de suicidio
- Violencia intrafamiliar física y psicológica
- Muerte del padre o de la madre
- Separación y divorcio de los padres y/o migración
- Pobre comunicación en la familia
- Dificultades para recibir o demostrar afectos (abrazos)
- Padres muy autoritarios
- Exceso de exigencias en la familia
- Las personas adultas en el hogar humillan

Síntomas o signos de depresión

- Estado de ánimo depresivo o irritable
- Mal genio, agitación
- Pérdida del interés en las actividades, apatía
- Incapacidad de disfrutar actividades que solían ser placenteras
- Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo
- Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria)
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes
- Somnolencia diurna excesiva
- Fatiga

- Dificultades para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Episodios de pérdida de la memoria (amnesia)
- Poca preocupación por sí mismo
- Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados
- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común)
- Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable

Si estos síntomas duran por lo menos dos semanas y causan una significativa perturbación o dificultad para desempeñarse, se debe buscar ayuda inmediatamente.

Identificación de casos de adolescentes deprimidos y referencias al DOBE Metodologías de estimulación estudiantil

Una vez que los docentes conocieron los factores de riesgo, signos y síntomas de adolescentes deprimidos, mediante una conferencia virtual se socializaron casos de adolescentes deprimidos y se dio a conocer los resultados obtenidos en la encuesta inicial, analizando a profundidad la situación detectada con la reflexión de que “todos podemos aportar un granito de arena para disminuir los adolescentes deprimidos o disminuir la depresión en los adolescentes, se consideró urgente el establecer redes de apoyo institucional y establecer conexiones con centros especializados, a los que se referirá al adolescente de acuerdo a su realidad.

Así mismo para abordar el componente de Metodologías de Estimulación Estudiantil Se conformaron 4 grupos de 10 docentes cada uno, se les entregó material bibliográfico con diferentes enfoques y maneras de motivar y estimular. En base a

lectura dirigida e interacción grupal, cada grupo debía elaborar y presentar en plenaria, lo que por consenso habían seleccionado como métodos aplicables para estimular a los adolescentes en la UESFA.

Una vez concluidos los temas plantados en la Agenda, se establecieron los siguientes compromisos:

1. Docentes en General:

- Identificar casos de adolescentes con cualquiera de los signos o síntomas indicados y comunicar al docente Guía del curso respectivo
- Promover el trabajo en equipo, con trato equitativo para todos los alumnos.
- Practicar el buen trato y motivación como eje transversal para todos los alumnos.

2. Docentes Guías

- Mantenerse alerta ante la presencia de signos o síntomas de depresión en los alumnos.
- Notificar inmediatamente al DOBE de cualquier caso identificado por el docente general
- Optimizar los espacios de tiempo compartido con los estudiantes para estimular su autoestima y desarrollo de la personalidad.

3. Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil

- Realizar seguimiento de casos notificados.
- Identificar las causas de depresión del adolescente, con la aplicación de la encuesta de riesgos
- Coordinar con la familia el seguimiento y tratamiento de casos
- Buscar apoyo de especialistas y establecer convenios de apoyo en casos necesario.

- Promover el buen trato y equidad en el manejo de grupos, para evitar la estigmatización personal y fomentar la integración grupal con confianza.

2.2.2 SEGUNDO TALLER

TEMA: *Convivencia Familiar y Manejo de Conflictos*

FECHA: *21 de Mayo de 2010*

PARTICIPANTES: *Padres y madres de familia*

LUGAR: *Salón de uso múltiple del Colegio*

AGENDA DE TRABAJO

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RESPONSABLE
08H00	Registro de participantes y entrega de materiales		Secretaria del Plantel
08:30	Saludo de Bienvenida y socialización del objetivo de la reunión		Rector del Plantel
08:45	Convivencia Familiar	Exposición virtual, conversación interactiva	Profesional invitado
09:30	Identificación y Manejo de Conflictos	Exposición virtual, lectura dirigida	Psicólogo del plantel
12:30	Compromisos	Conversación interactiva	Maestrante

DESARROLLO DE LA AGENDA

Con la participación de 42 padres de familia que conformaban las directivas de los diferentes cursos y la Directiva Central de la Unidad Educativa san Francisco de Asís, El objetivo primordial fue el de hacer conocer y analizar en conjunto la problemática identificada en los adolescentes encuestados, así mismo se analizó con ellos la importancia que tiene la armonía familiar en el fortalecimiento de la personalidad no solo del adolescente sino también de todas las personas, señalando que la Familia es el núcleo de la sociedad, por tanto es la responsable de aportar con seres humanos positivos, propositivos, generadores de cambios y motivadores hacia un desarrollo humano integral, enfatizando que cada familia es única y por lo tanto debe evitarse

las comparaciones constantes, que cada quien tiene virtudes, cualidades y defectos que siempre son complementarios.



FOTO No. 4

La conferencia fue impartida con apoyo del Vicerrector, buscando que los padres de familia se involucren en la problemática de los estudiantes y en la búsqueda de soluciones, además se les comprometió a participar activamente en el desarrollo del proyecto.

En esta actividad se alcanzó el 80% de padres de familia participantes, de 52 padres de familia invitados, asistieron 42.

COMPROMISOS

- Los padres de familia se comprometieron a colaborar y participar en todas las actividades planificadas en el presente proyecto
- Replicar los conocimientos adquiridos al resto de padres de familia, en asambleas comunitarias.
- Informar al DOBE de la unidad educativa, la presencia de casos sospechosos de familias con factores de riesgo de depresión para los adolescentes (Familias que presenten cualquiera de los riesgos anotados).

2.2.3 TERCER TALLER

TEMA: Adolescencia y Autoestima

FECHA: 28 de Mayo de 2010

PARTICIPANTES: Adolescentes de 1ro, 2do 3er año de bachillerato

LUGAR: Salón de uso múltiple del Colegio

AGENDA DE TRABAJO

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RESPONSABLE
08H00	Registro de participantes y entrega de materiales		Secretaria del Plantel
08:30	Saludo de Bienvenida y socialización del objetivo de la reunión		Rector del Plantel
08:45	Adolescencia, conceptos Generales	conversación interactiva	Orientador Vocacional del Plantel
09:30	Autoestima en el Adolescente	Exposición virtual, lectura dirigida	Psicólogo del plantel
12:30	Compromisos	Conversación interactiva	Maestrante

DESARROLLO DE LA AGENDA

Como en los otros talleres la participación del máximo directivo de la institución, quien dio un saludo de bienvenida y explicó el por que de estos eventos, solicitando a la vez involucramiento y participación activa en la ejecución de todas las actividades que posteriormente se realizarán en la búsqueda de bienestar y salud integral de todos los estudiantes, especialmente de aquellos que de una o de otra manera estén sometidos a factores de riesgo de depresión y que si no son captados oportunamente pueden padecer complicaciones y la más grave y frecuente puede ser el suicidio.

Seguidamente el Orientador vocacional mediante una motivación indujo a la temática planteada en la agenda, se inició un conversatorio sobre conocimientos y actitudes de los adolescentes frente a los cambios que se experimenta en esta etapa, de 60

participantes 18, que equivale al 30% tenían un concepto claro sobre lo que significa adolescencia, apenas un 20%, 12 alumnos conocían claramente sobre cambios, físicos, biológicos y hormonales que se experimenta en esta edad. El facilitador clarificó algunas ideas y conceptos sobre la temática y despejó varias inquietudes de los participantes



FOTO N° 5

El segundo componente relacionado con autoestima y valores fue enfocado por el Psicólogo del plantel, mediante una conferencia virtual e interactiva, señaló la importancia de mantener la autoestima elevada en todas las edades, especialmente en la etapa de la adolescencia en donde se consolida la personalidad del individuo y se abordó los conocimientos y la problemática de los estudiantes, la pérdida de valores, los inadecuados estilos de vida que se practican al momento, captando la atención y reconociendo sus aptitudes y compromisos de superación y esfuerzo diario, se trató sobre la valoración que nosotros hacemos de nosotros mismos; como nos vemos, como nos sentimos, como sentimos que estamos y encajamos en el mundo. Se enfatizó que el nivel de autoestima puede determinar nuestras actitudes, cómo encaramos nuestros proyectos, sueños, ideales, problemas y frustraciones y de la misma forma, se recalcó que una baja autoestima seguramente se traducirá en fracasos, frustraciones y en no alcanzar las metas deseadas.

Cabe señalar que en esta actividad se contó la asistencia de la totalidad del alumnado convocado es decir el 100% de los estudiantes de los I, II y III de Bachillerato del UESFA, observándose el interés y motivación para participar en el desarrollo del proyecto, para lo cual se acordó conformar un Comité de salud del Adolescente integrado por líderes de cada curso elegidos en asamblea por sus compañeros, cuyo compromiso sería velar por el bienestar de todos sus compañeros y mantenerse alerta a cualquier signo sospechosos de depresión, en caso de existir, comunicar inmediatamente a su docente guía.



Foto # 4

RESULTADO 3

TEST DIAGNOSTICO ADECUADO E INSTITUCIONALIZADO QUE ALERTE SOBRE LOS FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO DEPRESIVAS EN ADOLESCENTES

Para lograr este resultado se envió con fecha 3 de Junio del 2010 un oficio solicitando la autorización para llevarse a cabo la MESA REDONDA Y DEBATE “ACCIONES DE PREVENCION DE LAS CONDUCTAS DEPRESIVAS DE LOS ADOLESCENTES” a realizarse el día 18 de junio del 2010, dirigida al personal docente, médico y un representante de los estudiantes del I, II y III del Bachillerato.

MESA REDONDA Y DEBATE

La reunión se la realizó en el salón de uso múltiple de la Institución de la UESFA de la ciudad de Loja y con el personal docente, médico y un representante de los estudiantes del I, II y III del Bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís.

Con la participación de un docente, médico Psicólogo, Orientador Vocacional y un representante de los estudiantes del I, II y III del Bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís, con el tema: ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DEPRESIVAS DE LOS ADOLESCENTES Para lo cual se obtuvo el visto bueno al oficio enviado el 3 de junio del 2010, al Rvdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza, Rector de la UESFA de Loja.

Este evento fue dirigido por mi persona, y se expusieron rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para sentirse deprimido como: Inestabilidad del ánimo, conducta agresiva, sentimientos de frustración, manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades, frecuentes sentimientos de desamparo, desesperanza, tristeza.

