

ALMUDENA POYATO SILLERO

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA
POTENCIAR LA DETECCIÓN Y LA
PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL
SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Núria Albacar



Facultad de Enfermería

TORTOSA 2016

ÍNDICE

RESUMEN-ABSTRACT.....	1
1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. MARCO CONCEPTUAL	5
3.1. Depresión en la adolescencia.....	5
3.2. Promoción y educación para la salud.....	13
4. OBJETIVO	16
5. DISEÑO DEL PROGRAMA	16
5.1. Ámbito de estudio	16
5.2. Población de estudio.....	17
5.3. Objetivos del programa	17
5.3.1. Objetivo general 1	17
5.3.1.1. Objetivos específicos	17
5.3.2. Objetivo general 2	18
5.3.2.1. Objetivos específicos	18
5.4. Estructura y descripción de las sesiones.....	18
1ª SESIÓN“Conociéndonos y aceptándonos”	19
2ª SESIÓN“Todos valemos la pena”	20
3ª SESIÓN “El mal invisible”	21
4ª SESIÓN“Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”	22
5ª SESIÓN“No huyas de los problemas, abrázalos”	23
6ª SESIÓN“Todos somos mucho más que una etiqueta”	24
5.5. Aspectos éticos	25
5.6. Cronograma	25
5.7. Recursos y materiales necesarios.....	26
5.8. Presupuesto.....	27
6. BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXO 1	32
ANEXO 2	34
ANEXO 3	35
ANEXO 4	41

ANEXO 5	42
ANEXO 6	48
ANEXO 7	50
ANEXO 8	56
ANEXO 9	61
ANEXO 10	63
ANEXO 11	75
ANEXO 12	78
ANEXO 13	85
ANEXO 14	86
ANEXO 15	87
ANEXO 16	88
ANEXO 17	89
ANEXO 18	90

RESUMEN

La depresión es un trastorno afectivo o del humor que se ha convertido en una de las enfermedades de mayor importancia debido a su alta prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud afecta a más de 350 millones de personas, siendo dicha patología la que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años.

Existen múltiples estudios e intervenciones sobre la depresión en la edad adulta, pero son escasos los realizados entre los adolescentes. Debido a esto, el objetivo del presente trabajo consiste en la elaboración de un programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en este grupo social, exactamente en los alumnos incluidos en el Plan de Educación Compensatoria del Instituto Guadalquivir de Córdoba.

A través de dicho programa, el cual tiene una duración aproximada de un mes y medio, impartándose 6 sesiones, se pretende informar, orientar y concienciar a los adolescentes acerca de dicha enfermedad mental, en la mayoría de ocasiones invisible y estigmática, pero real y presente en nuestro entorno.

Además, incidimos en aspectos esenciales como el reconocimiento y la gestión de las propias emociones, el fomento de la empatía y la mejora del bienestar y la convivencia a partir de diferentes herramientas para afrontar conflictos y situaciones adversas.

Palabras clave: Depresión, Suicidio, Adolescentes, Detección, Salud Mental, Promoción de la Salud.

ABSTRACT

Depression is a disorder, state or mood that has become one of the most important diseases because of its prevalence. According to the World Health Organization, it affects over 350 million people, being such pathology which most contributes to the global burden of disease among young people aged 15 to 19.

There have been many studies and interventions on depression in adulthood, but there are few conducted among adolescents. Because of this, the objective of this work is the development of a psychoeducational program to enhance the detection and prevention of depression and suicide in this social group, exactly in the students included in the Plan of Compensatory Education of the Guadalquivir Cordoba Institute.

This program, which lasts about a month and a half and provides 6 sessions, is intended to inform, guide and educate teens about that mental illness, in most invisible occasions and stigmatic, but real and present in our environment.

In addition, we emphasize essential aspects as recognizing and managing emotions, empathy promoting and improving the welfare and living together from different tools to deal with conflicts and adverse situations.

Keywords: Depression, Suicide, Teenagers, Detection, Mental Health, Prevention, Health Promotion.

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es la capacidad para hacer frente y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes de la vida de una manera aceptable. Consiste en un estado de bienestar en el cual el individuo es capaz de afrontar los diversos problemas que se le presentan, está satisfecho con él mismo y se siente bien con el resto. Así, podemos decir que es el equilibrio que existe entre nuestro entorno y nosotros mismos, de manera que cuando dicho equilibrio se rompe aparecen los llamados trastornos mentales ^[1, 2].

Las alteraciones mentales afectan a personas de cualquier edad, cultura, condición económica o nivel educativo, de manera que no se pueden atribuir exclusivamente a la etapa adulta, ya que se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento ^[3, 4, 5].

De estos, la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años ^[3].

No hay que confundir la depresión con la reacción normal de tristeza ante alguna determinada circunstancia que nos afecta. Esta patología se caracteriza por una reacción desproporcionada que la diferencia de los altibajos en el estado de ánimo que todas las personas podemos tener. No es algo imaginario o que la persona se invente. Tampoco aparece por propia voluntad ni se puede mejorar solo con desearlo, de manera que algunos comentarios que se hacen con frecuencia a las personas deprimidas, tales como “hay que poner algo de tu parte” o “anímate y date una vuelta”, suelen ser nocivos para los afectados y provocan sentimientos de no ser comprendidos e incluso de culpa e incapacidad ^[6].

Los jóvenes que no reciben asistencia están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, desempleo, uso de estupefacientes, estilos de vida peligrosos, delitos, una salud sexual y reproductiva deficiente, autolesiones y un escaso cuidado de sí mismos, factores todos que aumentan los riesgos de enfermedad y de muerte prematura.

Las medidas preventivas pueden ayudar a evitar el agravamiento y la progresión de los trastornos mentales. Los adolescentes a los que se les reconocen sus necesidades

de salud mental actúan mejor en la sociedad, rinden de manera más eficaz en la escuela y tienen más posibilidades de convertirse en adultos productivos y bien adoptados socialmente que aquellos cuyas necesidades no están siendo satisfechas.

El estigma dirigido hacia los afectados y las violaciones de los derechos humanos a las que están sometidos, aumentan las consecuencias adversas, por lo que las alteraciones mentales representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Además, éstas producen unos altos costes sociales y económicos, por lo que su prevención y tratamiento reducen la carga sobre los sistemas de atención de la salud.

Si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaces, es esencial que exista una mayor conciencia pública sobre dichas patologías y un respaldo social general a los adolescentes. Esto comienza con los progenitores, las familias, la escuela y las comunidades. Si se educa en materia de salud mental a estas importantes partes interesadas, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su vez puede aliviar los problemas de salud mental y evitar comportamientos arriesgados y violentos ^[3].

2. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la depresión ha adquirido una gran importancia debido al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad y a su alta prevalencia ^[4, 7], ya que según la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de 350 millones de personas en el mundo ^[8]. Si extrapolamos estos datos a nuestro entorno, en España hay aproximadamente 2.5 millones de enfermos depresivos y de cada 100 personas que acuden a la consulta de un médico de atención primaria, entre 10 y 20 de ellas están deprimidas. Se calcula que alrededor de la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años y el 70% antes de los 24 ^[3]. Debido a esto, se estima que la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares ^[5, 9].

Es un trastorno mental grave y complejo, ya que pequeños desequilibrios producen múltiples y graves alteraciones que impiden a la persona reaccionar de manera

eficaz, interfiriendo en las actividades diarias, dañando la capacidad de juicio y alterando en algunos casos la realidad.

La mayoría de las veces no se le da la importancia que merece, debido a que en muchas ocasiones se considera que la persona simplemente está triste. Sin embargo, durante muchos años un familiar muy cercano a mí la ha padecido y he podido observar en primera persona el valor de dicha enfermedad, hasta el punto de agravar de tal forma su salud y llegar al fallecimiento.

Existen múltiples estudios sobre la prevalencia, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en la edad adulta, pero son escasos los realizados entre los adolescentes. Además, su estudio resulta complicado debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto. En muchas ocasiones, este trastorno todavía pasa desapercibido para los profesores y los familiares que conviven diariamente con los jóvenes, debido como bien hemos dicho anteriormente, a las dificultades que se experimentan en su identificación ^[6].

Por todo esto y por mi experiencia personal quiero tratar este tema y presentar un programa educativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en este grupo social, ya que la educación sanitaria tiene una gran importancia y con una atención adecuada millones de adolescentes con trastornos depresivos podrían llevar una vida normal y se podrían evitar conductas depresivas futuras. Además, una vez el menor conozca qué le pasa y a qué es debido lo que le ocurre, podrá recurrir a profesionales, que, trabajando con él de forma holística y como equipo multidisciplinar, le ayudarán a recuperarse y a disfrutar de nuevo de su día a día.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Depresión en la adolescencia.

El estudio y análisis de los trastornos depresivos no son recientes sino que, por el contrario, se remontan a la medicina grecorromana y se arrastran a lo largo de la historia hasta llegar a la época relativamente reciente. Sin embargo, es a partir del siglo XIX cuando los trastornos de la afectividad empiezan a situarse con precisión en un contexto nosológico adecuado ^[10].

La depresión es un trastorno afectivo o del humor que se caracteriza por una serie de síntomas que alteran severamente la vida de aquel que la padece y también la de su entorno más cercano. Entre los síntomas predominan la tristeza, la anhedonia, el pesimismo y el cansancio, las dificultades de concentración y atención, los trastornos del sueño, la perturbación del apetito y del peso (los cuales aumentan o disminuyen), la disminución de la energía y de la libido, los pensamientos generalizados de culpa o vergüenza y las ideas suicidas.

A veces los síntomas no son obvios puesto que el paciente sonríe y niega los sentimientos depresivos, lo que se conoce como depresión enmascarada [7, 9, 11, 12].

La depresión en los adolescentes se manifiesta de manera muy distinta como lo hace en los adultos, por lo que podemos decir que la edad y el sexo juegan un papel importante en la presentación clínica. Los síntomas suelen incluir mal comportamiento escolar, comportamiento delictivo, actos antisociales (robar cosas en las tiendas o iniciar incendios), llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), y promiscuidad sexual. Además, muestran aburrimiento en actividades típicamente placenteras en esta etapa, incrementándose la dedicación televisiva y disminuyendo las actividades extraescolares.

La prevalencia del trastorno depresivo es similar entre niños y niñas, ya que no se encuentran diferencias antes de los 12 años. A partir de los 15 y hasta los 55 hay un claro predominio del sexo femenino, debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen [6,13]. Sin embargo, los chicos presentan depresiones más graves y de peor pronóstico que las chicas. En general, la agresividad y la inadaptación social se encuentran ligadas al sexo masculino, mientras que la ansiedad y el retraimiento se encuentran más ligados al sexo femenino [5, 11, 14].

En cuanto a la génesis de la depresión, intervienen en primer lugar los llamados *factores biológicos*, tanto de tipo genético que condicionan una cierta vulnerabilidad y predisposición familiar, como neuroendocrinos, alteraciones en los neurotransmisores e incluso variaciones electrofisiológicas como la disminución de la latencia REM del electroencefalograma y alteraciones de la estructura general del sueño.

Pero junto a este tipo de factores biológicos, también existen los llamados *factores psicosociales*. En este epígrafe se incluyen desde determinados tipos de acontecimientos cómo las pérdidas afectivas o la muerte de familiares, hasta la frustración o la soledad ^[7].

El alcoholismo familiar y la depresión en los padres se consideran factores de riesgo importantes, ya que por ejemplo se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor. La existencia de conflictos conyugales, el abuso físico, emocional, sexual y los eventos vitales negativos juegan un papel transcendental en el desarrollo de dicha enfermedad.

Además, aunque no se pueda asociar significativamente el bajo nivel socioeconómico con la depresión, se observa que los adolescentes de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo mayor de padecer depresión a lo largo de su vida que aquellos que pertenecen a un entorno más elevado.

La depresión juvenil se asocia también en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, de manera que los adolescentes con pocos amigos presentan una probabilidad mayor de verse afectados. El acoso por parte de iguales o bullying, la humillación (como la burla delante de otros o el sentirse ignorado), la adicción a la nicotina o el abuso de drogas son considerados también elementos de gran peso ^[5].

Según un estudio que se realizó en el 2007 con estudiantes entre 15 y 17 años en Barcelona con el objetivo de conocer sus percepciones sobre la tristeza y la depresión, las relaciones con los amigos, las cargas escolares, las relaciones afectivas, las relaciones con los padres y con la familia son las cinco principales situaciones que producen malestar en la población de su edad ^[15].

Normalmente es más complicado diagnosticar un trastorno depresivo en adolescentes que en adultos. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Así, pueden tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, lo que podría impedir un correcto diagnóstico.

Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no son diagnosticados correctamente, de manera que no reciben el tratamiento adecuado. Las posibles razones podrían ser varias:

- Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en adolescentes que en adultos o presentaciones atípicas.
- Mayor dificultad de los niños y adolescentes para identificar como depresión lo que les ocurre.
- No creencia entre los padres o familiares de la existencia de dicho trastorno en estas edades, no querer reconocerlo por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores.
- Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los familiares y de los profesionales sanitarios ^[5, 9].

Una buena entrevista diagnóstica puede ser el inicio de una intervención terapéutica. Se deberá recoger información del desarrollo del adolescente, de sus hábitos, de posibles factores de riesgo, de sus reacciones psicológicas más comunes y de sus antecedentes patológicos tanto a nivel orgánico como psicológico. Así mismo, es necesario investigar la presencia de trastornos afectivos en los padres, otra psicopatología o enfermedad orgánica crónica. Se preguntará además sobre el patrón educativo y de relación, el nivel cultural y socioeconómico, la relación marital y los fallecimientos en la familia.

La información aportada por los padres y por el entorno escolar es imprescindible. Se interrogará sobre qué síntomas les han llamado la atención, si ha habido periodos de remisión o de cambios de humor y si esto ha perjudicado el funcionamiento personal, social o escolar.