En esta actividad se alcanzó el 80% de convocados, que participaron activamente en la exposición de la temática creando conciencia sobre los factores de riesgo que podrían presentar los adolescentes con énfasis en su prevención y mejoramiento de los estilos de vida tanto dentro del ámbito familiar como en el escolar. Se enfatizó en la necesidad de detectar tempranamente cualquier caso de adolescente deprimido y de la presencia de síntomas de depresión en un adolescente de la institución, para lo cual debía institucionalizarse y aplicarse el test de Casullo a todos los estudiantes de bachillerato, para detectar posibles síntomas que no sean perceptibles a simple vista.

Se aprovechó este espacio para insistir en la importancia del diálogo, la comunicación, la escucha pues un joven deprimido requiere apoyo emocional, se insistió en la motivación, autoestima, comunicación abierta de parte del docente con los

adolescentes de la institución, mantenerse alerta ante cualquier cambio de ánimo y su rendimiento escolar enfatizando en la coordinación con psicología, médico y el DOBE.

COMPROMISOS

Los convocados se comprometen en colaborar, participar y difundir los conocimientos adquiridos ya sea con sus familiares y allegados así mismo solicitar la ayuda puesto que la depresión es uno de los problemas emocionales más habituales y curables y recordar que los adolescentes que recibirán ayuda tendrán una mejor calidad de vida, se desenvuelven mejor y disfrutan de la vida de una manera que antes les resultaba imposible.

INDICADOR ALCANZADO

Con la actividad realizada se alcanzó que un porcentaje alto, es decir el 80% de los participantes, conozcan y se interesen de los estados depresivos de los adolescentes causados por problemas personales, de grupo, estudiantiles y de la familia en general.
(Fotos 8 ,9,10)



Foto N° 6



Foto N° 7



Foto No.8



3.2 RESULTADO

REUNION PARA SOCIALIZAR EL TEST DIAGNOSTICO “ESCALA DE DEPRESION” (MM CASULLO, 1994)

Para lograr este resultado se envió al Rdo. Padre Fraile Mario Aguilar Rector de la UESFA Loja, con fecha del 29 de junio del 2010 la petición para esta socialización siendo aceptada y realizada el 07 de julio del presente año, a todos los docentes y directivos de la institución.

Siendo el objetivo de que dispongan las autoridades Educativas, el personal Médico, el DOBE, con una herramienta útil, fácil de manejar y oriente frente a los primeros signos y síntomas de la depresión que presenten los jóvenes estudiantes como una de las causas y realidades preocupantes y abrumadoras que conllevan al suicidio, siendo nuestra obligación aportar con un instrumento para reconocerla, tratarla y así evitar las

tristes consecuencias que esta puede ocasionar, conociendo que el suicidio de los adolescentes es una tragedia que afecta no solo al individuo sino a la familia, a los padres y a la comunidad en la cual vivió el joven.

DESARROLLO

La actividad estuvo dirigida por mi persona y para ello se preparó el test que fue puesto a consideración a las Autoridades del Colegio, el DOBE y personal Médico, previamente para ello se envió un oficio al Sr. Rector con fecha 29 de junio del 2010 solicitando el visto bueno para realizar la socialización del TEST DIAGNOSTICO, "ESCALA DE DEPRESION" (MM CASULLO, 1994)

PARTICIPANTES

La reunión se llevó a cabo el día 7 de julio del 2010, en el Salón de reuniones y conferencias de los maestros en la agenda previamente preparada por la junta general de los docentes de la UESFA de la ciudad de Loja y conto con la presencia todo todas la autoridades educativas la cual estuvo precedida por el Rector al Rvdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza, Rector de la UESFA de Loja, Vicerrector, Dr. Holger Guillermo Montaña Rivera, Fray Luis Macanuela Jefe del DOBE, Medico de la Institución la Dra. Rosario Espinoza Rengel, Trabajadora Social Lcda. Delia González Minga y personal docente en su totalidad.

En esta actividad se alcanzó el 100% de participación de los directivos de la UESFA de la ciudad de Loja, Personal Médico, Personal de DOBE, y Educandos los mismos que participaron activamente en la socialización, compromisos como parte integrante de dicha problemática que es preocupante y alarmante donde el rol de las autoridades escolares, la familia y su entorno que rodea al estudiante adolescente, debe actuar prematuramente y evitar la catástrofe que constituye la automutilación en esta edad y en ocasiones nos contentamos con escuchar, comentar, olvidarnos y lo lamentable es hacer caso omiso de la realidad.

COMPROMISOS

Los directivos, Rector, Vicerrector, Inspector, Jefe del DOBE, Dra. Del Departamento Medico, y Docentes preocupados por la problemática que viven los adolescentes en general y particularmente los de la Institución Educativa se comprometieron a estar atentos a los primeros signos de depresión que demuestren los alumnos para ser remitidos al personal del DOBE. Además el principal compromiso fue el asumir la Escala de depresión de Casullo como herramienta que será aplicada al inicio de cada año lectivo, la misma fue entregada al Sr Rector, DOBE y Medico de la institución los que se comprometen a realizar su seguimiento y coordinación con padres de familia de adolescentes detectados con síntomas depresivos.

INDICADOR ALCANZADO

Con la actividad realizada se alcanzó que la totalidad es decir el 100% de las autoridades educativas de la UESFA, cooperen con la manejo del test diagnostico que fue entregado en copia virtual e impreso.



Foto N° 9

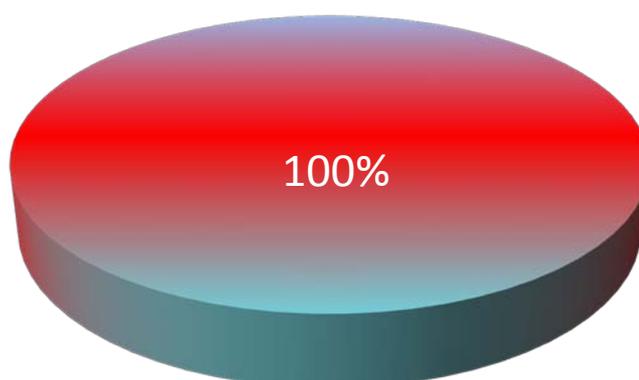


Foto N° 10



Foto N° 11

Resultado obtenido



3.3 PRIMERA APLICACIÓN DEL TEST DIAGNOSTICO “ESCALA DE DEPRESIÓN”

La aplicación del test diagnóstico impreso, como última actividad y poder así determinar la puntuación al ser aplicado y establecer en qué nivel de depresión están los estudiantes que cursan el bachillerato de la UESFA.

DESARROLLO

La aplicación del test fue realizada con la ayuda del personal del DOBE, y con la debida autorización del Sr Rector y Fray Luis Macansela Jefe del DOBE, antes de iniciada esta actividad se dieron las indicaciones respectivas, como son: colocar el nombres y apellidos, sexo, paralelo, edad y fecha de aplicación del test, se pidió que el mismo sea contestado en forma clara, con seriedad y honestidad colocando un circulo y una sola respuesta en cada ítems a contestarse.

PARTICIPANTES

Participaron en la recepción del desarrollo del test la Dra. Rosario Espinosa, Lda. Delia González y la Dra. Mayra Tacuri Psicóloga Clínica y fue aplicada en la respectivas aulas de los siguientes paralelos del Bachillerato que hasta el momento están matriculados y asistiendo I Bachillerato paralelo "A" 32, paralelo "B" 31, y paralelo "C" 32, II Bachillerato paralelo "A" 42, paralelo "B"37, y III Bachillerato paralelo "A"47, paralelo "B" 30 dando un total de 251, de los cuales se aplicaron a 245 estudiantes 6 de ellos no se aplicó por inasistencia en esos días.

RESULTADOS

La aplicación del test diagnóstico en la Escala de Depresión se alcanzó el 97,6% de un universo de 251 estudiantes de todos los paralelos del 1ro, 2do, y 3ro de Bachillerato participando en forma activa con seriedad en la contestación de dicho Test.

COMPROMISOS

Los directivos del DOBE se comprometieron en hacer el seguimiento del mismo durante al año lectivo y hacer la aplicación del Test en las fechas establecidas por los Directivos, como es al inicio de clases.



Foto N° 12

INDICADORES ALCANZADOS

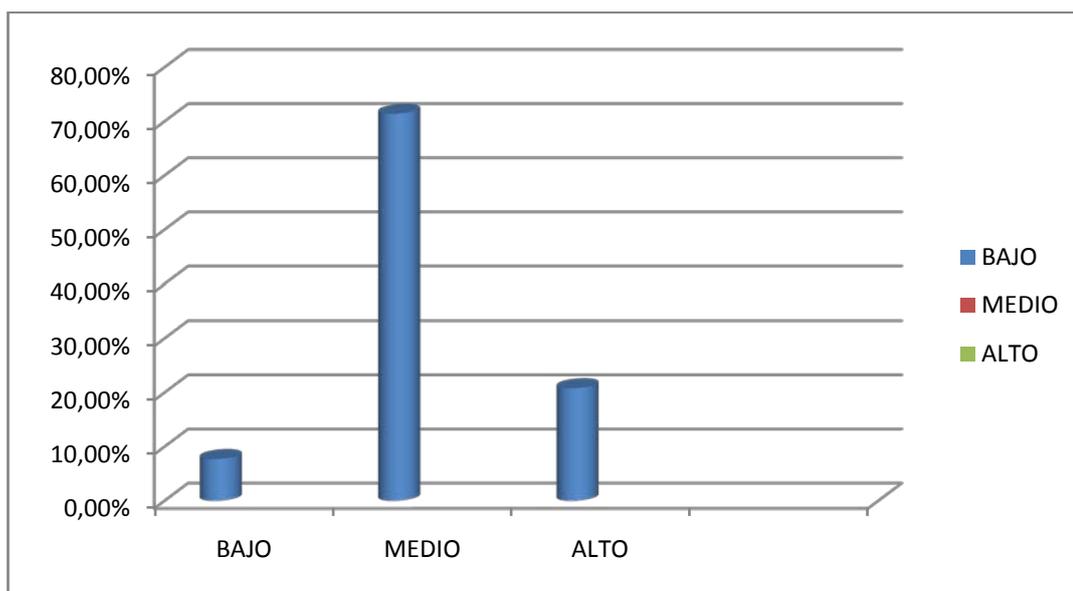
Con esta actividad realizada se logró aplicar el test a 245 que corresponde al 97,6% de un total de 251 (6 no asistieron), estudiantes adolescentes matriculados en los primeros, segundos y terceros del bachillerato.

Del test aplicado se obtuvo los siguientes resultados e indicadores Riesgo Bajo (1-9 puntos) que fueron de 15 (6%) estudiantes que se encontrarían en situación de riesgo menor, puntuación media (10-25 puntos) con un número de 174 (71%) estudiantes que estarían en un riesgo medio y la puntuación alta (26-60 puntos) es de 51 (23%) de estudiantes adolescentes en mayor riesgo.

PUNTUACION Y PORCENTAJES DE RIESGO DE DEPRESION

RIESGO	PUNTAJE	PORCENTAJE
Bajo	15	6,2%
Medio	174	71,0%
Alto	56	22,8%
Total	245	100 %

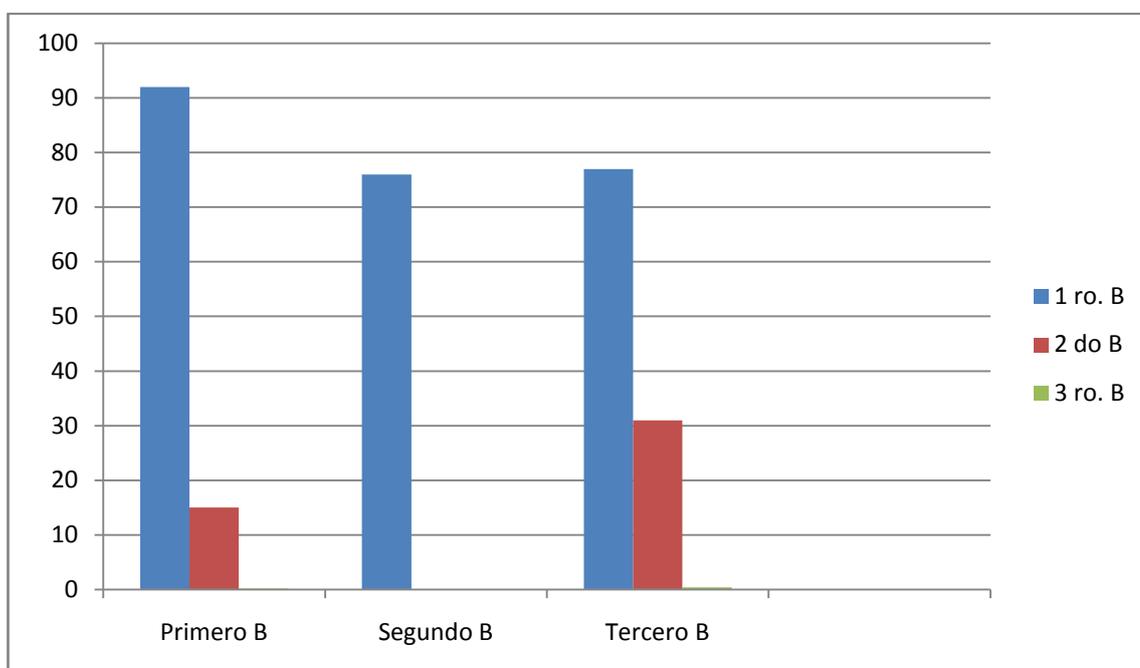
ESCALA DE DEPRESION



En la puntuación de Riesgo Bajo en la Escala de Depresión se obtuvo en los primeros cursos del bachillerato de un total de 92 estudiantes 15 (16,3%), en los segundos cursos del bachillerato de un total de 76 estudiantes ninguno presentó este riesgo (0%), los terceros del bachillerato de un total de 77 estudiantes 31 (40,2%) se encontró en esta puntuación de riesgo bajo, lo que determina que en los cursos terceros del bachillerato donde están los adolescentes mayores su riesgo bajo prevalece. desánimo, estrés de menor afectación, pero que no interfirieran con su rendimiento y bienestar.

RIESGO BAJO DE DEPRESION POR CURSOS

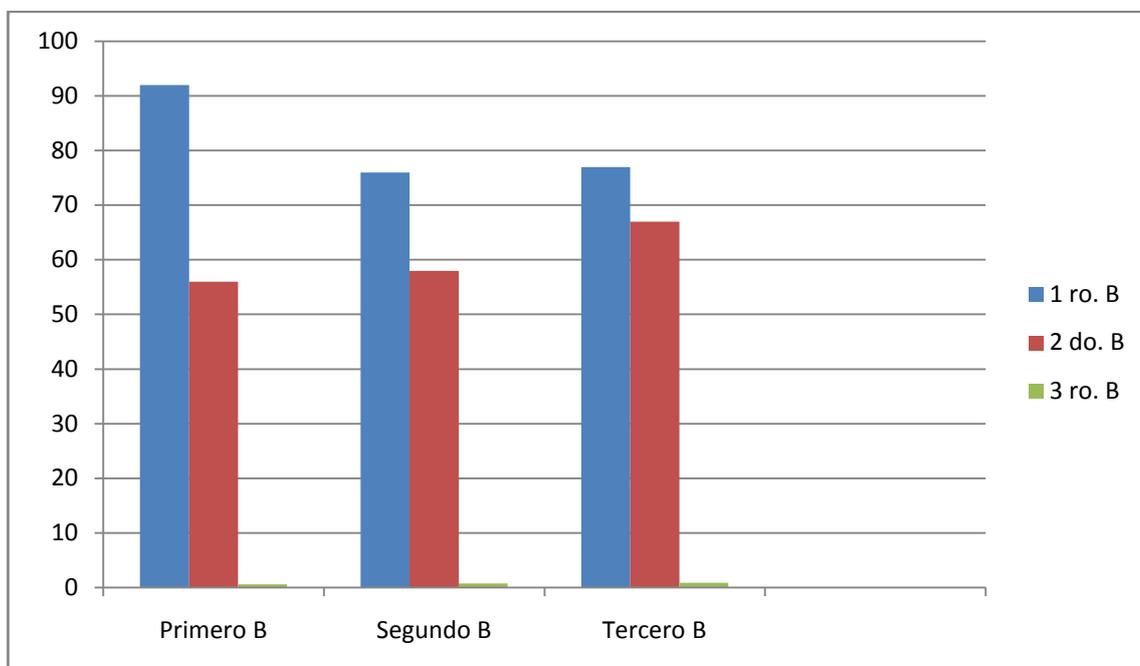
CURSO	TOTAL ESTUD.	NUMERO	PORCENTAJE
1º BACHILLERATO	92	15	16,3%
2º BACHILLERATO	76	0	0%
3º BACHILLERATO	77	31	40,2%



En el puntaje de Riesgo Medio en la Escala de Depresión se obtuvo los siguientes resultados, en los primeros cursos del bachillerato de un total 92 estudiantes 56 (60,8%), en los segundos cursos de bachillerato de 76 estudiantes se obtuvo 58 (76,3%), los terceros cursos de bachillerato de un total de 77 estudiantes 67 (87%) estuvo encasillado en esta puntuación. Notándose un porcentaje similar en los tres años de bachillerato. Siendo el estado de ánimo deprimido y la tristeza más persistentes, poco interés en actividades cotidianas, y la autoestima baja, afectando ya su rendimiento y bienestar.

RIESGO MEDIO DE DEPRESION POR CURSOS

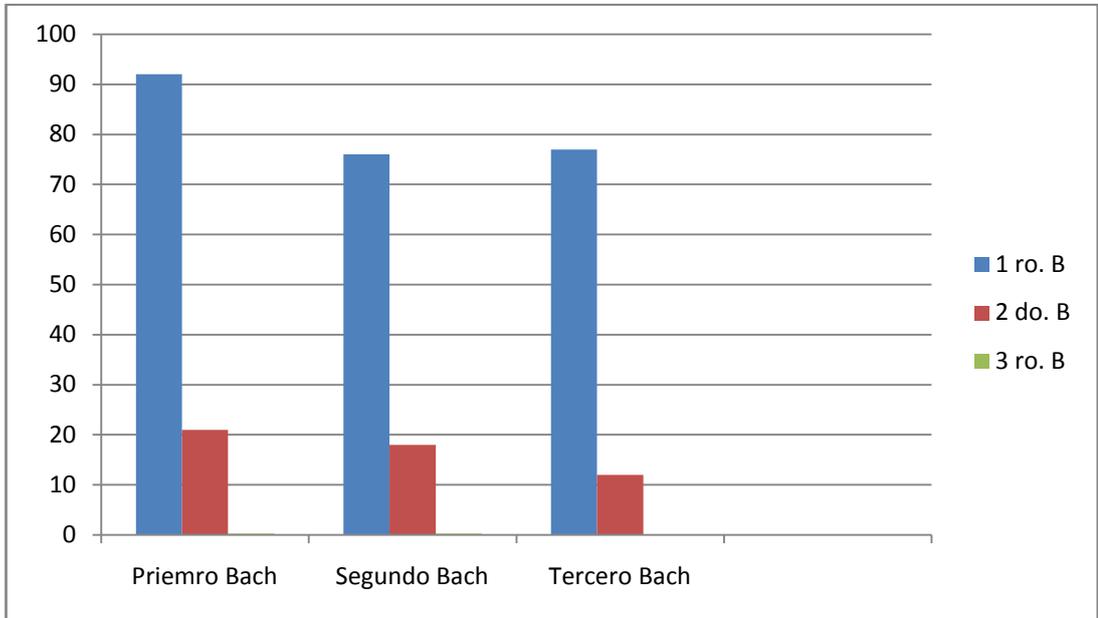
CURSOS	TOTAL ESTUD.	NUMERO	PORCENTAJE
1º BACHILLERATO	92	56	60,8%
2º BACHILLERATO	76	58	76,3%
3º BACHILLERATO	77	67	87%



En el Riesgo Alto en la Escala de Depresión se evidencio que los primeros cursos de bachillerato con un total de 92 estudiantes 21 (22,8%) presentan un alto de riesgo, en tanto que los segundos del total de 76 estudiantes 18 (23,6%) presentan riesgo alto y finalmente de los terceros con un total 77 estudiantes 12 (15,5%) se detectaron riesgo alto, indicándonos que en estos cursos del bachillerato su riesgo que es mayor y es donde tempranamente se debe actuar para evitar las consecuencias. Encontrándose una combinación de síntomas como falta de apetito, no dormir bien ,no disfrutar de actividades que antes les eran placenteras, miedos, falta de energía, ya sentimientos de baja autoestima, indiferencia o desinterés, pesimismo.