Es muy importante tener en cuenta el aspecto general en todas las edades, pero es una información muy valiosa en el caso de este grupo de edad. La exploración médica debe también ir encaminada a descartar patología orgánica que pueda hacer pensar en un trastorno depresivo.

Existen también una serie de tests diseñados para descubrir sintomatología depresiva. No son válidos para realizar diagnóstico clínico, pero aparte del cribado de síntomas, evalúan la severidad y la mejoría clínica.

Entre dichas escalas, la más usada tanto en España como en otros países ha sido el “*Children’s Depression Inventory*” (CDI). El CDI evalúa síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión en niños desde los 7 a los 17 años. Compuesta de 27 ítems con tres posibilidades de respuesta que pueden puntuar de 0 a 2 según el grado de severidad (Anexo 1).

El *Cuestionario español para la depresión infantil* (CEDI) es una modificación que se presenta en dos formas: una para niños/as de 5 a 10 años que puede ser contestada por el padre o la madre, y otra para chicos/as de 11 a 16 años contestada por ellos mismos.

Otra adaptación al castellano para niños entre 8 y 16 años ha sido la *Children’s Depression Scale* (CDS). Es una escala de 66 ítems, con buena consistencia interna y cuyas respuestas puntúan de 1 a 5.

Para adolescentes a partir de 16 años, el *Beck Depression Inventory* está considerado un buen instrumento de cribado de depresión (Anexo 2).

Además, para recoger información de otras fuentes que no sea el propio adolescente, tenemos una serie de escalas que pueden ser contestadas por los compañeros, los maestros o los padres. En España se ha desarrollado por ejemplo la *Escala de sintomatología depresiva para maestros* (ESDM) ^[13].

Son muchos los estudios en los que se utilizan dichas escalas con el objetivo de analizar la tasa de sintomatología depresiva juvenil, ya que han demostrado tener una gran sensibilidad y especificidad ^[17, 18, 19].

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-V). Sin embargo, estos manuales no presentan pautas específicas para la codificación de los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, por lo que se clasificarán de acuerdo a los criterios generales del adulto.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: tristeza, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas.

El DSM-V utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer^[5, 6, 13, 14].

Esta patología puede llegar a convertirse en un problema de salud muy serio, especialmente cuando es de larga duración, ya que en la infancia y la juventud la depresión tiene un gran impacto sobre el crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales.

La depresión es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Esto no quiere decir que el suicidio vaya siempre unido a la depresión, ya que aunque sí es cierto que aparece más frecuentemente entre las personas que padecen esta enfermedad, también se puede observar entre personas que no están diagnosticadas de ningún tipo de trastorno afectivo ni de ninguna otra alteración psíquica.

La tasa de suicidios en España se sitúa entre 5-10 suicidios por 100.000 habitantes, lo que nos da una cifra global aproximada de unos 3000 suicidios anuales en nuestro país, considerándose la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 25 años. Los países con tasas más elevadas de suicidio son Hungría, Finlandia, Suiza, Islandia y Austria, mientras que los que tienen tasas más bajas son Grecia, Italia y España. El intento o tentativa de suicidio, cuya tasa oscila entre los 50-90 tentativas por 100.000 habitantes, es más frecuente en la mujer, mientras que el suicidio consumado se observa más en el varón.

Los individuos que presentan ideas o comportamientos relacionados con la autolisis son frecuentemente estigmatizados. Estos se sienten incómodos hablando de la muerte y de los sentimientos que les recuerdan a la situación, y tratan de esconderla, disminuirla y/o silenciarla. Generalmente, la muerte es tratada como un tema tabú, por lo que aquella persona que decide poner fin a su vida es percibida como diferente y se la etiqueta como rara, sin indagar cuáles son las condiciones que la llevan a elegir dicha conducta como única opción.

Se observa que tienen mayor riesgo aquellos que lo han intentado con anterioridad y los que lo “advierten”, siendo los métodos más empleados el ahorcamiento, la precipitación y la intoxicación. Por ello, nunca es prudente despreciar ni minusvalorar

el riesgo de que el suicidio se vaya a consumar. Es necesario tener en cuenta cualquier amenaza o cualquier aviso, ya que en este tema es preferible un exceso de prevención. Sin embargo, a pesar de los avances científicos, el suicidio sigue siendo una de las realidades más incomprensibles y también difíciles de evitar.

En la actualidad, el abordaje terapéutico de la depresión es psicofarmacológico. Desde los ya clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, hasta los modernos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y de la Noradrenalina (ISRN), o de ambos (IRNS), hay una amplia gama de sustancias eficaces, bien toleradas, sin apenas efectos secundarios ni interacciones, que proporcionan una mejoría importante en la evolución de la depresión.

Los tricíclicos son los antidepresivos más antiguos. Son baratos y muy eficaces, aunque presentan abundantes efectos secundarios, pero en general no peligrosos. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son antidepresivos modernos, cuya eficacia prácticamente es similar a los tricíclicos y tienen menos efectos secundarios [5].

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en los adultos está bien documentada, pero en el caso de los adolescentes existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.

La Academia Americana de Psiquiatría para niños y adolescentes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) sugiere el empleo de los ISRS como primera opción en el tratamiento farmacológico de la depresión juvenil. Dentro de este grupo se destaca la Fluoxetina, ya que se ha probado su eficacia en el tratamiento de estos trastornos. De esta manera, puede ser considerada de elección, pero no el único que ha mostrado ser eficaz, ya que otros ISRS podrían ser también considerados como alternativas a la Fluoxetina. Los antidepresivos tricíclicos no son recomendados para el tratamiento al no haber demostrado su eficacia, además de producir efectos adversos importantes, debido a su cardiotoxicidad. El médico es quien debe realizar la elección del fármaco teniendo en cuenta el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar y respuesta previa a fármacos específicos en familiares) [5,9].

Asociadas a los tratamientos farmacológicos se emplean las terapias psicológicas, técnicas muy útiles siempre y cuando se hagan correctamente y por profesionales capacitados^[7].

La planificación terapéutica se realiza en base al diagnóstico, a la edad y a las características clínicas y sociofamiliares del paciente. Una buena propuesta incluye estrategias de intervención en el adolescente, que incidan sobre las alteraciones afectivas, cognitivas, conductuales y biológicas, pero también en la familia y en la escuela. La hospitalización se recomienda cuando existe un riesgo muy elevado de suicidio o cuando existe una importante conflictividad familiar^[13].

Se ha comprobado que diferentes intervenciones psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia familiar, son eficaces para tratar la depresión en este grupo de edad^[7].

La *terapia cognitivo-conductual* se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptadas relacionadas con la depresión.

Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas. Se ha comprobado también que el papel de los padres en el tratamiento es esencial. Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico^[5].

La *terapia interpersonal* está centrada en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas. Los principales objetivos son disminuir la sintomatología depresiva y mejorar el funcionamiento interpersonal en el contexto de las interacciones. En los adolescentes se intenta incrementar el sentido de competencia y su resistencia al impacto de situaciones estresantes, disminuyendo así la futura sintomatología y el deterioro psicosocial.

La *terapia familiar* resulta crucial en el tratamiento de la depresión del adolescente, ya que es imprescindible mejorar las relaciones padres – hijos para obtener un buen pronóstico, una mayor remisión y un menor número de recaídas^[13].

La *terapia electroconvulsiva (TEC)* consiste en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central. Ésta se indica en aquellos casos de depresión resistente al tratamiento, en quienes por diversos motivos no toleran los efectos secundarios de los medicamentos y cuando la espera de respuesta del tratamiento psicofarmacológico podría poner en peligro la vida del adolescente ^[11].

Los efectos secundarios de la TEC consisten en amnesia retrógrada y anterógrada, epilepsia, y otros menos graves como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor muscular, confusión y agitación, que no suelen persistir más allá del día de tratamiento.

Esta técnica es, todavía, rechazada socialmente y se identifica como un castigo aplicado a ciertos enfermos. Dicha estigmatización genera una importante problemática social para las personas que la requieren y para sus familiares y amigos ^[20].

No es una práctica habitual en niños y adolescentes, ya que los riesgos pueden verse incrementados en estos, de manera que los médicos deben tener una precaución particular al considerar este tratamiento en dicho grupo de edad ^[5].

De esta manera, gracias a los tratamientos farmacológicos y a las diferentes terapias psicológicas que se emplean, podemos decir que la depresión es una enfermedad que se puede mejorar, compensar, controlar y en muchas ocasiones curar ^[7].

3.2. Promoción y educación para la salud.

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual las personas tienen la oportunidad de incrementar el control sobre su salud y mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen un gran impacto en los determinantes de la salud.

La educación de la salud tiene como finalidad potenciar en las personas y las comunidades la capacidad para identificar, controlar y utilizar los recursos necesarios para la mejora de la calidad de vida, función primordial para los profesionales sanitarios.

La promoción del bienestar mental puede abordarse desde diferentes estrategias; fortaleciendo el papel de los individuos, reduciendo las barreras estructurales para obtener una buena salud mental y mejorando la calidad del entorno físico. Conseguir un equilibrio entre estas opciones no es fácil, pero conviene cohesionar las acciones para que lo individual y lo social sean una suma consistente, formando parte del diseño integral de iniciativas para promocionar la salud.

Tal y como describió inicialmente Antonovsky (1987) y más tarde Eriksson y Lindstrom (2008), el desarrollo de la vida se puede asemejar con el paso por un río, donde se puede “salvar a la gente de ahogarse” -perspectiva curativa-, “colocar barreras para evitar el riesgo o salvavidas para evitar ahogarse” -perspectiva de protección y prevención-, “enseñar a nadar” -perspectiva de educación y promoción de la salud- y “nadar adecuadamente, conociendo las opciones y condiciones de la corriente”, que es el objetivo último de la promoción de la salud (ver Imagen 1).



Imagen 1: La Salud en el Río de la Vida según Antonovsky, Eriksson y Lindstrom.

Así, destacamos la importancia de la educación sanitaria por parte de enfermería, ya que en este caso, al igual que en cualquier otra situación, resulta imprescindible proporcionar información acerca de dicha enfermedad, sus síntomas y problemas más comunes, el curso clínico, los aspectos del tratamiento y el fármaco empleado.

Es esencial establecer una relación terapéutica basada en la confianza, con el objetivo de mantener la seguridad de los pacientes, satisfacer sus necesidades físicas y potenciar sus capacidades. De la misma manera, es muy importante fomentar la

práctica de actividad física aun si el adolescente se resiste, ya que libera energía reprimida e incrementa los sentimientos de bienestar, logro y control.

Además, el personal de enfermería debe conocer el modo de acción de los fármacos y sus efectos secundarios, a fin de poder explicarlos al paciente. Éste debe comprender la importancia de tomar la medicación y la necesidad de seguir tomándola aunque se sienta mejor. Se le informa que pasarán varias semanas antes de que note los efectos del fármaco, y que debe seguir tomándolo según lo ordenador para mantener la mejoría.

Los adolescentes deprimidos son personas con las que resulta difícil trabajar, y su conducta negativa o su apatía frustran al personal de enfermería que esperan resultados inmediatos. Es muy importante para el enfermero/a comprender los síntomas y despersonalizar las reacciones de estos, de manera que puedan dar respuestas positivas frecuentes a sus logros y ayudarlo a identificar actividades o planes que le recuerden placeres pasados o expectativas para el futuro [21, 22, 23, 24].

Es inevitable que haya fracasos terapéuticos, sobre todo cuando se sigue pensando, lamentablemente, que es un problema del enfermo, que es el que tiene que “poner de su parte”, y que “saliendo de casa” o “cambiando de aires”, por ejemplo, se le pasará [7].

Son múltiples las noticias que escuchamos hoy en día acerca de la depresión y el suicidio. Esto hace replantearse cuestiones como, ¿se había activado algún protocolo de prevención de suicidio, o al menos, un seguimiento por parte de un profesional sanitario en estos casos?, ¿se podría haber evitado? No deberíamos esperar a que pasaran dichas tragedias para cambiar, mejorar y actuar.

Durante mucho tiempo, la salud mental de los niños y adolescentes ha estado poco valorada, por lo que se tenía la creencia de que la depresión no se presentaba en estas etapas de la vida. Sin embargo, durante las tres últimas décadas se ha producido un notable progreso en cuanto a la comprensión de la enfermedad depresiva. Aun así, los estudios epidemiológicos demuestran una cruel paradoja, de manera que al mismo tiempo que avanzan nuestros conocimientos y mejora la eficacia de los medios de tratamiento, se constata que un alto porcentaje de las personas que padecen trastornos depresivos no son identificadas y, por consiguiente, no reciben un tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo [14].

A pesar de las iniciativas ya existentes, es preciso llevar a cabo más esfuerzos educativos y disponer de una actitud de detección, seguimiento e intervención ante adolescentes con sospecha de depresión, ya que si es prioritario un diagnóstico oportuno, más fundamental es que dicho grupo de edad sea tratado adecuadamente y mejore así su salud mental ^[9, 14].

4. OBJETIVO

Diseñar un programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en jóvenes de entre 12 y 16 años.

5. DISEÑO DEL PROGRAMA

5.1. Ámbito de estudio.

El programa psicoeducativo se llevará a cabo en el Instituto Guadalquivir de Córdoba, ubicado en los alrededores de la calle Motril, en el cual se imparten los cursos de primero a cuarto de la ESO.

Este Centro de Educación Secundaria pertenece al Distrito Sur de dicha ciudad, el cual se localiza en la zona izquierda del río Guadalquivir y constituye una zona fuertemente desfavorecida socioculturalmente y en la que se registran altas tasas de desempleo y situaciones de marginalidad.

En dicho Instituto público se desarrolla un Plan de Educación Compensatoria que incluye a todos los grupos y niveles. En él se encuentran integrados alumnos y alumnas de etnia gitana (en torno al 30%) e inmigrantes marroquíes y procedentes de Sudamérica.

Aunque no se pueda asociar significativamente el bajo nivel socioeconómico con la depresión, se observa que los adolescentes que se encuentran en condiciones desfavorables tienen un riesgo mayor de padecer dicha enfermedad que aquellos que pertenecen a un entorno más enriquecido. Asimismo, el rechazo, la frustración y la soledad juegan un papel transcendental en el desarrollo de estos trastornos del humor, de manera que muchos alumnos de dicho centro presentan una probabilidad mayor de verse afectados.

5.2. Población de estudio.

La población de estudio será el conjunto de alumnos de todos los grupos y niveles incluidos en el Plan de Educación Compensatoria del Instituto Guadalquivir de Córdoba.

El total de la población representativa es de 27 adolescentes, por lo que se realizarán dos grupos para llevar a cabo dicho programa. Un grupo estará formado por 14 alumnos y otro por 13, siendo estos asignados a un grupo o a otro de manera aleatoria.

Además, una semana antes de que se inicien dichas actividades psicoeducativas, se informará de que hay 5 plazas disponibles por si algún adolescente que no esté incluido en el Plan de Educación Compensatoria desea participar y asistir. El número de plazas para el resto del centro es tan reducido con la intención de que como máximo en cada grupo sean 16 los partícipes, de modo que se puedan realizar las sesiones de manera adecuada, asegurando la concentración y la atención de los alumnos.

En el caso de que sean muchos los interesados en inscribirse, se realizará un tercer grupo.

5.3. Objetivos del programa.

5.3.1. Objetivo general 1:

- Sensibilizar y concienciar a los alumnos sobre la problemática y la importancia de la intervención y detección adecuada de la depresión juvenil, así como del suicidio.

5.3.1.1. Objetivos específicos:

- Proporcionar a los jóvenes información acerca de la definición, etiología, factores de riesgo y posibles manifestaciones clínicas para que sean capaces de detectar y hacerle frente a dicho trastorno del humor.
- Potenciar la práctica regular y controlada de actividad física y de técnicas de relajación e incidir en el cambio de conductas de riesgo.
- Facilitar a los adolescentes información sobre el suicidio, para intentar así eliminar el estigma que rodea a dicho tema.
- Mostrar que la depresión es una patología que se puede tratar y curar.

5.3.2. Objetivo general 2:

- Conseguir que los adolescentes adquieran un mejor conocimiento de las propias emociones y aprendan a comunicarse y expresarse eficientemente.

5.3.2.1. Objetivos específicos:

- Favorecer la calidad de las interacciones del grupo, creando un espacio abierto y de confianza para que los alumnos reflexionen y compartan experiencias.
- Contribuir a que los adolescentes aprendan a regular sus estados emocionales negativos, previniendo sus efectos nocivos sobre la salud y mejorando su nivel de autoestima y sus relaciones interpersonales.
- Conocer distintas formas de regulación emocional para prevenir el estrés psicosocial.
- Potenciar la práctica de una buena comunicación. Trabajar los conceptos de tolerancia, asertividad y empatía.
- Capacitar a los alumnos para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana, con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social.

5.4. Estructura y descripción de las sesiones.

El programa psicoeducativo tendrá una duración aproximada de un mes y medio, impartándose 6 sesiones, las cuales duraran 90 minutos, excepto la última que será de 120, siendo así un total de nueve horas y media. Cada una de estas dispondrá de una parte teórica y de una parte práctica, para que resulten entretenidas y atractivas a los jóvenes. Dichas sesiones se impartirán semanalmente, los miércoles en un grupo y los jueves en otro, utilizando las horas de tutoría que disponen los alumnos. En el caso de que hubiese un tercer grupo, se impartiría los martes.

	Objetivos	Actividades	Espacio físico	Duración
1ª SESIÓN “Conociéndonos y aceptándonos”	Realizar la presentación del programa y explicar los temas que se van a trabajar, para que los integrantes del grupo tengan claro el objetivo de las diferentes sesiones.	<u>PRESENTACIÓN PROGRAMA</u> (ANEXO 3).	Aula de clase.	10 minutos
	Realizar la presentación del grupo, para crear un ambiente de confianza, romper la tensión inicial y que el trabajo grupal resulte agradable.	<u>“ROMPIENDO EL HIELO”</u> Cada uno de los alumnos se presenta ante el grupo, diciendo su nombre, su edad y qué le gusta hacer en su tiempo libre.	Aula de clase. Se colocan las sillas en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí.	15 minutos
	Sensibilizar sobre la depresión juvenil, para introducir el tema e intentar motivar a los alumnos.	<u>DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: PRIMERA PARTE</u> (ANEXO 3).	Aula de clase.	20 minutos
	Explorar y aumentar la autoestima de los adolescentes.	<u>“HOY TODOS SOMOS REYES”</u> (ANEXO 4)	Aula de clase.	35 minutos
	Cerrar las actividades realizadas y explicar brevemente el contenido de la siguiente visita. Ofrecer disponibilidad futura.	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves de la sesión y ofrecer un teléfono y un correo electrónico de contacto.	Aula de clase	10 minutos
				TOTAL: 90 min.

	Objetivos	Actividades	Espacio físico	Duración
2ª SESIÓN “Todos valemos la pena”	Explicar los temas que se van a trabajar en la sesión.	Destacar aspectos clave y realizar un breve resumen de la información que se trabajó en la sesión anterior. Explicar en qué consiste esta sesión.	Aula de clase.	10 minutos.
	Sensibilizar sobre la depresión juvenil e intentar involucrar y motivar a los alumnos en el tema.	<u>DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES:</u> <u>SEGUNDA PARTE (ANEXO 5)</u>	Aula de clase.	30 minutos.
	Aumentar y reflexionar sobre lo que afecta a la autoestima.	<u>“CUIDANDO NUESTRA AUTOESTIMA”</u> (ANEXO 6)	Aula de clase.	40 minutos.
	Cerrar las actividades realizadas y explicar de manera breve en qué consistirá la siguiente sesión. Ofrecer disponibilidad futura.	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves de la sesión y recordar el teléfono y el correo electrónico de contacto por si algún alumno tiene cualquier tipo de duda o necesita información fuera del horario del programa.	Aula de clase.	10 minutos.
				TOTAL 90 min.

	Objetivos	Actividades	Espacio físico	Duración
3ª SESIÓN “El mal invisible”	Explicar brevemente los temas que se van a tratar en la sesión.	Realizar un breve resumen de las sesiones anteriores y comentar que temas se van a trabajar en la presente.	Aula de clase.	10 minutos.
	Conseguir sensibilizar a los alumnos sobre el suicidio y eliminar el estigma que rodea a dicho tema.	<u>SUICIDIO: UN TEMA TABÚ</u> (ANEXO 7)	Aula de clase.	20 minutos.
	Reflexionar acerca del suicidio juvenil y que los alumnos observen que se trata de un problema actual en nuestra sociedad.	<u>EL SUICIDIO: UN PROBLEMA REAL</u> (ANEXO 8)	Aula de clase. Se colocan las sillas en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí.	25 minutos.
	Proporcionar a los alumnos una serie de consejos para prevenir el suicidio y capacitar a los jóvenes para reconocer y ayudar a una persona que desea quitarse la vida.	<u>“VALE LA PENA VIVIR”</u> (ANEXO 9)	Aula de clase. Se colocan las sillas en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí.	25 minutos.
	Cerrar las actividades realizadas y explicar de manera breve en qué consistirá la siguiente sesión. Ofrecer disponibilidad futura.	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves y ofrecer un teléfono y un correo electrónico de contacto por si alguien requiere información fuera del horario del programa.	Aula de clase.	10 minutos.
				TOTAL: 90 min.

	Objetivos	Actividades	Espacio físico	Duración
4ª SESIÓN “Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”	Explicar los temas que se van a trabajar en la sesión.	Destacar aspectos importantes de la sesión anterior y explicar de qué temas hablaremos en esta.	Aula de clase.	10 minutos.
	Concienciar a los adolescentes de que la práctica regular y controlada de actividad física, así como la realización de técnicas de relajación, se relaciona con la prevención y el tratamiento de los desequilibrios psicológicos. Sensibilizar además a los alumnos de que el consumo de sustancias tóxicas genera desequilibrios mentales relacionados con el estrés, la ansiedad y la concentración, convirtiéndose de esta manera, en un importante factor de riesgo de la depresión.	<u>ACTIVIDAD FÍSICA. EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y BUENOS HÁBITOS: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DESEQUILIBRIOS PSICOLÓGICOS</u> (ANEXO 10)	Aula de clase.	30 minutos.
	Fomentar la relajación de los miembros del grupo y poner en práctica una de las distintas formas de regulación emocional.	<u>VISUALIZACIÓN</u> (ANEXO 11)	Aula de clase.	40 minutos.
	Cerrar las actividades realizadas y explicar brevemente el contenido de la siguiente visita. Ofrecer disponibilidad futura.	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves de la sesión y ofrecer un teléfono y un correo electrónico de contacto por si alguien requiere información fuera del horario del programa.	Aula de clase.	10 minutos.
				TOTAL: 90 min.

	Objetivos	Actividades	Espacio físico	Duración
5ª SESIÓN “No huyas de los problemas, abrázalos”	Explicar los temas que se van a trabajar en la sesión.	Realizar un breve resumen de la sesión anterior y explicar que comentaremos en esta.	Aula de clase.	10 minutos.
	Potenciar y sensibilizar a los alumnos acerca de la importancia de tener una buena comunicación con las personas que nos rodean y en las cuales confiamos, de manera que seamos capaces de mostrar nuestros sentimientos y emociones y de pedir ayuda cuando sea necesario.	<u>TOLERANCIA, ASERTIVIDAD Y EMPATÍA: LAS BASES DE UNA BUENA COMUNICACIÓN</u> (ANEXO 12)	Aula de clase.	15 minutos.
	Reflexionar y remarcar que el pedir ayuda es el primer paso para iniciar la recuperación y que no hay que avergonzarse por padecer depresión, ya que es una patología frecuente que afecta a muchísimas personas.	<u>“YO TENÍA UN PERRO NEGRO QUE SE LLAMABA DEPRESIÓN”</u> (ANEXO 12)	Aula de clase.	15 minutos.
	Experimentar cómo influye en los resultados la confianza en uno mismo, el tener información acerca del proceso o de la situación en la que nos encontramos y sobretodo el disponer de la ayuda de las personas que nos rodean.	<u>“Y TÚ, ¿NECESITAS AYUDA?”</u> (ANEXO 13)	Aula de clase.	40 minutos.
	Cerrar las actividades realizadas y explicar de manera breve en qué consistirá la siguiente sesión. Ofrecer disponibilidad futura.	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves y recordar el teléfono y el correo electrónico de contacto por si algún alumno tiene cualquier tipo de duda.	Aula de clase.	10 minutos
				TOTAL: 90 min.

	Objetivos	Actividades	Espacio físico	Duración
6ª SESIÓN “Todos somos mucho más que una etiqueta”	Explicar brevemente en que va a consistir esta última sesión y que conozcan a las personas que estarán presentes.	<u>PRESENTACIÓN SESIÓN</u> Presentar a las personas que nos van a acompañar en la sesión.	Aula de clase.	10 minutos.
	Conocer la experiencia personal de tres personas que han sufrido depresión.	<u>“TODOS VEN LO QUE APARENTAS, POCOS LO QUE REALMENTE ERES”</u> (ANEXO 14)	Aula de clase.	90 minutos.
	Evaluar el taller. Conocer de cada adolescente cómo se ha sentido en las diferentes sesiones, para qué le ha servido, lo que le ha gustado, lo que no y sus propuestas para otros talleres. Ofrecer disponibilidad futura.	<u>EVALUACIÓN SESIONES</u> Se evalúan las sesiones en grupo, compartiendo lo que cada uno ha aprendido o descubierto y cómo piensa trasladarlo a su día a día. A continuación, cada alumno rellena la hoja de “Evaluación de las sesiones” (ANEXO 15). Por último, se recuerda el teléfono y el correo electrónico de contacto por si algún miembro del grupo tiene cualquier tipo de duda o necesita información fuera del horario del programa.	Aula de clase.	20 minutos.

5.5. Aspectos éticos.

En primer lugar, se pondrá en conocimiento de la Dirección del Instituto Guadalquivir de Córdoba la realización del programa psicoeducativo y se solicitará el permiso correspondiente (ANEXO 16).

Teniendo en cuenta de que los alumnos son menores de edad, se entregará el Consentimiento Informado (ANEXO 17) con el objetivo de que el/la tutor/a legal de cada uno de ellos lo cumplimente, decidiendo de forma voluntaria, la participación o no de estos en dicho programa. Asimismo, a los participantes se les explicará verbalmente los objetivos de las sesiones y en qué consistirán estas ^[34].

Además, según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), todos los jóvenes que participen tendrán una garantía de confidencialidad ^[35].

5.6. Cronograma.

	Oct. 2015	Nov. 2015	Dic. 2015	En. 2016	Feb. 2016	Mar. 2016	Abr. 2016	Mayo 2016	Sept. 2016	Oct. 2016	Nov. 2016
Diseño del programa											
Búsqueda bibliográfica											
Planificación											
Contacto institución											
Colocación carteles (ANEXO 18)											
Sesiones											

5.7. Recursos y materiales necesarios:

- Material de infraestructura física: se necesitará una sala amplia para realizar las sesiones, con 20 sillas con respaldo, 20 mesas, un proyector y una pantalla. Además, será imprescindible tener acceso a una fotocopidora para realizar las fotocopias necesarias para el grupo.
- Material inventariable: un ordenador con acceso a internet y con el programa PowerPoint instalado, para el correcto desarrollo de dichas sesiones.
- Viajes: se precisarán billetes de transporte para los desplazamientos necesarios durante el periodo del programa psicoeducativo.
- Material fungible:
 - Folios.
 - Archivadores.
 - Bolígrafos.
 - Lápices.
 - Gomas.
 - Sacapuntas.
 - Subrayadores fluorescentes de colores.
 - Pos-its.
 - Grapadora y grapas.
 - Clips.
 - Cartulinas para realizar las coronas.
 - Fotocopias.
 - Fotografía de los alumnos fraccionadas en trozos.
 - Noticias de periódicos.
 - Pañuelo de tela.
 - Caja/Recipiente.
 - 10 pelotas de ping-pong.
 - Carteles.