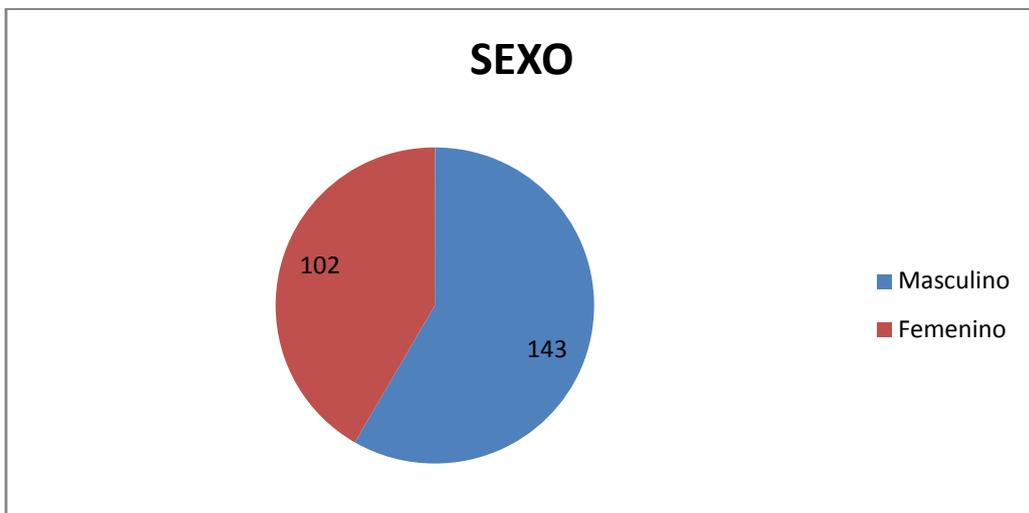
RIESGO ALTO DE DEPRESION POR CURSOS

CURSOS	TOTAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
1º BACHILLERATO	92	21	22,8%
2º BACHILLERATO	76	18	23,6%
3º BACHILLERATO	77	12	15,5%



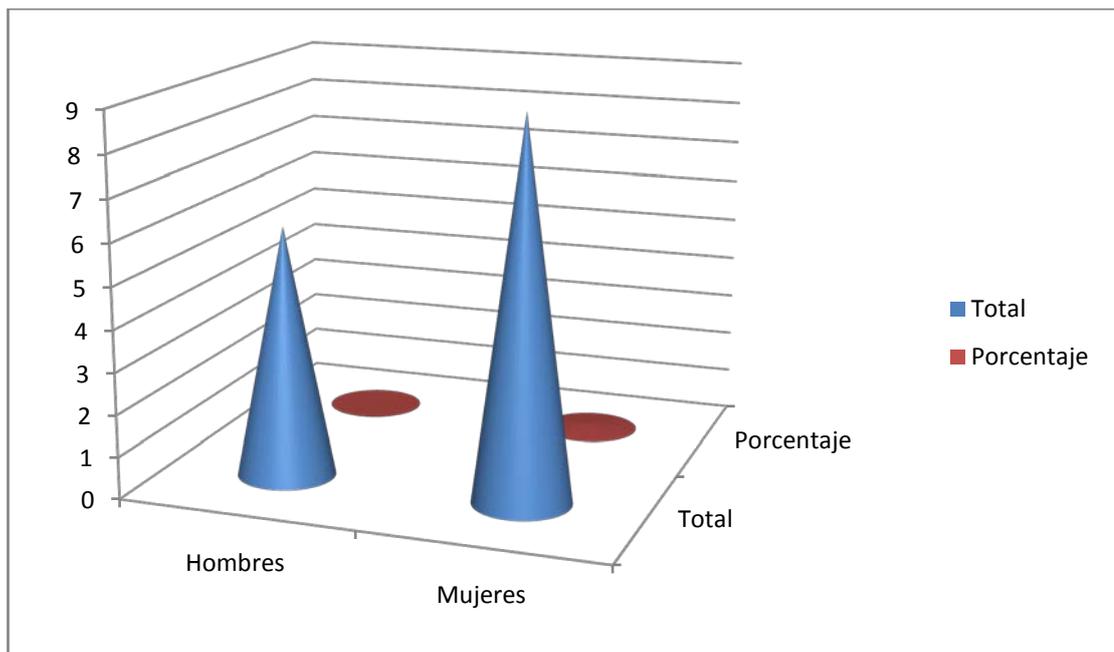
En cuanto al Género, del total de 245 estudiantes de los primeros, segundos y terceros de bachillerato se observó que 143 (58.3%) son de sexo masculino, y 102 (41,6%) son estudiantes de sexo femenino notándose que el sexo masculino supera en número al femenino.

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES POR SEXO



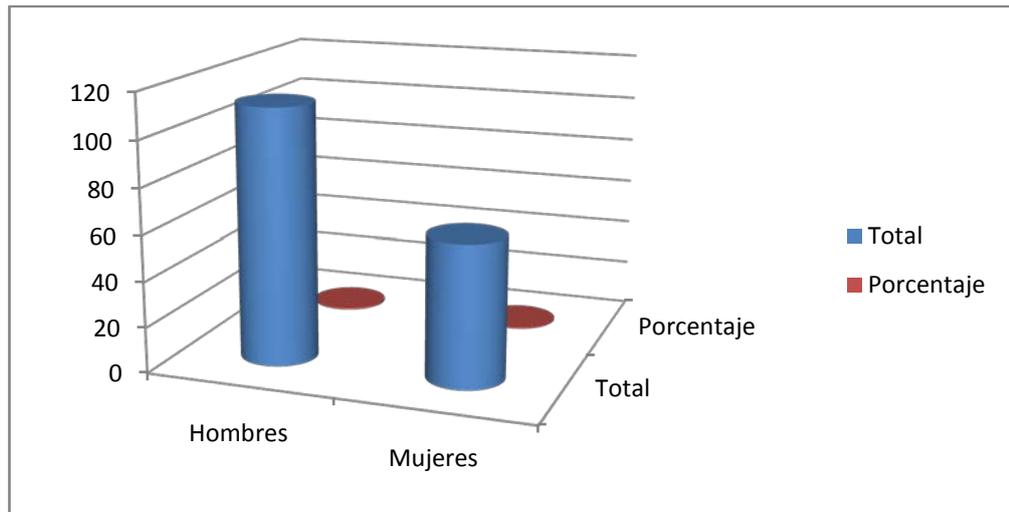
- Con respecto al Riesgo Bajo por sexo en la Escala de Depresión se pudo observar lo siguiente, que 6 varones (4,1%) es menor en comparación con 9 mujeres (8,8%)

PORCENTAJE DE RIESGO BAJO EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR SEXO



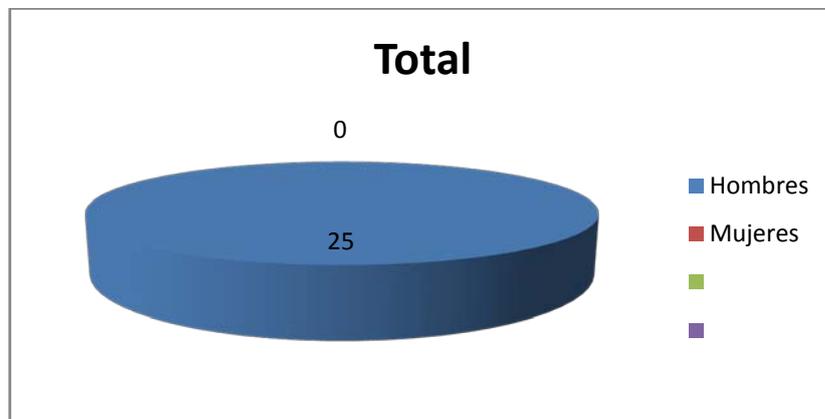
- Riesgo Medio en la Escala de Depresión, en varones corresponde a 112 (78,3%) siendo superior a un total de 62 mujeres (60,7%)

PORCENTAJE DE RIESGO MEDIO EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR SEXO



- Riesgo Alto en la Escala de Depresión en varones corresponde a 25 (17.4%) en tanto que en 31 mujeres (30,3. %).

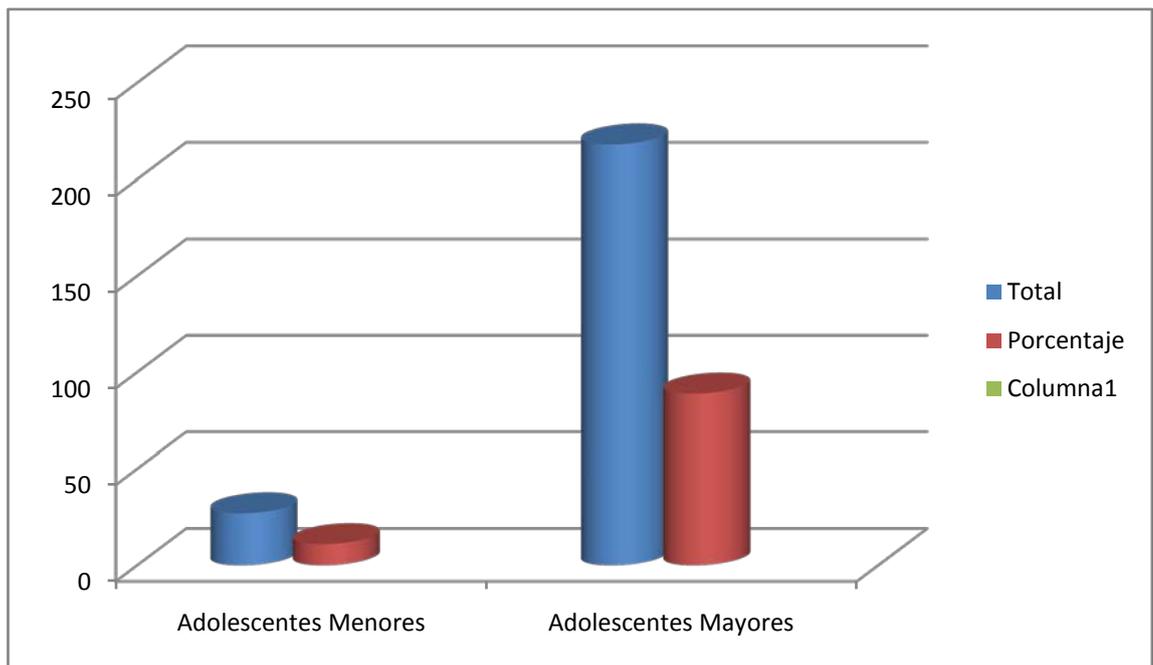
PORCENTAJE DE RIESGO ALTO EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR SEXO



En cuanto a la edad se pudo obtener que en el grupo de adolescentes menores (10-14 años) existen 27 estudiantes (11.0%) y adolescentes mayores de 15 a 19 años existen 218 (88.9%), siendo el grupo de edad predominante.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES

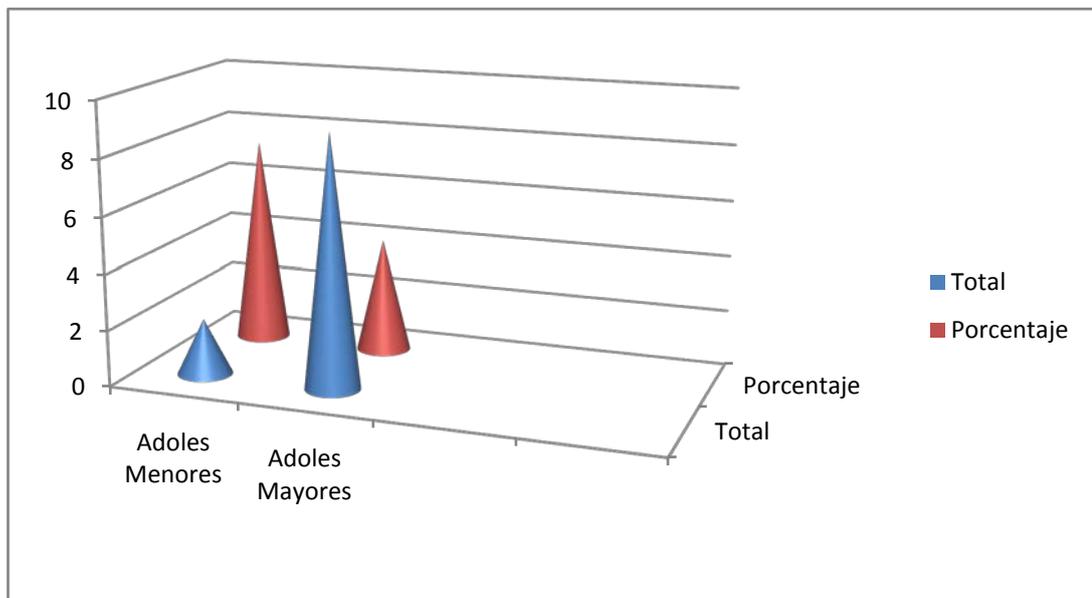
Grupos de edad	Total	Porcentaje
Adolescentes Menores	27	11%
Adolescentes Mayores	218	88,9%



En cuanto al puntaje de riesgo por grupos de edad, se apreció lo siguiente:

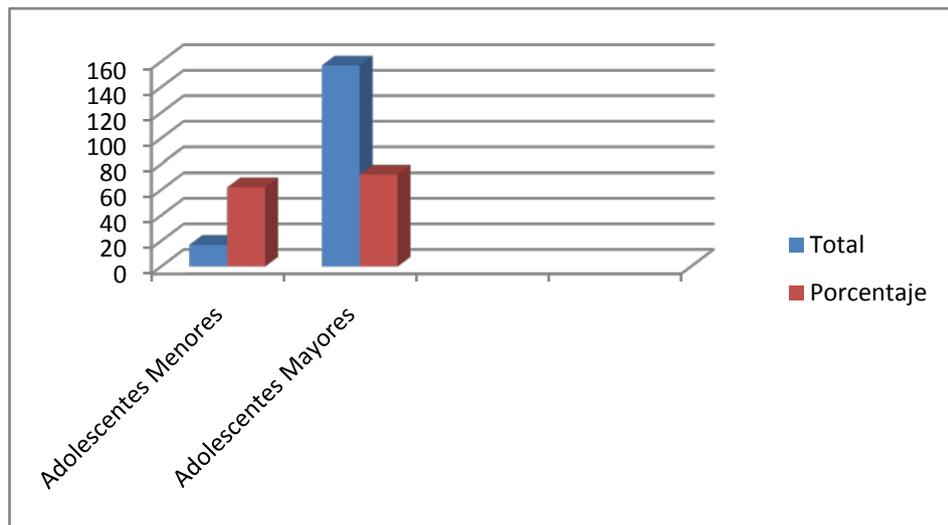
- Riesgo bajo en la Escala de Depresión en los adolescentes menores son 2 (7,4%), comparado con los adolescentes mayores que corresponden a 9 (4,1%) demostrando que el riesgo es más alto en adolescentes mayores

PUNTAJE DE RIEGO BAJO EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR GRUPOS DE ADOLESCENTES



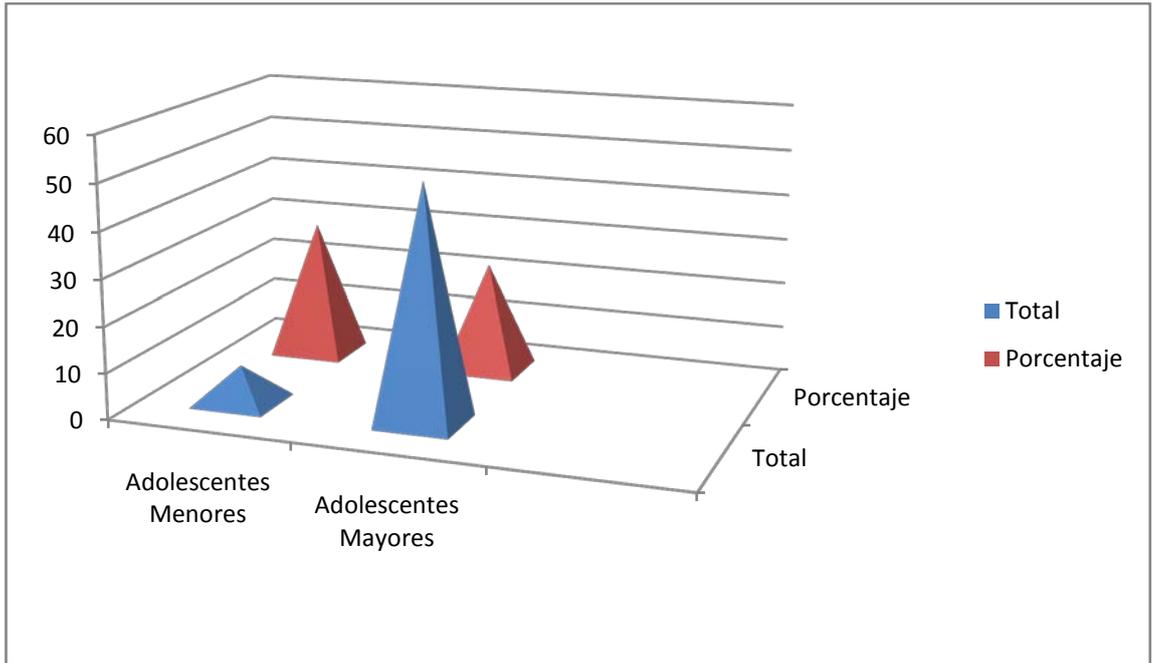
- Riesgo medio, en la Escala de Depresión en Adolescentes Menores es de 17 (62%), comparado con los Adolescentes mayores 157 (72%) demostrándonos una similitud de riesgo medio en estos dos grupos de edades.

PUNTAJE DE RIESGO MEDIO EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR GRUPOS DE ADOLESCENTES



- Riesgo Alto en la Escala de Depresión en menores 8 (29,6%), comparado con los mayores 51 (23,7%), siendo sus porcentajes similar de riesgo alto en ambos grupos de edades, realidad que se asemeja a estudios realizados en estadísticas anteriores.

PUNTAJE DE RIESGO ALTO EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR GRUPOS DE ADOLESCENTES



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La realización de este proyecto ha sido una grata experiencia para mi persona ya que detectar estados depresivos y poder lograr intervenir oportunamente constituye un verdadero reto en Salud Pública.
- La participación de todos los integrantes de la comunidad educativa, facilitó el desarrollo del proyecto con resultados satisfactorios, se observó una muy buena apertura y predisposición tanto en las autoridades de la Unidad Educativa " San Francisco de Asís de Loja" maestros docentes, departamento social, médico, padres de familia y estudiantes los cuales aceptaron y acogieron la problemática con el fin de que todos de alguna manera estén involucrados con la intervención y prevención de conductas de riesgo por depresión y sus complicaciones entre ellas el suicidio frecuente en nuestro medio.
- La capacitación a docentes, padres de familia y estudiantes, permitió una verdadera reflexión e interiorización de la problemática y por ende los compromisos asumidos, que ayudarán a manejar en forma humana y técnica los casos de depresión.
- Se capacito al 90% del personal educativo, se socializó y concientizó con el 100% de padres de familia y estudiantes esta problemática con crecientes cifras de depresión y complicaciones como el suicidio, lo que nos obliga a responder a la sociedad para que nuestros adolescentes puedan seguir viviendo y disfrutar de su existencia.
- Se logró establecer la atención y cooperación en Red, con el Patronato de Amparo Social del H.C.P.L., INNFA-MIES, H.I.A de Loja través del departamento de Salud Mental, U.C.I. para el tratamiento y seguimiento de los casos detectados.

- Al institucionalizarse Test Escala de Depresión de Casullo se logró un gran compromiso por parte de Autoridades, DOBE, Maestros, Medico de la UESFA, lo que generará identificación temprana e intervención oportuna de casos de depresión para disminuir conductas depresivas en adolescentes.

RECOMEDACIONES

- Por la alta incidencia de conductas depresivas en la población infanto juvenil el sistema educativo desempeña un papel clave en la detección temprana de comportamientos y grupos de riesgo para poder prevenir e intervenir oportunamente actos auto lesivos, recordando que en entorno escolar conjuntamente con el familiar, juega un rol importantísimo en las interacciones e interrelaciones sociales de los niños, niñas, y adolescentes (compañeros de escuela, maestros, directivos).
- Potencializar las capacitaciones a maestros, padres de familia que al momento están motivados por seguir aprendiendo y alentar la apertura del estudiante (terceros, amigos y compañeros etc.) para incrementar la búsqueda de ayuda.
- Realizar charlas, seminarios, periódicamente sobre los diferentes trastornos emocionales y psíquicos, así como en los factores ambientales, familiares y socio-culturales que predisponen a estas conductas por un equipo multidisciplinario que estaría conformado por psicólogo clínico –educativo, medico, asistencia social y maestros.
- Consideramos que coordinar la realización de actividades como convivencias con grupos de apoyo como la Pastoral juvenil local sería de gran beneficio para la motivación de estos jóvenes en riesgo.
- Motivar a las autoridades sobre nuevos proyectos y rastreo para identificar a aquellos factores de riesgo subyacentes para una ulterior evaluación clínica y de ser necesario derivación a servicios de salud especializados y de esta manera mejorar su estilo de vida y un mejor rendimiento académico.
- Que nuestro aporte personal y particularmente de la UTPL-Escuela de medicina, a través de sus programas de maestrías contribuyan a su prevención involucrando no solo a los profesionales ligados a la salud, sino a la familia, a la comunidad, escuelas, colegios y por qué no medios de comunicación puesto que el suicidio infanto juvenil cobra una doble importancia al apagarse una vida que " no fue y pudo ser" ya que un adolescente detectado y rescatado a tiempo es una vida productiva para el planeta que se puede salvar y se pone al servicio de la humanidad.