5.8. Presupuesto.

	Presupuesto parcial	Presupuesto total
Material de infraestructura física	Disponible en el centro.	240 €
Material inventariable	Disponible en el centro.	
Viajes	40 €	
Material fungible	200 €	

6. BIBLIOGRAFÍA

1. MedlinePlus. Salud mental [Internet]. 2016 [actualizado el 4 de mayo del 2016; consultado el 2 de octubre del 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/mentalhealth.html>
2. OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. 2016 [consultado el 2 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
3. UNICEF. La salud mental del adolescente: un desafío urgente para la investigación y la inversión [Internet]. 2016 [consultado el 7 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>
4. Veytia López M, González Arratia López Fuentes N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Ment. 2012; 35(1): 37-43 [consultado el 8 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es
5. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [Internet]. 2009 [consultado el 20 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
6. Martín Carrasco M. Depresión: como ayudarnos a nosotros mismos [Internet]. 2016 [consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.sepsig.org/file/InformacionSM/Depresi%C3%B3n.pdf>
7. Serrano Gil A, Leónseguí Guillot R. Introducción a la enfermería en salud mental. Madrid: Dicaz de Santos; 2012.
8. OMS. La depresión [Internet]. 2016 [consultado el 8 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
9. Argota Matos N, Álvarez Caballero M, Camilo Colás V, Sánchez Maso Y, Barceló Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Rev. Med. Electron. 2015; 37(1): 30-38 [consultado el 19 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004&lng=es
10. Gilaberte I. Nuevas perspectivas de la depresión. Madrid: Aula médica; 2004.
11. Elkin G. Psiquiatría clínica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
12. Gelder M, Mayou R, Geddes J, Huidobro Pérez Villamil A. Psiquiatría. Madrid: Marban; 2000.

13. Álvarez E, Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Barcelona: Marge Medica Books; 2008.
14. Gutiérrez Casares J, Rey Sánchez F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smithkline Beecham; 2000.
15. Martínez-Hernández A, Muñoz García A. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses. Segunda parte. Salud Ment. 2010; 33(3): 229-236 [consultado el 10 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300003&lng=es
16. López Alonso S, Huizing E, Lacida Baro M. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente en Salud Mental [Internet]. 2004 [consultado el 22 de diciembre del 2015]. Disponible en: [http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)
17. Bernaras E, Jaureguizar J, Soroa M, Ibabe I, De las Cuevas C. Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. Anal. Psicol. 2013; 29(1): 131-140 [consultado el 22 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000100016&script=sci_arttext&tlng=en
18. Quiceno Margarita J, Vinaccia S. Calidad de vida en adolescentes: análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. Terapia psicológica. 2014; 32(3): 185-200 [consultado el 10 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000300002
19. Beltrán M, Freyre M, Hernández Guzmán L. El inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. Terapia psicológica 2012; 30(1): 5-13 [consultado el 12 de enero del 2016] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100001&script=sci_arttext
20. López Alonsa M. Plan de cuidados: depresión en tratamiento con terapia electroconvulsiva. Revista Reduca 2013; 5(3): 89-121 [consultado el 23 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1579/1601>
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Promoción y Educación para la Salud [Internet]. 2016 [consultado el 23 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
22. OMS. Promoción de la Salud Mental [Internet]. 2004 [consultado el 28 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

23. O'Brien P, Kennedy W, Ballard K. Enfermería psiquiátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
24. Escuela Andaluza de Salud Pública. Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa [Internet]. 2011 [consultado el 1 de febrero del 2016]. Disponible en:
http://www.easp.es/project/activos_para_la_salud_y_promocion_de_la_salud_mental/
25. Ruiz Lázaro P. Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes: proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes [Internet]. 1998 [consultado el 2 de febrero del 2016]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/AdoCompleto.pdf>
26. Álvarez P. Madrid revisa el suicidio de un menor por un posible acoso escolar. El País. 21 de enero del 2016 [consultado el 10 de febrero del 2016]. Disponible en:
http://politica.elpais.com/politica/2016/01/20/actualidad/1453319134_091881.html
27. Xicoténcatl F. Adolescente de 14 años se suicida en Tabasco 'por amor'. Excélsior. 14 de febrero del 2016 [consultado el 15 de febrero del 2016]. Disponible en:
<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/02/14/1075156>
28. Larrañeta A. Alan, un menor transexual de Barcelona que logró cambiar su DNI, se suicida por acoso. 20minutos. 25 de diciembre del 2015 [consultado el 22 de febrero del 2016]. Disponible en:
<http://www.20minutos.es/noticia/2637763/0/alan-adolescente-transexual/suicidio/acoso/>
29. FEAFES. Afrontando la realidad del suicidio: orientaciones para su prevención [Internet]. 2006 [consultado el 1 de marzo del 2016]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf
30. Imaginayoga.com: Visualizaciones creativas y curativas para niños [Internet]. [Consultado el 3 de marzo del 2016]. Disponible en:
<http://www.imaginayoga.com/index.php/visualizaciones-para-ninos>
31. Vargas Núñez N. Asociación Sembrando Esperanza [Internet]. 2016 [consultado el 20 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.sembrando-esperanza.org/>
32. E.M. Jornada de Salud Mental de la Asociación Amigos Camino del Futuro. La Crónica de Palma del Río. 1 de octubre del 2014 [consultado el 22 de marzo del 2016]. Disponible en: http://www.diariocordoba.com/noticias/palmadelrio/jornada-salud-mental-asociacion-amigos-camino-futuro_910431.html
33. Confederación Salud Mental España. La primera etiqueta [Vídeo]. 9 de octubre del 2012 [consultado el 24 de marzo del 2016]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=0NdfXz5IP9k>

34. Junta de Andalucía. Consentimiento informado [Internet]. 2016 [consultado el 7 de abril del 2016]. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/consentimiento.html>

35. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [Internet]. 1999 [consultado el 10 de abril del 2016]. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

ANEXO 1



Nombre _____ **Fecha** _____
Unidad/Centro _____ **Nº Historia** _____
Edad: ____ años ____ meses. **Sexo** _____ **Curso escolar** _____

7.6 CUESTIONARIO - CDI-


1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. No pienso en matarme
 pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

Población diana: población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado. En cada uno de los ítems, 0 indica “normalidad”, 1 indica “cierta intensidad” y 2 indica la “presencia inequívoca” de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

Las respuestas 1,3,4,6,9,12,14,17,19,20,22,23,26,27 puntúan 0,1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2,1 y 0.

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de screening se sitúa en 19 puntos, mientras que en un caso clínico el punto de corte es de 12 puntos ^[16].

ANEXO 2



Nombre _____ **Fecha** _____
Unidad/Centro _____ **Nº Historia** _____

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala autoadministrada

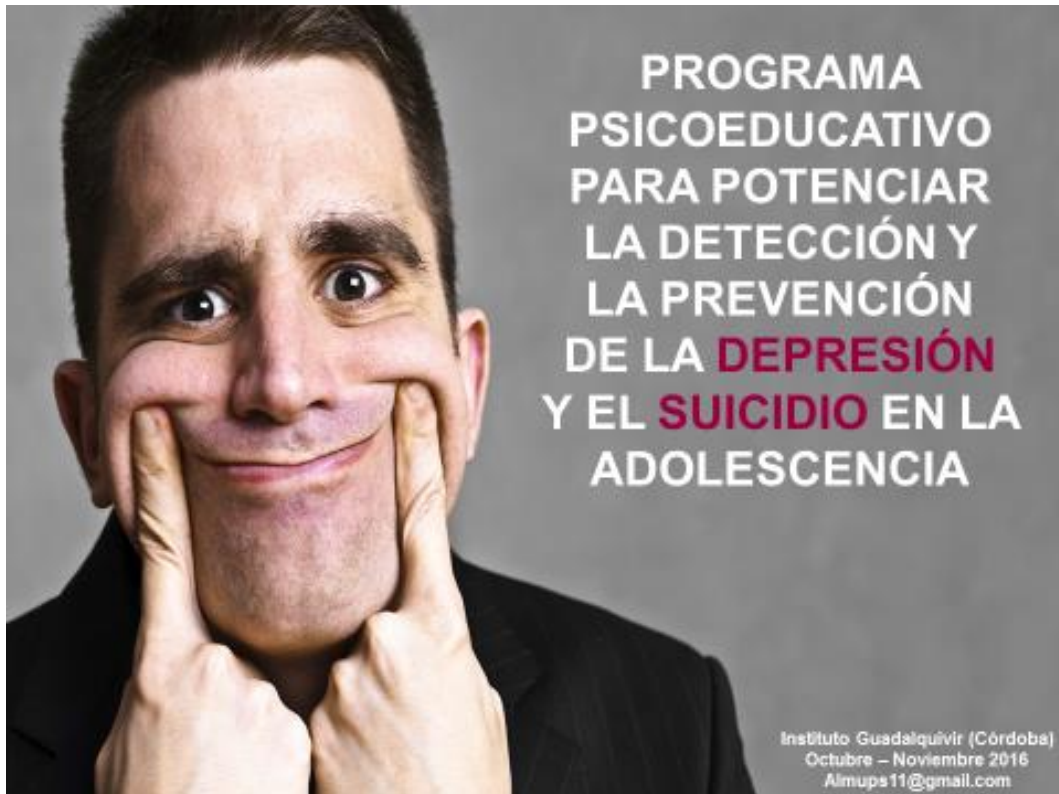
Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Mi futuro me parece oscuro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <i>No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <i>Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <i>No espero conseguir lo que realmente deseo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <i>Las cosas no marchan como yo quisiera</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <i>Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <i>Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. <i>El futuro me parece vago e incierto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. <i>No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Útil para identificar personas con riesgo suicida. Se trata de una escala autoadministrada de respuestas dicotómicas.

Se puntúa 1 las respuestas “Verdadero” de los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20 y el resto de las respuestas “Falso”. El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto ^[16].

ANEXO 3



DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: PRIMERA PARTE



PREGUNTAS DE CONTACTO:

- ¿Qué es la depresión?
- ¿Cuántos adolescentes creéis que la padecen?
- ¿Qué síntomas podemos encontrar en un joven depresivo?
- ¿Podemos todos llegar a padecer esta enfermedad?
- ¿Qué nos suele poner tristes?



¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

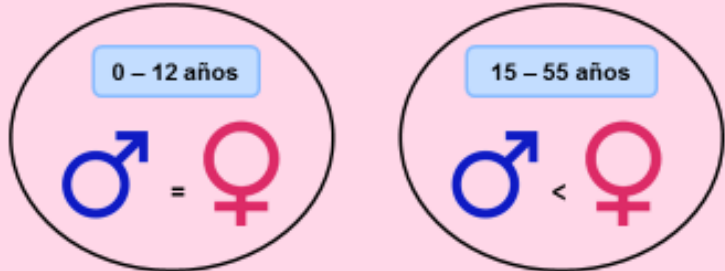
CORRECTO	INCORRECTO
Tristeza desproporcionada, diferenciada de los altibajos en el estado de ánimo que todos podemos tener, que produce malestar y dificultades para desarrollar la vida cotidiana. Trastorno afectivo o del humor.	Tristeza ante alguna determinada circunstancia que nos afecta.
Problema real.	Problema imaginario o que la persona se inventa.
Involuntario.	Voluntario. Imaginario. Puede mejorar si quiere.
Proporcionar ayuda.	Decir a la persona "Hay que poner algo de tu parte" o "Ánimate y date una vuelta que no tienes nada".

EPIDEMIOLOGÍA

El 20% de los **adolescentes** de todo el mundo padece **problemas mentales**.

➔

La **depresión** es la enfermedad que más afecta a los **jóvenes de 15 a 19 años**.



Los chicos presentan depresiones más graves y de peor pronóstico que las chicas.

SÍNTOMAS

SÍNTOMAS
DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES

≠

SÍNTOMAS
DEPRESIÓN EN
ADULTOS

DEPRESIÓN ENMASCARADA: Los síntomas no se perciben porque el paciente sonríe y niega los sentimientos negativos.



SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES (1) :

- Ánimo bajo. Sentirse triste la mayor parte del tiempo.
- Pérdida de interés en las actividades con las que antes disfrutaba.
- Ganas de llorar sin motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño.
- Aumento o disminución del apetito.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Bajo rendimiento escolar.



SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES (2) :

- Pensamientos negativos.
- Sentimientos de inutilidad y culpa.
- Irritabilidad.
- Comportamiento delictivo.
- Actos antisociales (robar en las tiendas, iniciar incendios).
- Síntomas físicos como dolor de cabeza o molestias abdominales.
- Aumento dedicación televisiva.
- Disminución actividades extraescolares.



SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES (3)

CHICOS

- Agresividad, inadaptación social.

CHICAS

- Ansiedad, aislamiento.

FACTORES DE RIESGO

FACTORES BIOLÓGICOS

- Genética.

FACTORES PSICOSOCIALES

- Pérdidas afectivas.
- Muerte de familiares.
- Frustración. Soledad.
- Alcoholismo y depresión familiar.
- Existencia conflictos en casa.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Rechazo por miembros entorno social.
- Bullying.
- Abuso de drogas.

BIBLIOGRAFÍA:

- UNICEF. La salud mental del adolescente: un desafío urgente para la investigación y la inversión [Internet]. 2016 [consultado el 7 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>
- Veytia López M, González Arratia López Fuentes N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Ment. 2012; 35(1): 37-43 [consultado el 8 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es
- Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [Internet]. 2009 [consultado el 20 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
- Martín Carrasco M. Depresión: como ayudarnos a nosotros mismos [Internet]. 2016 [consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.sepsig.org/file/InformacionSM/Depresi%C3%B3n.pdf>
- Serrano Gil A, Leónseguí Guillot R. Introducción a la enfermería en salud mental. Madrid: Dicz de Santos; 2012.
- Elkin G. Psiquiatría clínica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- Gelder M, Mayou R, Geddes J, Huidobro Pérez Villamil A. Psiquiatría. Madrid: Marban; 2000.
- Gutiérrez Casares J, Rey Sánchez F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smithkline Beecham; 2000.

ANEXO 4

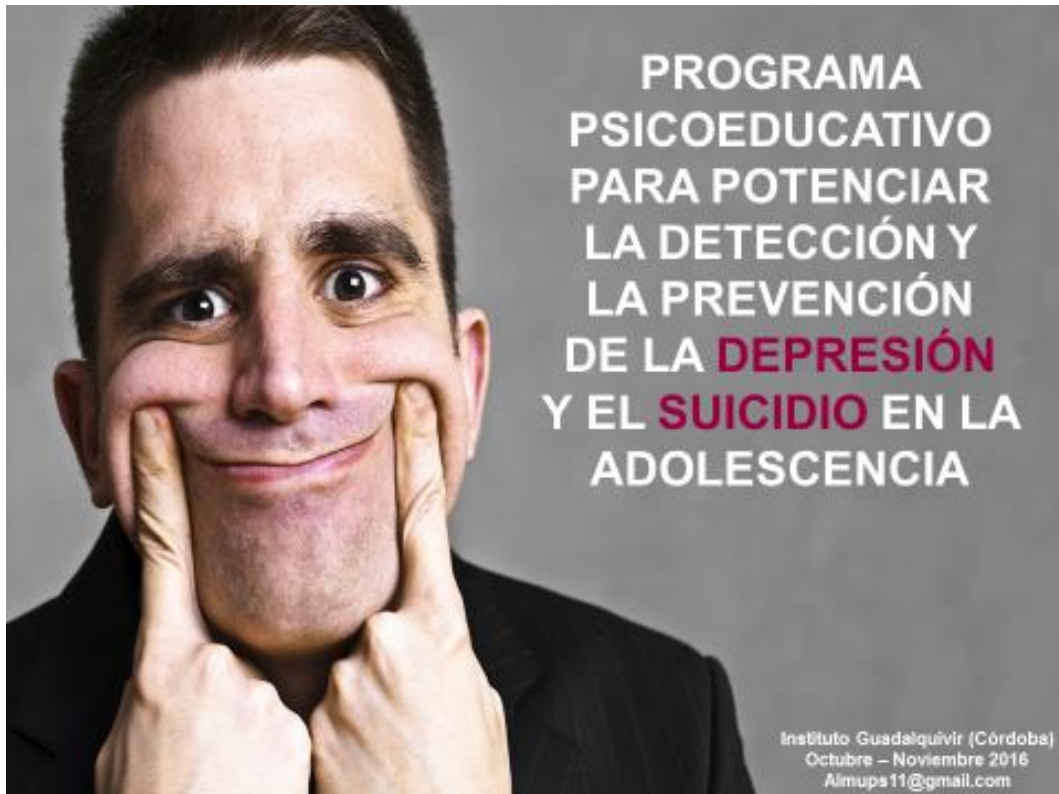
“HOY TODOS SOMOS REYES”

Los alumnos escribirán en un folio cinco cualidades negativas y cinco positivas de ellos mismos. Como definirnos positivamente resulta más complicado, repartiremos a cada uno de ellos una corona fabricada con cartulina. Cada adolescente escribirá en ésta cinco cualidades positivas del compañero que tenga a su derecha, o bien mensajes de apoyo o agradecimiento.

Cada uno leerá su corona y se la llevarán a casa para conservarla y releer los mensajes cada vez que necesiten subir el ánimo.



ANEXO 5



DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: SEGUNDA PARTE



PREGUNTAS DE CONTACTO:

- ¿Cómo podemos saber si un joven padece depresión o simplemente está triste?
- ¿De qué manera podemos ayudar a una persona que está depresiva?
- ¿Cómo creéis que se curan los adolescentes que sufren esta enfermedad?



DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN (1)

Más del **70%** de los **adolescentes** con trastornos depresivos **no** son **diagnosticados correctamente**. Las posibles razones pueden ser:

- Distintos síntomas de la depresión en adolescentes que en adultos.
- Mayor dificultad de los adolescentes para identificar como depresión lo que les ocurre.
- No creencia entre los padres y familiares de la existencia de dicho trastorno en estas edades.
- Falta de formación en la evaluación de adolescentes con problemas mentales por parte de los familiares y de los profesionales sanitarios.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN (2)



ENTREVISTA DIAGNÓSTICA.



INFORMACIÓN APORTADA POR PADRES Y ENTORNO ESCOLAR.



VALORAR ASPECTO GENERAL (descartar patología orgánica).



TESTS PARA DESCUBRIR SÍNTOMAS DEPRESIVOS, EVALUAR SEVERIDAD Y MEJORÍA CLÍNICA.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN (3)



Tristeza, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad durante al menos dos semanas.



TRATAMIENTO DEPRESIÓN (1)

- Diagnóstico
- Edad
- Características sociofamiliares



PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

incluye

ADOLESCENTE

FAMILIA

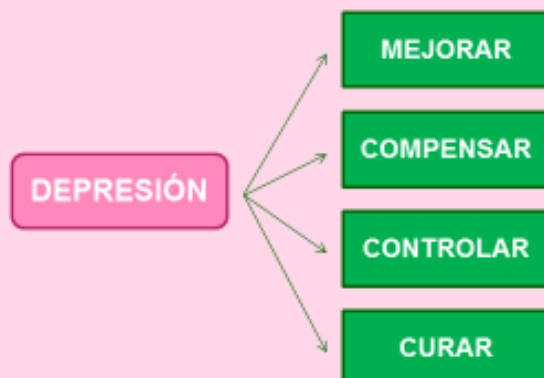
ESCUELA

TRATAMIENTO DEPRESIÓN (2)

- ANTIDEPRESIVOS.
- TERAPIAS PSICOLÓGICAS:
 - T. Cognitivo-Conductual.
 - T. Interpersonal.
 - T. Familiar.
- TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)



TRATAMIENTO DEPRESIÓN (3)



BIBLIOGRAFÍA:

- Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [Internet]. 2009 [consultado el 20 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
- Martín Carrasco M. Depresión: como ayudarnos a nosotros mismos [Internet]. 2016 [consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/Depresi%C3%B3n.pdf>
- Serrano Gil A, Leónsegui Guillot R. Introducción a la enfermería en salud mental. Madrid: Dica de Santos; 2012.
- Elkin G. Psiquiatría clínica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- Álvarez E, Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Barcelona: Marge Medica Books; 2008.
- Gutiérrez Casares J, Rey Sánchez F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smithkline Beecham; 2000.
- López Alonso M. Plan de cuidados: depresión en tratamiento con terapia electroconvulsiva. Revista Reduca 2013; 5(3): 89-121 [consultado el 23 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1579/1601>
- Bernaras E, Jaureguizar J, Soroa M, Ibabe I, De las Cuevas C. Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. Anal. Psicol. 2013; 29(1): 131-140 [consultado el 22 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000100016&script=sci_arttext&tlng=en
- Quiceno Margarita J, Vinaccia S. Calidad de vida en adolescentes: análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. Terapia psicológica. 2014; 32(3): 185-200 [consultado el 10 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000300002
- Beltrán M, Freyre M, Hernández Guzmán L. El inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. Terapia psicológica 2012; 30(1): 5-13 [consultado el 12 de enero del 2016] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100001&script=sci_arttext

ANEXO 6

“CUIDANDO NUESTRA AUTOESTIMA”

Se entrega a cada adolescente una fotografía propia impresa en papel fraccionada en varios trozos, la cual representa su autoestima. Se leerán en voz alta una serie de acontecimientos que pueden dañar la autoestima. Después de cada una de estas frases, los alumnos quitarán un trozo de su fotografía según si su autoestima en ese suceso se dañaría o no. Se realiza lo mismo pero al revés, añadiendo trozos a medida que se leen diferentes sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima. Una vez finalizado esto, se responderán entre todos una serie de preguntas para reflexionar sobre qué podemos hacer para que nuestra autoestima no se dañe y sobre cómo podemos ayudar a los demás a recuperarla.



▪ Sucesos cotidianos que pueden dañar tu autoestima:

- Un amigo/a difunde un secreto que tú le confiaste.
- Estás enfermo/a.
- Rompes un objeto valioso en casa.
- Se rumorea por el instituto que eres un chico o una chica "fácil".
- Tu novio/a te es infiel.
- Tienes muchos deberes.
- Te insultan en el instituto.
- Te das cuenta que has tomado una decisión equivocada.
- Tu equipo de fútbol pierde.
- Tu padre te grita.
- Te gusta alguien y no eres correspondido.
- Te ponen un mote.
- Discutes con tu mejor/a.
- Suspendes un examen.
- Tienes una pelea con tu novio/a y tardas días en arreglarlo.
- Te dicen que vistes "raro".
- Tu grupo de amigos no te avisa para salir el sábado por la noche.

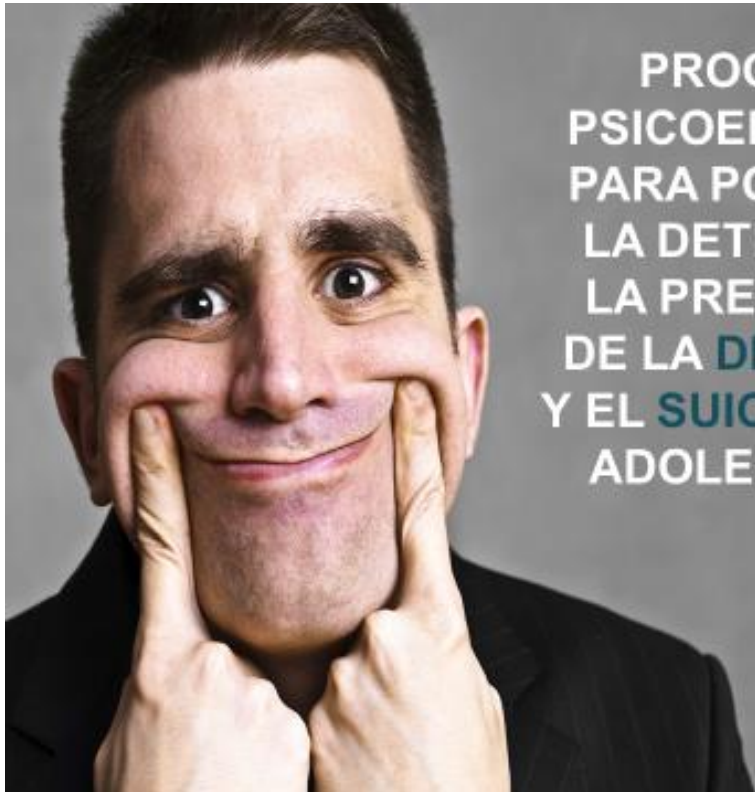
▪ Sucesos cotidianos que pueden aumentar tu autoestima:

- Te conceden una beca.
- Tu equipo de fútbol gana.
- Te hablan con educación y respeto.
- Te tratan como a un adulto.
- Te hacen un regalo.
- Tu padre se disculpa por haberte gritado.
- Haces deporte y te sientes fuerte y sano.
- Tu novio/a te escribe una carta.
- Tus amigos te dicen que les encanta tu corte de pelo.
- Te nombran delegado/a de clase.
- Le pides una cita al chico/a que te gusta y te dice que sí.
- Te dicen que te quieren.
- Recibes una llamada de un amigo con el que hacía tiempo que no hablabas.
- Te compras unos zapatos nuevos.
- Sacas un 10 en un examen.
- Un compañero de clase te pide consejo sobre cualquier cosa.

▪ Reflexionamos sobre nuestra autoestima:

- ¿Hemos recuperado del todo nuestra autoestima?
- ¿Qué situación ha sido la que más ha dañado nuestra autoestima? ¿Por qué?
- ¿Qué podríamos hacer para que ese suceso no nos dañase tanto?
- ¿Qué ha sido lo que menos nos ha dañado? ¿Por qué?
- ¿Qué suceso nos ha hecho recuperar más la autoestima? ¿Por qué?
- ¿De qué manera podemos ayudar a los demás a recuperar su autoestima?^[25]

ANEXO 7



**PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO
PARA POTENCIAR
LA DETECCIÓN Y
LA PREVENCIÓN
DE LA **DEPRESIÓN**
Y EL **SUICIDIO** EN LA
ADOLESCENCIA**

Instituto Guadalquivir (Córdoba)
Octubre – Noviembre 2016
Almups11@gmail.com



EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES



PREGUNTAS DE CONTACTO:

- ¿En qué consiste el suicidio?
- ¿Creéis que se suicidan muchos jóvenes al año?
- ¿Por qué se pueden querer suicidar estos?
- ¿Cómo podemos notar que una persona está pensando en quitarse la vida?
- ¿Qué debemos hacer si alguien nos dice que se quiere suicidar?



¿QUÉ ES EL SUICIDIO?

Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño con la intención de quitarse deliberadamente la vida.



EPIDEMIOLOGÍA

- En **España** cada año **se suicidan** alrededor de **3000 personas**.
- Consiste en la **segunda causa de muerte** entre los **jóvenes de 15 a 25 años**.
- Hungría, Finlandia, Suiza, Islandia y Austria son los países donde las tasas de suicidio son más elevadas.