- Integrar a la Comunidad Educativa para que participen y sean autores del bienestar de la familia y de sus hijos.
- Mantener informada a la comunidad y familiares sobre casos de depresión en adolescentes y reflexionar sobre cambios en actitudes.
- De la experiencia obtenida de la presente investigación recomendar que se aplique el Test de Depresión tres veces durante el año escolar(al inicio, al trimestres y al final), para así poder detectar casos de riesgo y poderlos tratar oportunamente.
- Finalmente recomendar que se aplique e institucionalice el Test Diagnostico a otros establecimientos de Loja en forma seria y con personal debidamente capacitado Y, que se trabaje en Red en aquellos casos de adolescentes que se detecten con depresión y conductas de riesgo, mostrándoles que si hay personas que se preocupan por ellos, que son la esperanza del presente y el futuro.



BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso Sánchez Medina (2007) El Suicidio y su Prevención. Academia Nacional de Medicina. Colombia
2. Álvarez Sintés (2001) Medicina General Integral. La Habana. Tomado de documento de la Maestría de Hebeatría Modulo II. Adolescencia y Familia.
3. Berman AL, Jobes DA (2005). Prevención de suicidio en adolescentes (12-18 años). *Suicide Life Threat Behav*; 25: 143-54.
4. Bettis B, Walker E (2004): Síntomas asociados a las conductas suicidas en niños y adolescentes.; 14: 591-604.
5. Brent D.A, Johnson B, Bartle S (2000), et al: Desordenes de personalidad, tendencias e impulsos violentos, y conducta suicida en adolescentes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 32: 69-75.
6. C. García Castrillón de la Rosa. Familia disociada. Su génesis. *Anales Españoles de Pediatría, Suplemento 108. XIII Simposio Español de Pediatría Social de la A.E.P.* 36 – 37.
7. Camacho V (2000). Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América latina y el Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington D.C., OPS/OMS,
8. CLONINGER, Susan 2003. *Teorías de la Personalidad*. Edit. Pearson Educación. 3ra. edición. México.
9. Díaz V. R (2000). *Baja edad de inicio de fumado, Costa Rica*.
10. Dra. María Elena Francia Reyes (24/03/2008)| Publicado: | Psicología, Psiquiatría.
11. Esser G (2002). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Stutthart: ThiemeVerlag;
12. García Fuster, Enrique (2002). *Las Víctimas invisibles de la violencia familia*, Editorial Paidós, España, , pág. 25-26

13. J. Callabed Carracedo. Familia y adolescente: Prevención de la drogadicción. Anales Españoles de Pediatría, Suplemento 108. XIII Simposio Español de Pediatría Social de la A.E.P. 55 – 57.
14. J.L. Pedreira Massa. El niño vulnerable durante la primera infancia. Anales españoles de Pediatría. Suplemento 108, 17-24
15. Jean-Philippe Faure (2007). Educar sin castigos ni recompensas. Editorial Lumen, Buenos Aires, pág. 62.
16. Lolas F, Verdugo S, Castellón C (2000): Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. Rev Chil Neuro-Psiquiatr; 26: 12-25.
17. Marcelli, De., Bracomier, A. (2005): "Psicopatología del Adolescente 2da. Edición. Masson. Barcelona
18. Ministerio de Bienestar Social (2006), La situación de la juventud, análisis, indicadores y propuestas (SIISE). Tomo II, pág. 155-156.
19. Minoletti A, López C. (2002): Enfermedades mentales en Chile. Magnitudes y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental.
20. Molina R., Sandoval J., Luengo X. (2000): "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
21. Núñez JG, Martínez MA, Maynard Tucker G, Murria N. (2000) Proyecto de Servicios integrales para adolescentes en condiciones de Pobreza. Informe Final. Futures Group Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo/OPS/ Costa Rica, Mayo.
22. OMS, 2009. Preventing Suicide AResourceFor General Physicians. Mental and Behavioural Disorders Departament of Mental Health World Health Organizathion Geneva.
23. Paz Robledo (2007) Hoecker Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría 62. RevPeru.Pediatr. 60 (1)

24. Pérez Barrero SA. (2004) "La Adolescencia y comportamiento Suicida" Edición del Autor. La Habana Cuba
25. República Argentina Ministerio de Salud y Ambiente. (Año 2007) Sistema Estadístico de Salud. Agrupamiento de Causas de Mortalidad por División Política Territorial de Residencia, edad y sexo
26. Schaller D, Pletter C. (Octubre 2001) Parámetros Prácticos para la evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con comportamiento suicida. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 65 No. 2.
27. Schutt-Aine J, Maddaleno M. (2002) Salud Sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones para programas y políticas. Washington D.C., OPS/OMS,
28. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman PD (2000): Preventing teenage suicide: a critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 27: 675-87.
29. Silva FV; Oliveira HB (2006); Factores asociados a ideaciones suicidas. Cad. Saude Publica vol. 22 No.9 Rio de Janeiro Sep.
30. Soler Jaume y Conangla María Mercé (2008), Ámame para que me pueda ir, Círculo de lectores, Bogotá-Colombia, pág. 43-44.

INTERNET

1. \html.rincondelvago.com/suicidio-en-la-infancia-y-adolescencia.htm...
2. Alguns Meios de prever de suicidio. (citado el 22.03.04) disponible en: www.tuimportas.or/geral/- formato HTML
3. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolesc.htm>
4. <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/suicide.htm>.
5. <http://www.nacion.com/dominical/2001/julio/15/dominical15.htm>.
6. http://www.nacion.com/ln_ee/2002/marzo/20/pais9.htm
7. Http-www.miautoestima.com
8. Pérez S. Grupos de riesgo. Una nueva Estrategia para la Prevención del Suicidio (citado: 20.02.04) disponible en: www.interpsiquis.com/2004/- formato HTML
9. Pérez S. La adolescencia y el comportamiento suicida (citado: 07.02.2004). Disponible en: www.paidopsiquiatria.com-formato.pdf
10. Ruiz JJ, Cano JJ, Imbernon JJ. La P.C.U. del intento suicida. (citado 12.12.03). Disponible: [www.psicologia-online.com-formato](http://www.psicologia-online.com-formato.html) HTML
11. www.monografias.com/trabajos16/suicidio-adolescencia/suicidio-ado...
12. www.mailxmail.com/curso-bioquimica-suicidio-jovenes-mexico/suicid...

ANEXOS

ANEXO1**ENCUESTA DIAGNOSTICA DE SINTOMAS DE DEPRESION Y FACTORES DE RIESGO**

Señor o señorita estudiante, por favor conteste usted las siguientes interrogantes que permitirán detectar la presencia de síntomas y factores de riesgo de depresión, con el fin de tratar oportunamente el problema.

Cuestionario:

Fecha:..... Curso.....Paralelo.....

Estado civil.....Edad..... Sexo: M () F ()

1. Lugar de procedencia:

Sector urbano () urbano marginal () rural ()

2. Ocupación Trabaja: Si () No () **Estudia:** Si () No ()

3. Nivel educacional del adulto a cargo del estudiante

Sin escolaridad () Primario incompleta () Primario completa ()

Secundario incompleta () Secundario completa ()

Superior incompleta () Superior completa ()

4. Grupo familiar con el que vive el estudiante

Con ambos padres Si () No () **Solo:** Con la madre Si () No ()

Solo con el padre Si () No () Con Hermanos y ambos padres Si () No ()

Con hermanos y madre Si () No () Con padres y abuelos Si () No ()

Con abuelos Si () No () Con padrastro Si () No ()

Con madrastra Si () No ()

Es usted una persona sin apoyo social y familiar Si () No ()

Tiene sentimiento de desesperanza y culpa Si () No ()

Ha tenido Intento suicida previo Si () No ()

Por lo que ha sufrido ha presagiado morir Si () No ()

Ha realizado amenazas o proyectado suicidarse Si () No ()

Es usted muy Impulsivo Si () No ()

Esta viviendo Hostilidades, discordias Si () No ()

5. Factores de riesgo Familiares

Trabaja tu papa Si () No () **Trabaja la madre** Si () No ()

Consumo excesivo de alcohol: papá Si () No () mamá Si () No ()

Tiene antecedentes familiares de suicidio Si () No ()

o intentos de suicidio Si () No ()

En su hogar se vive Violencia familiar entre sus miembros:

Abuso físico como: golpes, correazos, empujones, cocachos, jalones de cabello, de orejas Si () No ();

Psicológicos: gritos, insultos, malas palabras, humillaciones Si () No () Sexual Si () No ()

Separación de los progenitores por muerte Si () No (),

Separación Si () No () o divorcio Si () No ().

Pobre comunicación entre los integrantes de la familia (Sus padres en vez de conversan entre ellos con afecto se gritan, en vez de dialogar contigo solo recibes

regaños, insultos, gritos y reclamos, con tus hermanos se discuten, se gritan) Si ()
No ()

Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura. Si () No ()

Sus padres son Autoritarios Si () No () o pérdida de la autoridad entre los progenitores (uno de ellos dice si y el otro no) Si () No () .

Si () No ()

Sus padres establecen exigencias desmedidas Si () No ()

o total falta de exigencia Si () No ()

Las personas mayores en tu hogar le hacen llamadas de atención que generalmente adquieren un carácter humillante Si () No () .

GRACIAS POR LA COLABORACIÓN

ANEXO 2

ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR (FES)⁴⁴

El objetivo de este cuestionario es detectar el ambiente familiar que tienen las personas. Los datos que se obtengan serán utilizados de manera confidencial. De antemano agradezco su cooperación para contestar este cuestionario.

Edad: _____ Sexo _____

Año o curso: _____ Paralelo _____

Instrucciones: A continuación se presentarán una serie de preguntas las cuales deberás leer cuidadosamente y marcar con una cruz la opción SI o NO según considere que mejor refleje tu respuesta. Trate de ser lo más sincero y honesto posible y recuerde que para cada pregunta sólo puede elegir una opción. Conteste todas las preguntas.

Ejemplo: En su familia se llevan bien. SI NO

CUESTIONARIO		SI	NO
1	¿En su familia realmente se ayudan unos a otros?		
2	¿Acostumbran a hablarse de lo que sienten?		
3	¿Se pelean mucho entre ustedes?		
4	¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie?		
5	¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?		
6	¿Hablan de política y problemas del país frecuentemente?		
7	¿Cuándo tienen tiempo libre, salen de su casa?		