Menos tentativas de suicidio.
Más suicidios consumados.



Más tentativas de suicidio.
Menos suicidios consumados.

MÉTODOS MÁS FRECUENTES DE SUICIDIO:



AHORCAMIENTO



PRECIPITACIÓN



INTOXICACIÓN

FACTORES DE RIESGO:

- Problemas psiquiátricos (DEPRESIÓN).
- Pérdida de seres queridos.
- Problemas económicos, familiares y laborales.
- Casos de suicidio en la familia.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Enfermedades crónicas causantes de mucho dolor.
- Sentimientos de rechazo. Soledad.
- El envejecimiento.
- Abuso físico o sexual en la niñez.
- Ruptura sentimental.



SEÑALES DE ALARMA:

- Cambios importantes en el carácter: aislamiento, apatía, insomnio.
- Referencias reiteradas a la muerte.
- Amenazas de suicidio.
- Regalar las pertenencias.
- Hablar de la necesidad de “dejar todos mis asuntos en orden”.
- Pérdida de interés en actividades con las que solía disfrutar.
- Preparar maneras de quitarse la vida: comprar un arma, muchas pastillas...



PREVENCIÓN Y CONTROL:

- Restringir el acceso a los medios de suicidio (medicamentos, armas de fuego...).
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastornos emocionales agudos.
- Seguimiento a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.
- Fomentar la comunicación de los propios sentimientos y emociones.
- Aumentar la sensibilidad de la comunidad y superar el tabú para avanzar en la prevención de dicho problema.

LOS SUICIDIOS SON PREVENIBLES

BIBLIOGRAFÍA:

- OMS. Suicidio [Internet]. 2016 [consultado el 24 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Ministerio de Salud. Suicidio [Internet]. 2016 [consultado el 24 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>
- MedlinePlus. Suicidio y comportamiento suicida [Internet]. 2016 [consultado el 26 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>
- Serrano Gil A, Leónseguí Guillot R. Introducción a la enfermería en salud mental. Madrid: Dicz de Santos; 2012.

ANEXO 8

EL SUICIDIO: UN PROBLEMA REAL



Se leerán en voz alta varias noticias actuales acerca de adolescentes que han decidido poner fin a su vida. Se comentarán en grupo las situaciones en las cuales se encontraban los protagonistas de dichas noticias y cómo podrían estos haber superado sus problemas. Animar a los jóvenes a pensar sobre la presente problemática, ¿Vale la pena poner fin a la vida? Remarcar lo importante que resulta tener una buena comunicación con los padres para poder expresar cómo nos sentimos en cada momento y qué situaciones nos agobian y nos atormentan. Ser sensible y respetar las diferentes opiniones de los miembros del grupo.

Noticia 1^[26]

EL PAÍS

ESPAÑA

ANDALUCÍA CATALUÑA C. VALENCIANA GALICIA MADRID PAÍS VASCO MÁS COMUNIDADES TITULARES »

ACOSO ESCOLAR »

Madrid revisa el suicidio de un menor por un posible acoso escolar

"Yo no aguanto ir al colegio y no hay otra manera de no ir", dejó escrito Diego en una carta a sus padres



PILAR ÁLVAREZ

Madrid • 21 ENE 2016 • 20:24 CET



Los padres de Diego, Carmen González y Manuel González. © Carlos Rosillo EL PAÍS/ANSA

Diego dejó escrita una carta antes de suicidarse tirándose por la ventana del quinto piso de su vivienda el pasado 14 de octubre. En ella, este niño madrileño de 11 años se despedía de sus padres diciendo: "Nunca os olvidaré". Además, dedicaba unas palabras a su abuelo, a su tío, a su hermanastra, y dejaba la siguiente frase: "Os digo esto porque yo no aguanto ir al colegio y no hay otra manera para no ir". Los padres, Carmen y Manuel González, de 52 y 57 años, se aferran a esa carta para pedir que se reabra el caso de su hijo, alumno de un centro concertado religioso madrileño, por un posible [acoso escolar](#).

El juzgado de Instrucción 1 de Leganés (Madrid) archivó la causa en diciembre "al no poder determinarse que hubiera habido intermediación de terceros en la muerte del pequeño", según fuentes judiciales. Los padres presentaron un recurso para reabrir el caso, que la jueza recibió el lunes y que está en tramitación, según las citadas fuentes.

La inspección educativa de la Consejería madrileña de Educación también abrió una investigación tras la muerte en la que descartó el acoso escolar, aunque ahora revisan de nuevo el caso después de que los padres hicieran pública la carta, que adelantó el lunes el diario *El Mundo*. Durante esa primera inspección, no se contactó con la familia. Según un portavoz de Educación, no se hizo porque su actuación "se circunscribe dentro del ámbito escolar si no hay una denuncia de los padres". Tras la publicación del testimonio del niño, la propia presidenta regional, Cristina Cifuentes, les recibirá el lunes y Educación no descarta volver a investigar.

MÁS INFORMACIÓN

El Gobierno pondrá en marcha un teléfono contra el acoso escolar

Caso Arancha: "Sabía que sufría acoso, lo denuncié, pero mi niña está muerta"

Una adolescente discapacitada se suicida tras sufrir acoso escolar

Carmen y Manuel González no tenían constancia de que su hijo sufriera acoso. Ella recordaba este lunes que Diego vivió meses muy angustiado, que le decía que no quería volver al colegio y que, el día antes de morir, "salió muy pálido del centro". "No conseguí sacarle nada", lamenta la mujer. Diego era un niño "inteligente, muy especial y muy tierno", define su madre. Con la carta, empezaron las sospechas.

El abogado de la familia, Robinson Guerrero, asegura que "una quincena de padres" del colegio se han puesto en contacto con ellos para contarles "otros casos". "En un asunto tan grave como un suicidio de un menor la

investigación debe llegar hasta el final", pide el letrado. "Queremos que salga la verdad", añade el padre.

Mariano Cano es uno de los padres mercedarios que dirigen el colegio Nuestra Señora de Los Ángeles, en el barrio obrero de Villaverde, que este año cumple su 50º aniversario y tiene un millar de alumnos. "Estamos impactados y estremecidos. No hemos detectado ni el más leve indicio de acoso ni había ningún problema con este chico. Desde el principio, estuvimos en contacto con la familia y colaboramos con la investigación policial y con la Consejería de Educación", añade. Según Cano, no han recibido denuncias de más familias, pero añade que el caso "ha despertado la psicosis" de otros progenitores.

VIDEOS NEWSLETTERS

TE PUEDE INTERESAR

Análisis | La vieja amistad de Umberto Eco y Sherlock Holmes



Tres docentes serán juzgados por tolerar un caso de acoso escolar



Uno de cada 10 alumnos asegura que ha sufrido acoso escolar



El Barça sudó para ganar en Las Palmas



Papá, mamá, todos los años que llevo con
vosotros han sido muy buenos y nunca los
olvidaré como nunca os olvidaré a vosotros.
Papá, tú me has enseñado a ser buena persona
y a cumplir las promesas, además, has jugado
mucho conmigo.
Mamá, tú me has cuidado muchísimo y me
has llevado a muchos sitios.
Los dos solos sois increíbles pero juntos sois los
mejores padres del mundo.
Tata, tú has aguantado muchas cosas por mí y por
papá, te estoy muy agradecido y te quiero mucho.
Abuelo, tú siempre has sido muy generoso conmigo
y te has preocupado por mí. Te quiero mucho.
Lolo, tú me has ayudado mucho con mis
deberes y me has tratado bien. Te deseo suerte
para que puedas ver a Eli.

Os digo esto porque yo no aguanto
ir al colegio y no hay otra manera para mí.
Por favor espero que algún día podáis estar
un poquito mejor.
Os pido que no os separéis papá y mamá,
solo viéndos juntos y felices yo seré feliz.
Os haré de menos y espero que un día
podamos volver a vernos en el cielo. Bueno
me despido para siempre firmado Diego, en
una cosa espero que encuentres trabajo muy pronto
tata.

Diego González

Carta íntegra de Diego.

• Noticia 2 [27]

Adolescente de 14 años se suicida en Tabasco 'por amor'

La tragedia ocurrió en vísperas del día de 'San Valentín', después de que la novia del menor rompiera con su relación

14/02/2016 19:30 FABIOLA XICOTENCATL



El Ministerio Público de la FGE se desplazó hasta el lugar para realizar el levantamiento del cuerpo del menor y trasladarlo hasta el Servicio Médico Forense. (Foto: Archivo Cuartoscuro)

VILLAHERMOSA, TABASCO

Un menor de apenas 14 años de edad se suicidó en su casa del fraccionamiento La Selva, de la zona conurbada de Villahermosa, Tabasco, luego de que su novia terminara la relación en vísperas del 'Día de San Valentín'.

La tragedia ocurrió el sábado por la tarde, cuando los hermanos encontraron al joven Vicente L. colgado de los hilos de una hamaca, en su recámara, por lo que desesperados intentaron brindarle los primeros auxilios.

Según el testimonio de Julio y Marco Antonio, de 16 y 9 años de edad, sobre la cama de Vicente encontraron una libreta con una carta póstuma que el joven había dejado a su novia, que recién había roto el noviazgo por problemas personales.

“Hola Paulina deseo que encuentres toda la felicidad que yo soñaba con darte no lo logré perdóname sé que te marchaste sin saber, sin escuchar, sin comprender que hay una daga envenenada aquí”, escribió Vicente antes de tomar la fatídica decisión de quitarse la vida.

Al domicilio, ubicado en andador El Cedro, del fraccionamiento La Selva, de la zona conurbada Villahermosa-Nacajuca, llegaron paramédicos de la Cruz Roja quienes confirmaron el deceso de Vicente.

lfm

TACS: Tabasco Seguridad

• Noticia 3 [28]

20 minutos

PORTADA

Nacional Deportes

Internacional Tecnología

Economía Artes

Tu ciudad Secciones

Fotos Videos Gráficos

HOROSCOPO | SORTEOS | GUÍA TV | SERVICIOS

Sevilla 20° 7°

Me gusta Seguir

BARCELONA

Alan, un menor transexual de Barcelona que logró cambiar su DNI, se suicida por acoso



Imagen cedida a 20 minutos de Alan, el menor transexual de Barcelona que se quitó la vida por el acoso escolar que sufría. (20MINUTOS)

- Su madre: "No pudo con la presión de la sociedad y nos ha dejado para siempre".
- Alan había conseguido este mes que un magistrado autorizara el cambio de nombre en su DNI pese a ser un menor de edad.



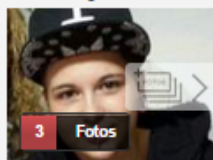
A. LARRAÑETA 25.12.2015

@alarraneta

Google+

Alan, un adolescente transexual de la provincia de Barcelona, había conseguido este mes de diciembre que un magistrado le autorizara a cambiar el nombre en su DNI. Tenía el apoyo de toda su familia, pero le faltaba el del entorno escolar. Y este jueves se quitó la vida.

Otras imágenes



Su madre daba este viernes la triste noticia a la asociación de familias de menores transexuales Chrysalis: "Siento en el alma tener que dar esta terrible y triste noticia. Nuestro hijo Alan se quitó ayer (por el jueves) su corta vida de 17 años. No pudo con la presión de la sociedad y nos ha dejado para siempre. Muchas gracias por todo vuestro apoyo recibido".

Alan, de 17 años, había sufrido "acoso escolar" por su transexualidad en su centro educativo, lo que le llevó a ingresar con diagnóstico de "depresión" en el Hospital Clínic de Barcelona.

El joven salió del centro hospitalario y se cambió de instituto, pero también en el nuevo centro padeció "situaciones de bullying", según Chrysalis. Al parecer, la familia y el equipo directivo del nuevo instituto tenían ya prevista una reunión para "hacer frente a esta situación" después de las vacaciones navideñas.

"Hoy todas las familias de Chrysalis estamos con Alan y su familia", reza el mensaje de condolencias publicado por la asociación. "Esta era la primera Navidad que vivía de acuerdo a su identidad, la primera en la que celebrar un DNI recién estrenado, la primera en la que habría fiesta en casa desde hacía muchos años pero, trágicamente, ha resultado ser la última", explicaba su vicepresidenta, Saida García por teléfono a *20 minutos*. A su juicio, ha sido "la presión e incompreensión en el ámbito escolar han podido con Alan y esta noche ha decidido dejar de caminar entre nosotros".

No pudo con la presión de la sociedad y nos ha dejado para siempre

Desde Chrysalis, colectivo que asesora a unas 200 familias de toda España, añadieron en su comunicado en la web: "No hay palabras para acompañar este dolor ni para expresar la indignación, frustración y vergüenza ante unas administraciones que nunca llegan a tiempo, que van siempre por detrás de las necesidades de la infancia y adolescencia transexual". Al tiempo que aseguraron que seguirán "luchando para que la sociedad respete a nuestras hijas e hijos, pero a Alan ya no le servirá".

Alan era uno de los dos menores catalanes que habían conseguido este mes de diciembre que en su DNI pusiera el nombre con el que se identificaba. Eran los primeros en lograrlo en Cataluña, y en el resto de España otros 25 menores lo han conseguido pese a que la legislación dice que para cambiarse el nombre en el DNI es preciso ser mayor de edad y contar con preceptivos informes médicos.

ANEXO 9

“VALE LA PENA VIVIR”

CONSEJOS PARA PREVENIR EL SUICIDIO

SI TIENES PENSAMIENTOS SUICIDAS...

Debes saber que:

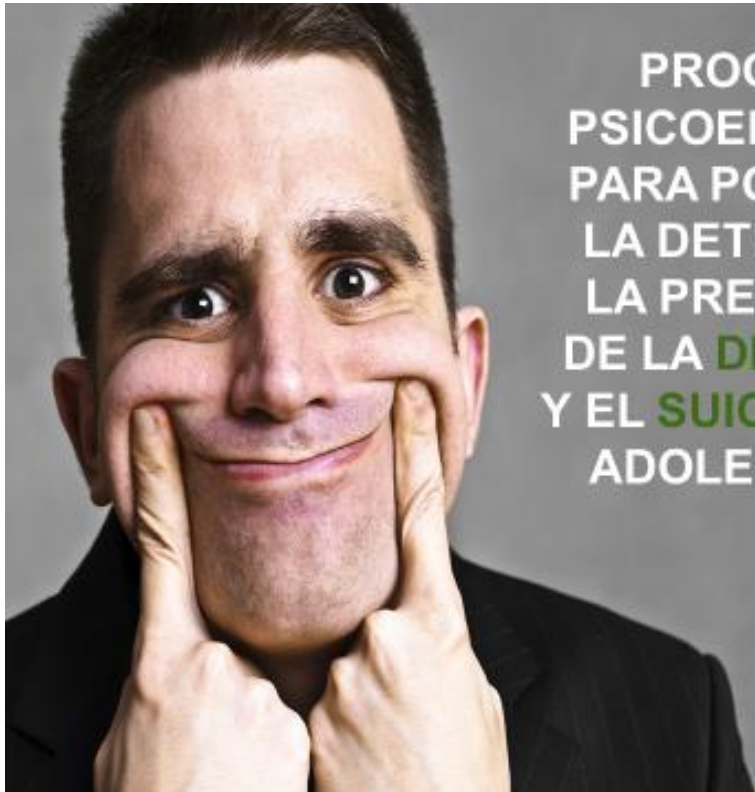
- **No estás solo.**
Busca un familiar, un amigo, un terapeuta y trasládale tus inquietudes. No mantengas en secreto tus pensamientos sobre el suicidio.
- **Los pensamientos suicidas están asociados con problemas que pueden resolverse.**
Si no se te ocurre ninguna solución, no significa que no haya soluciones, sino que ahora no eres capaz de verlas. Los tratamientos psicoterapéuticos te ayudarán a encontrar y valorar las opciones adecuadas.
- **Las crisis de suicidios son pasajeras.**
Aunque ahora sientas que tu abatimiento no va a terminar, es importante reconocer que las crisis no son permanentes.
- **Los problemas rara vez son tan graves como parecen a primera vista.**
Las cosas que ahora te parecen insuperables, con el tiempo, serán seguramente menos graves y más controlables.
- **Las razones para vivir ayudan a superar momentos difíciles.**
Piensa en las cosas que te han sostenido en los momentos difíciles: tu familia, tus aficiones, tus proyectos para el futuro...^[29]

SI ALGÚN FAMILIAR O AMIGO ESTÁ EN RIESGO...

Éstas son algunas de las formas de ayudar a una persona que expresa su intención de cometer un suicidio:

- Valora la situación seriamente.
- Sé directo/a. Habla clara y abiertamente sobre el suicidio.
- Exprésale tu preocupación.
- Muéstrale que estás dispuesto a escucharlo. Deja que la persona hable de sus sentimientos.
- Acepta sus sentimientos. No los juzgues. No cuestiones si el suicidio es o no correcto.
- No des sermones sobre el valor de la vida.
- Acércate y muestra que estás disponible. Demuestra interés y ofrece tu apoyo.
- No desafíes a la persona a que lo haga.
- Tranquiliza a la persona.
- No te muestres espantado/a. Eso no hará sino poner distancia entre los dos.
- No prometas confidencialidad. Busca ayuda también entre sus familiares y amigos.
- Explica que hay alternativas disponibles pero no des consejos fáciles.
- Adopta medidas prácticas: retira o controla todos los elementos que puedan suponer un riesgo.
- Si es posible, no dejes sola a la persona. Evita, sin embargo, situaciones de excesivo control.
- Busca ayuda profesional e informa de si existe algún antecedente familiar de suicidio.
- Involucra a otras personas significativas que puedan contribuir a superar esta situación. ^[29]

ANEXO 10



**PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO
PARA POTENCIAR
LA DETECCIÓN Y
LA PREVENCIÓN
DE LA **DEPRESIÓN**
Y EL **SUICIDIO** EN LA
ADOLESCENCIA**

Instituto Guadalquivir (Córdoba)
Octubre – Noviembre 2016
Almups11@gmail.com



ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y BUENOS HÁBITOS



PREGUNTAS DE CONTACTO:

- ¿Qué beneficios tiene el realizar actividad física?
- ¿Qué técnicas de relajación conocéis? ¿Practicáis alguna?
- ¿Cuáles son las drogas más consumidas?
- ¿Pensáis que el tabaco y el alcohol son drogas?
- ¿Qué efectos tiene para la salud su consumo?

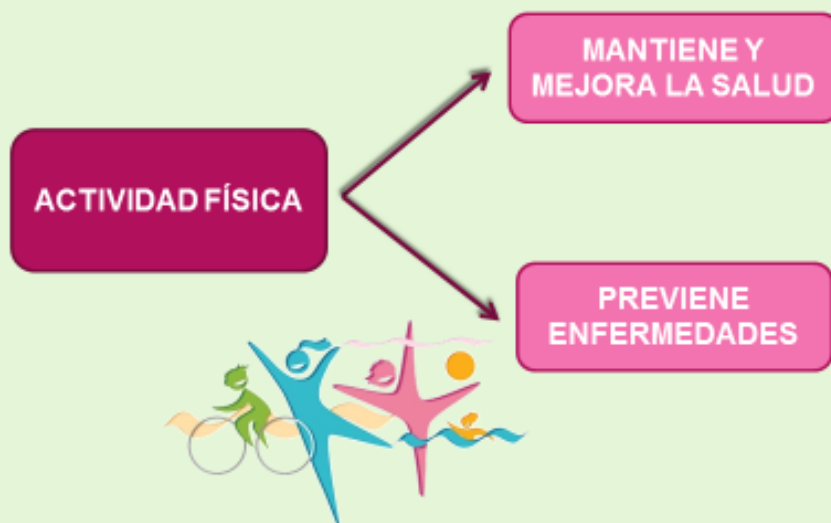


PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DESEQUILIBRIOS PSICOLÓGICOS:

- **Actividad física.**
- **Ejercicios de relajación.**
- **Buenos hábitos: no consumir sustancias tóxicas.**



ACTIVIDAD FÍSICA



BENEFICIOS FISIOLÓGICOS:

- > Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes.
- > Ayuda a controlar el sobrepeso y la obesidad.
- > Fortalece los huesos.
- > Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (forma física).



BENEFICIOS PSICOLÓGICOS:

- > Mejora el estado de ánimo.
- > Disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión.
- > Aumenta la autoestima.
- > Proporciona bienestar psicológico.



BENEFICIOS SOCIALES:

- > **Fomenta la sociabilidad.**
- > **Aumenta la autonomía y la integración social**
- > **Mejor rendimiento escolar.**
- > **Proporciona bienestar psicológico.**



**ACUMULAR COMO MÍNIMO 60
MINUTOS DIARIOS DE
ACTIVIDAD FÍSICA**

**AUMENTAR DE MANERA PROGRESIVA LA
DURACIÓN, LA FRECUENCIA Y LA
INTENSIDAD.**



EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

- Técnica de relajación muscular progresiva.
- Yoga.
- Ejercicios de respiración diafragmática.
- Meditación.
- Visualización de imágenes agradables.



BENEFICIOS DE LA RELAJACIÓN:

- Disminuye el estrés y la ansiedad.
- Elimina la tensión muscular, y con ello los dolores.
- Aumenta el reposo y ayuda a conseguir un descanso más profundo.
- Eleva la resistencia frente a las enfermedades.
- Contribuye a mantener en equilibrio la tensión arterial.
- Aumenta la energía y la vitalidad.
- Estimula a que predominen los pensamientos positivos.

**DEDICAR MÍNIMO
10 MINUTOS
DIARIOS A LA
RELAJACIÓN**

BUENOS HÁBITOS: NO CONSUMIR SUSTANCIAS TÓXICAS

Todas las drogas comportan un riesgo y ningún consumo se puede considerar seguro.

En la adolescencia el cerebro todavía se está desarrollando y si en este proceso interfieren las drogas pueden existir consecuencias profundas y de larga duración.



Las drogas nos hacen **menos** protagonistas de nuestra vida.

EL TABACO

MITO FALSO

Fumar un cigarro RELAJA y alivia el estrés.

Uno de los componentes del tabaco, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa de que su consumo produzca dependencia.



Durante la combustión de un cigarrillo, se originan más de **4.000 productos tóxicos** diferentes además de la nicotina, como alquitranes, monóxido de carbono y productos irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico, etc.).

EFECTOS DEL TABACO:

A CORTO PLAZO:

- Euforia.
- Alegría desmedida.
- Alteración en la percepción.
- Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención.
- Alteración de la memoria.
- Dificultades para razonar y resolver problemas.



A LARGO PLAZO:

- Peores resultados académicos y abandono prematuro de estudios.
- Brotes psicóticos.
- Ansiedad y pánico.
- Depresión.
- Trastornos psicomotores y para la ejecución de tareas complejas.

EL ALCOHOL

MITO
FALSO

El alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar **MÁS** animado y en forma.

Los efectos del alcohol varían en función de su concentración en sangre, y pueden llegar a producir un **coma etílico** e incluso la **muerte**.

El alcohol **anula** progresivamente las **funciones cerebrales** y **afecta** a nuestra capacidad de **autocontrol**.



EFECTOS DEL ALCOHOL:

A CORTO PLAZO:

- Alteración de la valoración del riesgo con consecuencias graves para la salud (sexualidad y conducción).
- Desinhibición.
- Euforia.
- Relajación.
- Aumento de la sociabilidad.
- Dificultad para hablar y asociar ideas.
- Descoordinación motora.
- Coma etílico.



A LARGO PLAZO:

- Alteración en el desarrollo del cerebro.
- Alteraciones de las relaciones sociales y del rendimiento escolar.
- Impotencia sexual en el hombre e inhibición del deseo sexual en la mujer.

EL CANNABIS

MITO
FALSO

El cannabis tiene efectos terapéuticos por lo que NO debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando.

Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial del consumo de cannabis asociado a la conducción de vehículos, especialmente si se combina con alcohol, lo que hace que aumente el riesgo de accidentes.



EFECTOS DEL CANNABIS:

A CORTO PLAZO:

- Euforia.
- Alegría desmedida.
- Alteraciones en la percepción.
- Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención.
- Alteración de la memoria.
- Dificultad para razonar y resolver problemas.



A LARGO PLAZO:

- Peores resultados académicos y abandono prematuro de estudios.
- Brotes psicóticos.
- Ansiedad y pánico.
- Depresión.
- Trastornos psicomotores y para la ejecución de tareas complejas.

LA COCAÍNA

MITO
FALSO

La cocaína DA marcha.

Provoca cambios emocionales que pueden llegar a producir crisis de ansiedad u otras alteraciones. Al consumirla, puede producirse un aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración, que permiten un aparente rendimiento intelectual, aunque este efecto es pasajero.



La supresión de su consumo tras un período prolongado da lugar a un **fenómeno de rebote**, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, etc.

EFFECTOS DE LA COCAÍNA:

A CORTO PLAZO:

- Euforia.
- Agitación e hiperactividad.
- Aumento de la sociabilidad.
- Sentimientos de grandeza.
- Verborrea.
- Aceleración mental y falsa sensación de agudeza mental.
- Disminución de la fatiga y del sueño.
- Agresividad.



A LARGO PLAZO:

- Gran dependencia.
- Trastornos neurológicos y psiquiátricos.
- Insomnio.
- Trastornos de inapetencia sexual e impotencia.

¡RECUERDA!

- Las drogas afectan a la familia. El consumo de drogas puede **afectar a la convivencia** hasta límites intolerables y puede **arruinar las relaciones sociales** del individuo con su entorno.

¡RECUERDA!


- <https://www.youtube.com/watch?v=JndZ3y-KVLQ>
- <https://www.youtube.com/watch?v=RwKLTdZ2Rgw>



BIBLIOGRAFÍA:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física y Salud. Guía para padres y madres [Internet]. 2016 [consultado el 31 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/beneficios.htm>
- OMS. La actividad física en los jóvenes: niveles recomendados de actividad física para la salud de 5 a 17 años [Internet]. 2016 [consultado el 31 de marzo del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Bienestar emocional: técnicas de relajación [Internet]. 2016 [consultado el 31 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.bemocion.msssi.gob.es/comoEncontrarmeMejor/tecnicasRelajacion/home.htm>
- Cuello J, Maldonado R, Rovira J. Hablemos de drogas: una realidad que debe tratarse en la escuela [Internet]. 2010 [consultado el 31 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.hablemosdedrogas.org/es/unidadesdidacticasneurologiaadiccion>
- Alcívar Trejo C, Calderón Cisneros JT, Jácome Vera NJ. “¿El uso de las drogas afecta a la sociedad o “contribuye al turismo”? Sus riesgos en los jóvenes y adolescentes”. Revista Contribuciones a las Ciencias sociales, n.27; 2015 [consultado el 1 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2015/01/drogas.html>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información sobre drogas y otras conductas adictivas [Internet]. 2016 [consultado el 1 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/tabaco/menuTabaco/riesgos.htm>
- Ministerio de Justicia del Derecho. Nuestro tiempo es ahora. Prevención del consumo de drogas [Vídeo]. 21 de mayo del 2014 [consultado el 1 de abril del 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JndZ3y-KVLQ>
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Cada vez que te emborrachas te vuelves un poco más tonto [Vídeo]. 30 de octubre del 2013 [consultado el 1 de abril del 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RwKLTdZ2Rgw>

ANEXO 11



**PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO
PARA POTENCIAR
LA DETECCIÓN Y
LA PREVENCIÓN
DE LA DEPRESIÓN
Y EL SUICIDIO EN LA
ADOLESCENCIA**

Instituto Guadalquivir (Córdoba)
Octubre – Noviembre 2016
Almups11@gmail.com

VISUALIZACIÓN



“Vamos a buscar una posición cómoda. Vas a colocar las manos encima de tu barriga y a respirar profundamente. Respiro y cierro los ojos. Imagina que tu barriga es un globo. Lo inflas y lo desinflas. Llenas y vacías el globo tres veces.