⁴⁴Soria, R., Montalvo, J. y Arizpe, M. (1998). Algunas características estructurales de la familia del adolescente con problemas académicos. *Psicología y ciencia social*. 2 (2), 65-74.

8	¿Va a la iglesia con frecuencia?		
9	¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?		
10	¿Se dan órdenes entre ustedes?		
11	¿Pasan muchos momentos juntos en casa?		
12	¿Pueden entre ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?		
13	¿Se enojan entre ustedes frecuentemente?		
14	¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia?		
15	¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida?		
16	¿Van seguidos a conferencias, teatros o conciertos?		
17	¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?		
18	¿En su familia acostumbran a rezar?		
19	¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados?		
20	¿En su familia hay mucha disciplina?		
21	¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?		
22	¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?		
23	¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?		
24	¿En su familia cada quien decide lo que hace?.		
25	¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?		
26	¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes?		
27	¿Alguno de ustedes está en equipos de fútbol, béisbol, etc.?		
28	¿Hablan entre ustedes sobre el significado religioso de la navidad, semana santa, etc.?		

29	¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando se necesitan?		
30	¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de sus decisiones?		
31	¿Se sienten muy unidos en su familia?		
32	¿Se cuentan sus problemas personales unos a otros?		
33	¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?		
34	¿Pueden salir de su casa cada vez que quieran?		
35	¿Creen ustedes que se debe luchar ser el mejor en cualquier cosa que hagan?		
36	¿Están ustedes interesados en actividades culturales?		
37	¿Van al cine, eventos deportivos o excursión seguida?		
38	¿Creen ustedes en el cielo y en el infierno?		
39	¿En su familia son puntuales?		
40	¿Las cosas en casa se hacen como se debe?		
41	¿Son ustedes acomodados en las cosas que necesitan en casa?		
42	¿Si sienten ganas de hacer algo de repente, lo hacen?		
43	¿Seguido se critican unos a otros?		
44	¿En su familia pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?		
45	¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión?		
46	¿Seguido discuten de arte, política, cultura, etc.?		
47	¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos?		
48	¿En su familia tienen ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo?		

49	¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones?		
50	¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que está permitido		
51	¿Realmente se apoyan unos a otros?		
52	¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro miembro se queja?		
53	¿Se ha golpeado entre ustedes en alguna ocasión?		
54	¿En su familia, cada quien resuelve sus propios problemas?		
55	¿Se preocupan por mejorar en el trabajo o por sacar buenas calificaciones en la escuela?		
56	¿Alguien en su familia toca algún instrumento musical?		
57	¿A parte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?		
58	¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena fe?		
59	¿Tratan de tener su casa limpia?		
60	¿En su casa hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?		
61	¿Hay mucha unión en su familia?		
62	¿Los asuntos de dinero y deudas se hablan delante de todos los miembros de la familia?		
63	¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?		
64	¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?		
65	¿En su familia trabajan duro para mejorar y salir adelante?		
66	¿Van a la biblioteca frecuentemente?		
67	¿Van a cursos o clases que no son parte de la escuela, por pasatiempo o interés?		

68	¿En su familia cada persona tiene ideas diferentes de lo que es bueno o malo?		
69	¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones?		
70	¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?		
71	¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?		
72	¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?		
73	¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?		
74	¿Cuándo algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?		
75	¿En su familia primero es el trabajo y luego la diversión?		
76	¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión?		
77	¿Salen ustedes a pasear muy seguido?		
78	¿La Biblia es un libro muy importante en su casa?		
79	¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su familia?		
80	¿La disciplina en su casa es muy estricta?		
81	¿En su familia a cada miembro se le dedica tiempo y de dedicación?		
82	¿En su familia discuten mucho?		
83	¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?		
84	¿En su familia se permite que cada quien diga lo que piensa?		
85	¿A ustedes les gusta compararse con los demás?		
86	¿Realmente les gusta la música, lectura, pintura, danza, etc.?		
87	¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver la T.V. o escuchar la radio?		
88	¿En su familia creen que cuando alguien comete un pecado, será		

	castigado?		
89	¿Los platos se lavan rápidamente después de comer?		
90	¿En su familia se respetan las cosas que no están permitidas?		

Cohesión (1, 11, 21, 31, 41, 51, 61,71 y 81)

Expresividad (2, 12, 22, 32, 42, 52, 62,72 y 82)

Conflicto (3, 13, 23, 33, 43, 53, 63,73 y 83)

Independencia (4, 14, 24, 34, 44, 54, 64,74 y 84)

Orientación a metas (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65,75 y 85)

Orientación Cultural e intelectual (6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86)

Recreación (17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87)

Religiosidad (18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88)

Organización (19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89)

Control (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90)

Resultados:.....

Anexo 3

Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS)

Diseñado por King y Kowalchuk 1994, Adaptación: M. M. Casullo.

Apellido: Nombres:
 Edad: Sexo: Fecha:
 Escuela: Año:

Lee con atención las siguientes frases. Trata de responder a cada una de ellas pensando en cómo te sentiste en los últimos seis meses. Para cada una de las 30 frases tienes cuatro opciones de respuesta:

Puntos 1. Estoy totalmente en desacuerdo. 2. En parte estoy en desacuerdo. 3. En parte estoy de acuerdo. 4. Estoy totalmente de acuerdo. Escribe el número que corresponde a tu respuesta junto a cada frase.	
Preguntas	Respuestas (1, 2, 3, o 4)
1) Debo de ser un/a soñador/a, dado que siempre espero cosas que no ocurren.	
2) En el futuro hay para mí muchas posibilidades de ser feliz	
3) Generalmente pienso que aun los peores sentimientos van a desaparecer.	
4) Confío en que los que se preocupan por mí no me van a abandonar si tengo un fracaso	
5) Las personas con las que me relaciono no me necesitan en absoluto	
6) Mientras crecía me hicieron creer que la vida es justa. Creo que me mintieron, porque no es justa para nada.	
7) Mi vida se ha desarrollado, en general, en la forma que yo quise	

8) Quisiera poder hacer que duren más los buenos momentos, pero no puedo	
9) Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor	
10) Creo que seré incapaz de tener suficiente coraje como para enfrentar la vida	
11) Tengo las cualidades necesarias para ser feliz.	
12) Cuando algo malo me sucede, siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales	
13) Aunque esté muy enojado/a, puedo pensar con claridad si me lo propongo	
14) Las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos	
15) Para impedir que las cosas empeoren, creo que el suicidio es la solución.	
16) Si alguien logra algo que yo no tengo, siento que es injusto.	
17) Aunque me sienta desesperanzado/a, sé que las cosas pueden mejorar.	
18) Cuando mi vida enfrenta alguna dificultad, me confundo.	
19) Siento como si no perteneciera a ningún lado	
20) Pienso en morirme como una forma de resolver mis problemas.	
21) Antes creía que podía llegar a ser alguien especial. Ahora sé que no es posible.	
22) Siento que puedo controlar mi vida.	
23) Cuando me emociono mucho, siento que mi cuerpo me controla y no puedo dominado	
24) Cuando algo me sale mal, quiero esconderme, desaparecer.	
25) Para no sentirse malo solo/a, la solución es morirse.	
26) Nadie me querría si realmente me conocieran bien.	
27) Posiblemente llegue a ser la clase de persona que quiero ser	
28) Nunca sentí que estaba a punto de quebrarme, de hacerme pedazos	

29) Los que me quieren se equivocan. Con el tiempo se van a dar cuenta de cómo soy realmente.	
30) Si mis cosas empeoraran, creo que me mataría.	

DESESPERANZA: ítems 2,7, 12, 17,22, 27.

BAJA AUTOESTIMA: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26.

INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28.

SOLEDAD Y ABATIMIENTO: ítems 4, 9, 14, 19,24, 29.

IDEACION SUICIDA: ítems críticos 5, 10, 15, 20, 25, 30.

Diagnóstico:

Puntaje:.....

- Bajo riesgo suicida*
- Moderado riesgo suicida*
- Alto riesgo suicida*

Anexo 3



U.E.S.F.A.
Escala de Depresión (M.M. Casullo, 1994)
 Adaptación P.V. Tacuri, 2010

Apellido: Nombres:
 Edad: Sexo: Fecha:
 Curso/año: Paralelo:

Instrucciones: Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta coloca un círculo alrededor del número que elijas (0, 1, 2 o 3).

Durante la semana pasada:	(menos de un día)	(1-2 días)	(3-4 días)	(5-7 días)
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3
2. No tenía hambre ni mucho apetito.	0	1	2	3
3. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.	0	1	2	3
4. Me sentí tan bueno/a como los demás.	0	1	2	3
5. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba	0	1	2	3
8. Vi el futuro con esperanza.	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
10. Tuve miedo.	0	1	2	3
11. Dormí sin poder descansar.	0	1	2	3
12. Me sentí feliz.	0	1	2	3
13. Hablé menos que lo normal	0	1	2	3
14. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
15. La gente no me cayó bien.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Lloré.	0	1	2	3
18. Estuve triste.	0	1	2	3
19. Sentí que no caía bien a otras personas.	0	1	2	3
20. No pude animarme a hacer nada.	0	1	2	3

Total:.....Resultados.....

Puntajes: Bajos: 1 a 9 puntos
 Medios: 10 a 25 puntos
 Altos: 26 a 60 puntos

DESPUES DE IDENTIFICAR A UN/A ALUMNO/A CON RIESGO DE DEPRESION O SUICIDIO, EL PASO SIGUIENTE ES QUE HACER?

- A) SI EL MAESTRO OBSERVA SIGNOS DE PELIGRO DE UN EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, NUNCA DEBE COMETER EL ERROR DE IGNORARLOS Y ESPERAR QUE EL/LA ESTUDIANTE "SUPERE LA ETAPA"
- B) FACILITAR LA CREACION DE GRUPOS DE AUTOAYUDA
- C) ESTAR SIEMPRE DISPONIBLE
- D) COMPARTIR ESTA INFORMACION CON LAS AUTORIDADES DEL COLEGIO APROPIADAS
- E) HABLAR CON LA FAMILIA DE ÉL O ELLA Y RECOMENDARLES:
TRATARLO CON RESPETO.
CREEN LO QUE NOS MANIFIESTA.
ESCUCHARLE CON GENUINO INTERÉS

Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto)..PERO ADEMÁS

- a. TOMEN EN SERIO
 - b. HAGAN EVALUAR DE INMEDIATO POR UN PROFESIONAL DE SALUD MENTAL CAPACITADO PARA RECONOCER Y TRATAR LA DEPRESION (EL CONSEJERO O MEDICO DEBE AYUDARLES A ENCONTRAR UN PROFESIONAL APROPIADO) Y COMO PARTE DE ESTE PROCESO SE DEBE HACER NOTAR A LA FAMILIA QUE LOS ADOLESCENTES NO DEBEN TENER ACCESO A ARMAS DE FUEGO NI OTROS MEDIOS QUE PUEDAN AUTOLESIONARSE O AUTOELIMINARSE.
 - c. SI LOS PADRES ESTAN INDECISOS, PREGUNTARLES EL PORQUE? Y VOLVER A REPASAR LOS FOLLETOS PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA, ASEGURANDE DE INDICARLES LOS SIGNOS DE PELIGRO QUE SE HA OBSERVADO.
 - d. BUSCAR LA POSIBILIDAD DE INTERCAMBIO Y APOYO CON OTRAS FAMILIAS AFECTADAS EN GRUPOS FAMILIARES DIRIGIDOS POR UN PROFESIONAL EXPERTO EN ESTE TIPO DE PROBLEMATICA
- F) REFORZAR FACTORES PROTECTORES PARA ADOLESCENTES (GUSTOS POR CONTINUAR VIVIENDO, RESPONSABILIDADES PERSONALES Y HACIA LA FAMILIA, AFRONTAR LA REALIDAD)
 - G) INTERVENCION INDIVIDUAL: REALIZAR
 - a. PSICOTERAPIA
 - b. TERAPIA OCUPACIONAL
 - c. INTERVENCION PSICO-EDUACTIVA CON LAS REDES DE APOYO (CASAS DE SALUD, INFFAMIES, COMISARIA, DEFENSORIA, CRUZ ROJA ETC.)
 - E) INTERVENCION GRUPAL A TRAVES DE:
 - a. GRUPOS TERAPEUTUCOS
 - b. TALLERES DE AUTO-ESTIMA PERSONAL

¡RECUERDE SIEMPRE QUE AL LESIONARSE UNO MISMO, LESIONA A LOS QUE MAS QUIERE!

Loja, 3 de mayo de 2010

Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, en espera que nuestro Dios Todo Poderoso derramen en Usted muchas bendiciones.

Mediante el presente solicito a usted para que a través del DOBE, se autorice y coordinar la charla sobre "ADOLESCENCIA Y AUTOESTIMA" el día 14 de mayo del año en curso, a las 9H00 dirigido a los estudiantes del 2 y 3 ero. Del Bachillerato Y a los padres de familia el mismo día 14 a las 16H00, con el tema "CONVIVENCIA FAMILIAR Y MANEJO DE CONFLICTOS" como parte del: **PLAN DE INTERVENCIÓN PARA FORTALECER LA ARMONIA FAMILIAR DIRIGIDO AL BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA "SAN FRANCISCO DE ASIS" EN EL AÑO 2010**, previa a terminación de mi maestría en Gerencia Local en Salud para el Desarrollo Local de la UTPL.

En Espera que mi solicitud sea acogida favorablemente, le anticipo mis debidas gracias.

De Usted muy atentamente.

Pablo
Dr. Pablo Vicente Tacuri Erazo.
NEUROLOGO-PEDIATRA-HEBEATRA.
c/c DOBE

*Bonafon Lic Leon Ven
COORDINADOR*

*9H00. ESTUDIANTES
16H00 P. de Familia*

Dr. Pablo Tacuri E.
NEUROLOGO PEDIATRA - HEBEATRA
Nº. INHMT-L 11-08-00360-09
REG. MED. ESP. 116





UNIDAD EDUCATIVA FRANCISCANA "SAN FRANCISCO DE ASÍS"

Dirección: Imbabura 13-46 y Bolívar · Telf.: 2571854 · Fax: 2563252 · E-mail: uefsfal@yahoo.es
 www.uesfa-loja.com · Loja - Ecuador

Loja, 28 de Mayo de 2010

Sr. Dr.
 Pablo Tacuri Erazo
 MÉDICO NEURÓLOGO INFANTIL
 Presente.-

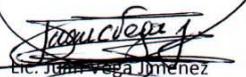
De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y afectuoso saludo de Paz y Bien de la Unidad Educativa "San Francisco de Asís".

El objetivo del presente es de poner a su conocimiento la Xerox copia del listado de asistencia de los representantes de los estudiantes de los octavos (A,B,C,); Terceros de bachillerato paralelos "A y B" quienes asistieron a la conferencia dictada por usted el día viernes 21 de mayo del 2010 a partir de las 17H00 en el teatro de la institución, con el tema: "CONVIVENCIA FAMILIAR"

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,



Lic. Juan Vega Jiménez
 ORIENTADOR DOBE-UESFA

"Lado seas, mi Señor, por los que perdonan por tu Amor"
 San Francisco de Asís

Loja, 3 de junio de 2010

Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS LOJA
Ciudad.-

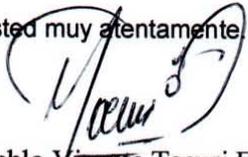
De mi consideración:

Mediante el presente hago llegar mis saludos y deseos porque su labor al frente de la Unidad educativa san Francisco de Asís tenga el mejor el mejor de los éxitos y que nuestro Dios Todo Poderoso derramen en Usted muchas bendiciones.

Continuando las actividades emprendidas, previa a terminación de mi maestría en Gerencia Local en Salud para el Desarrollo Local de la UTPL, solicito a usted muy comedidamente autorice a través del DOBE, la coordinación de la mesa redonda y debate sobre: **"ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DEPRESIVAS DE LOS ADOLESCENTES"** el día 18 de junio del año en curso, a las 9H00 dirigido al personal educativo, medico y a un representante de los estudiantes del 1, 2 y 3 ero. Del Bachillerato.

En Espera que mi solicitud sea acogida favorablemente, le anticipo mis debidas gracias.

De Usted muy atentamente,


Dr. Pablo Vicente Tacuri Erazo.
NEUROLOGO-PEDIATRA-HEBEATRA.
c/c DOBE

Dr. Pablo Tacuri E.
NEUROLOGO PEDIATRA - HEBEATRA
N°. INHMT-L 11-08-00360-09
REG. MED. ESP. 116



Loja, 29 de junio de 2010

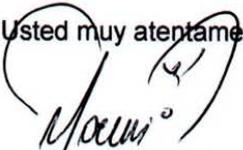
Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con los debidos respetos hago llegar mis saludos y los deseos por su gestión tenga el mejor de los éxitos al frente de la prestigiosa Unidad Educativa UESFA, a su vez solicito de la manera más comedida, el Visto Bueno para la socialización DEL TEST DIAGNOSTICO IMPRESO QUE ALERTA SOBRE LOS FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES programado para el día miércoles 7 de julio del presente año.

En Espera que mi solicitud sea acogida favorablemente, le anticipo mis debidas gracias.

De Usted muy atentamente.


Dr. Pablo Vicente Tacuri Erazo.
NEUROLOGO-PEDIATRA-HEBEATRA.
c/c DOBE

Dr. Pablo Tacuri E.
NEUROLOGO PEDIATRA - HEBEATRA
Nº. INHMT-L 11-08-00360-09
REG. MED. ESP. 116





UNIDAD EDUCATIVA FRANCISCANA "SAN FRANCISCO DE ASIS"

Dirección: Imbabura 13-46 y Bolívar · Telf.: 2571854 · Fax: 2563252 · E-mail: uefsfal@yahoo.es
 www.uesfa-loja.com · Loja - EcuadorLoja, 7 de julio de 2010

Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS LOJA
 Ciudad.-

CERTIFICADO:

Que el día de hoy miércoles 7 de julio del presente año, el **DR. PABLO VICENTE TACURI ERAZO** realizó la exposición de los resultados de su investigación a todos los docentes de nuestra Institución y luego de la socialización hemos recibido EL TEST DIAGNOSTICO IMPRESO QUE ALERTA SOBRE LOS FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Lo certifico en honor a la verdad.


 Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS LOJA



"Lado seas, mi Señor, por los que perdonan por tu Amor"
 San Francisco de Asís



UNIDAD EDUCATIVA FRANCISCANA "SAN FRANCISCO DE ASÍS"

Dirección: Imbabura 13-46 y Bolívar · Telf.: 2571854 · Fax: 2563252 · E-mail: uefsfal@yahoo.es
www.uesfa-loja.com · Loja - Ecuador

Loja, 6 de septiembre de 2010

Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASÍS
LOJA
Ciudad.-

CERTIFICO:

Que el **DR. PABLO VICENTE TACURI ERAZO** realizo la investigación del Plan de Intervención para Fortalecer la Armonía Familiar dirigido al Bachillerato de la Unidad Educativa "San Francisco de Asís" en el periodo 2009-2010.

Debo indicar que para las actividades a realizarse ha solicitado la autorización para sustentar las charlas, conferencias, mesa redonda los mismos que han sido expuestos a los estudiantes, padres de familia, maestros de la Institución Educativa, y luego de la socialización hemos recibido el Test Diagnostico impreso que alerte sobre los Factores y Conductas de Riesgo Suicida en Adolescentes

Lo certifico en honor a la verdad.


Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASÍS
LOJA



"Loado seas, mi Señor, por los que perdonan por tu Amor"
San Francisco de Asís



UNIDAD EDUCATIVA FRANCISCANA "SAN FRANCISCO DE ASÍS"

Dirección: Imbabura 13-46 y Bolívar · Telf.: 2571854 · Fax: 2563252 · E-mail: uefsfal@yahoo.es
 www.uesfa-loja.com · Loja, Ecuador, 20 de octubre de 2010

Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASÍS LOJA
 Ciudad.-

CERTIFICO:

Que el **DR. PABLO VICENTE TACURI ERAZO**, Conjuntamente con el personal del DOBE y Médico de la institución, realizaron la aplicación del "Test de Depresión" a los estudiantes a todos paralelos del 1°. 2°. Y 3°. del Bachillerato de UESFA en el período 2010-2011, ya que constituye una herramienta diagnóstica importante y necesaria para alertar estados depresivos en los adolescentes y conlleven a bajo rendimiento académico y conductas de riesgo suicidas, siendo, dicho Test Institucionalizado en nuestra Unidad Educativa

Lo certifico en honor a la verdad.


 Rdo. Padre Fray Mario Aguilar Galarza
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASÍS LOJA



"Lado seas, mi Señor, por los que perdonan por tu Amor"

San Francisco de Asís



















SOCIALIZACION FINAL Y ENTREGA DE TEST DIAGNOSTICO IMPRESO A LAS AUTORIDADES Y DOCENTES DE LA UESFA







APLICACIÓN DEL TEST DIAGNOSTICO “ESCALA DE DEPRESION”