Vamos a hacer un viaje juntos. Un viaje imaginario. Yo estaré contigo en cada paso del camino. Iremos al campo, nos bañaremos en el río y volaremos como un águila.

Ahora vas a imaginar que es sábado por la mañana, hace un día estupendo, es primavera y el sol brilla. Estas en el campo, te sientes bien, tranquilo, seguro. Ves la hierba verde. Sientes el sol como te toca la piel y te calienta el cuerpo. Respiras profundamente y sientes el olor del campo. Miras a tú alrededor y ves los árboles, escuchas los pájaros como cantan, ves unas mariposas revoloteando, te sientes muy a gusto, estás rodeado de todos los colores que te puedas imaginar. Te sientas en la hierba y vas sintiendo como el sol te acaricia la cabeza de una manera dulce y agradable. Notas el calorcito. Lo notas en los hombros, en los brazos, en las manos, lo notas por la espalda, por las caderas, por las piernas y por los pies.


Disfruta de este momento. Te vas a levantar y a dar un paseo, disfrutando de la sensación de tener más fuerza y más luz dentro de ti. Estás tranquilo, relajado. Vas paseando por el campo rodeado de flores, miras los árboles y te sientes feliz. Escuchas el sonido del agua. Por el sonido sabes que cerca hay un río, así que vas a ir paseando hasta encontrarlo. El agua es pura y cristalina. Metes las manos y te lavas la cara. Es una sensación estupenda. Se relajan todos los músculos de tu cara.

Empiezas a andar siguiendo el curso del río, sintiendo como sigues recargándote de energía con el sol. Y cada vez se escucha más el sonido del agua, hasta que ves delante de ti una cascada que emana de una montaña. Vas a ir hacia la cascada, metiéndote dentro del río. El agua no está fría y con toda la energía que tienes no te hundes, eres un buen nadador. Te pones debajo y notas como cae el agua encima de ti. El agua va limpiando tu cuerpo de cualquier cosa que te preocupe. Te va limpiando de cualquier tensión. El agua te limpia de todo lo que ya no necesitas. Te vas sintiendo más ligero, más limpio. Empiezas a notar como tu cuerpo cada vez pesa menos, tu cuerpo cada vez flota más, y empiezas a notar cómo vas bajando por el río. Deja que la corriente te lleve, no te hundes, eres fuerte.

Vas bajando y sientes a tu alrededor el campo, las flores, las mariposas. Todo está bien. Escuchas como cantan los pájaros y ves que un águila muy bonita se posa sobre la rama de un árbol. Te imaginas que eres esta águila que vuela por el cielo azul. Ahora tú eres el águila. Un águila con un vuelo perfecto. Siente que estás volando, que te dejas llevar por el viento. Y observas debajo de ti el río, no tienes miedo, sabes volar muy bien, estás tranquilo, disfrutando de tu vuelo. Ves las montañas, los valles, los ríos, las ciudades. Tú puedes ver todo esto, te sientes muy a gusto contigo, eres un águila libre, poderosa, ágil. Tu cuerpo no pesa, es una experiencia magnífica. Una experiencia magnífica que no olvidarás. Flotas en el aire, subes, bajas, te dejas llevar, escuchas el sonido del viento. Siente el aire que te rodea, azul, fresco, limpio. Y cada vez que respiras te sientes mejor. Cada vez que respiras te sientes más y más feliz. Vuelas por el cielo azul y te sientes muy bien, estás tomando la energía que necesitas.

Te sientes luminoso, resplandeciente por dentro y por fuera. A lo lejos ves una montaña con muchos árboles y vas hacia allí disfrutando de tu vuelo. Te diriges hacia tu nido a descansar. Te posas sobre el nido y descansas. Ha sido una aventura fantástica. Recuerda todo lo que has visto como águila, todo lo que has sentido como águila. Te sientes libre, feliz. Vas a tener la fuerza del águila. Eres grande. Sientes seguridad. Soy muy inteligente. Aprendo con rapidez. Soy único y especial. Estoy relajado y tranquilo. Estoy guapo cuando sonrío. Ahora puedo cambiar mi enfado por una sonrisa. No pasa nada por equivocarme, estoy aprendiendo. Es estupendo ser yo. No tengo miedo y... voy a sentirme como el águila siempre que quiera” [30].

ANEXO 12



**PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO
PARA POTENCIAR
LA DETECCIÓN Y
LA PREVENCIÓN
DE LA **DEPRESIÓN**
Y EL **SUICIDIO** EN LA
ADOLESCENCIA**

Instituto Guadalquivir (Córdoba)
Octubre – Noviembre 2016
Almups11@gmail.com



TOLERANCIA, ASERTIVIDAD, EMPATÍA Y CONFIANZA: LAS BASES DE UNA BUENA COMUNICACIÓN



PREGUNTAS DE CONTACTO:

- ¿Sueles decirle a los demás como te sientes?
- ¿Cuentas tus problemas y preocupaciones en casa? ¿Y a tus amigos?
- ¿Escuchas con atención al resto?
- ¿Respetas las opiniones ajenas?
- ¿Sueles buscar ayuda cuando algo te preocupa o agobia?



COMUNICACIÓN EFECTIVA

La comunicación de las emociones y los sentimientos es el primer paso para enfrentar situaciones que vivimos cotidianamente en las cuales se ponen en juego lo que sentimos y lo que nos emociona.

Reforzar esta habilidad, nos permite ser más sensibles para reconocer y comprender las emociones de los demás.



COMUNICACIÓN EFECTIVA

Las emociones son un indicador respecto a cómo nos encontramos.

Cuando reconocemos, aceptamos, entendemos y sabemos expresar adecuadamente los sentimientos, podemos aumentar el propio bienestar y entender y relacionarnos mejor con los demás.

Es necesario estar en contacto con lo que sentimos, aprender a manejarlo y a expresarlo de la manera adecuada.

A través de nuestras emociones y sentimientos nos comunicamos con los otros y los otros se comunican con nosotros.

ESCUCHA ACTIVA

La escucha es uno de los elementos más importantes del proceso de comunicación.

Se aumenta la confianza de la persona que trasmite el mensaje, sintiéndose cómoda y valorada, por lo que aumenta su autoestima.



EMPATÍA

Capacidad de las personas de sentir y comprender las emociones ajenas como propias.

TOLERANCIA

Saber permitir, considerar y respetar las opiniones y acciones de cada una de las personas.
La tolerancia es un factor que complementa a la comunicación y comprensión.

ASERTIVIDAD

Posibilidad de expresar de una manera clara, directa y oportuna lo que se cree, piensa y siente.

Saber decir NO cuando se quiere decir NO.

La persona asertiva dice lo que piensa y defiende sus derechos, pero respetando los derechos de los demás.

La persona no asertiva es ambivalente, no tiene respuestas claras.



ASPECTOS PARA MEJORAR TU COMUNICACIÓN:

- Escuchar al resto.
- Respetar las opiniones, sentimientos y emociones de los demás.
- Darte tiempo para analizar y entender tus sentimientos y los comportamientos que estos generan en los demás.
- Estar tranquilo, perder el control impide comunicarse de manera efectiva.
- Mantener una aptitud positiva.
- Comunicarse de manera asertiva.



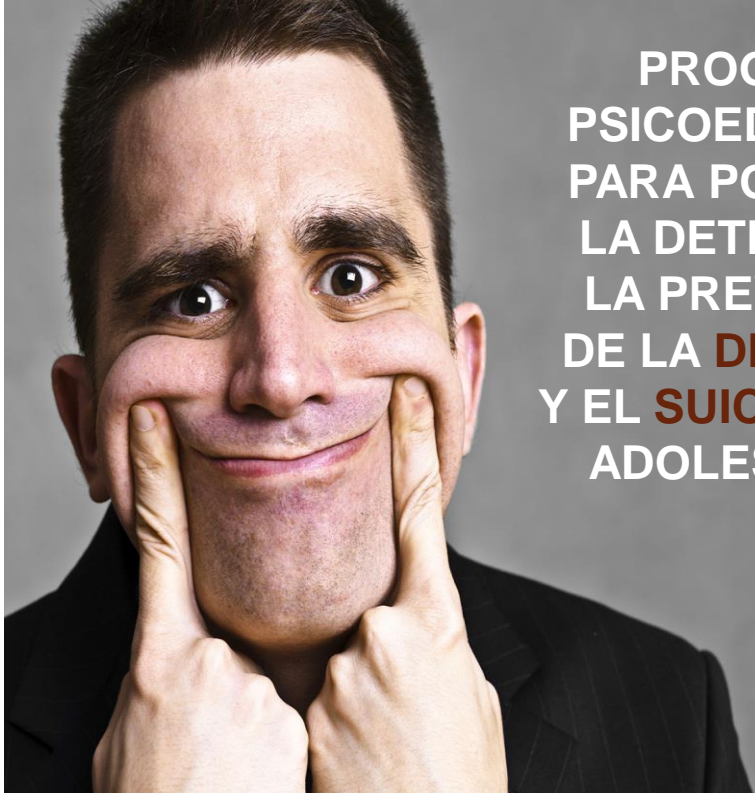
¡RECUERDA!

**¡NO HUYAS DE
LOS PROBLEMAS,
ABRÁZALOS!
COMUNICATE.
BUSCA AYUDA.**

**“ YO TENÍA UN PERRO
NEGRO QUE SE
LLAMABA DEPRESIÓN”**

<https://www.youtube.com/watch?v=ALAN3-LfHiM>





**PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO
PARA POTENCIAR
LA DETECCIÓN Y
LA PREVENCIÓN
DE LA **DEPRESIÓN**
Y EL **SUICIDIO** EN LA
ADOLESCENCIA**

Instituto Guadalquivir (Córdoba)
Octubre – Noviembre 2016
Almups11@gmail.com

ANEXO 13

“Y TÚ, ¿NECESITAS AYUDA?”

Se piden tres voluntarios, que se salen del aula para no escuchar lo que se les dice al resto. Se coloca una silla en el centro de la sala, donde se sentarán los voluntarios, y a un metro y medio aproximadamente un recipiente. El resto de sillas se colocan en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí. El juego consiste en encestar 10 pelotas de ping-pong con los ojos tapados con un pañuelo, pero con ciertas particularidades. Al primer voluntario, sus compañeros le gritarán, le intentarán desanimar y confundir con indicaciones erróneas; con el segundo se mantendrán en todo momento en silencio; al tercero le animarán, le darán información sobre cómo lo está haciendo e indicaciones correctas para dirigir el tiro. Una vez hayan lanzado todos los voluntarios, se dan los resultados. Habitualmente, habrá enceestado más veces el último de estos y menos el primero. Se le pregunta a cada uno cómo se ha sentido y se reflexiona en grupo acerca de las conclusiones que se sacan del juego ^[25].



ANEXO 14

“TODOS VEN LO QUE APARENTAS, POCOS LO QUE REALMENTE ERES”

Acuden al aula tres personas que superaron hace aproximadamente dos años una fuerte depresión. Se trata de dos mujeres y un hombre, de 56, 28 y 32 años respectivamente, de manera que los alumnos pueden observar que dicha patología afecta a personas de cualquier edad. Les contarán sus experiencias personales, los factores que desencadenaron la enfermedad, los síntomas y signos de alarma que hicieron que se dieran cuenta de que “algo no iba bien”, cómo y a quién decidieron pedir ayuda y el tipo de tratamiento que siguieron. Estas personas han permanecido en diversas ocasiones ingresadas en la planta de Salud Mental del Hospital Provincial de Córdoba y actualmente pertenecen a diversas asociaciones. Ambas mujeres son voluntarias en la asociación Sembrando Esperanza ^[31] de dicha provincia, mientras que el varón participa en Amigos Camino del Futuro, de Palla del Río ^[32]. En ambas organizaciones, ayudan a los asociados a salir de la depresión y la ansiedad mediante actividades de ocio y tiempo libre o realizando talleres y excursiones. Resulta una actividad muy interesante y enriquecedora, ya que los adolescentes pueden conocer en primera persona las vivencias de los invitados. Una vez finalizado esto, podrán preguntarles todas las dudas o curiosidades que tengan, ya que estos están acostumbrados a visitar a jóvenes y están encantados de enseñar y mostrar a través de su experiencia y su superación que la depresión es una enfermedad que se puede curar. Por último y para finalizar, enseñarán a los miembros del grupo un video titulado “Todos somos mucho más que una etiqueta.

Las personas con enfermedad mental también”
(<https://www.youtube.com/watch?v=0NdfXz5IP9k>) ^[33].



ANEXO 15

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES

Edad: **Sexo:** **Nombre (voluntario):**

1. Puntúa de 1 a 10 el taller en general:
2. ¿Estás contento de haber participado en las sesiones? ¿Por qué?

3. Puntúa de 1 a 10 el grado de utilidad del taller en general:
4. ¿Para qué te han servido las sesiones?

5. ¿Crees que estas sesiones te han servido para aprender a comunicar mejor lo que sientes y para afrontar mejor tus problemas?

6. Escribe todo lo que has aprendido o descubierto en las sesiones y cómo piensas trasladarlo a la vida real:

7. Puntúa de 1 a 10 tu grado de autoestima y resistencia a las presiones de los demás:
8. ¿Hay algo que no te haya gustado o que te haya hecho sentir incomodo?

9. Propuestas para mejorar las sesiones:

10. ¿Te gustaría realizar talleres parecidos sobre otros temas? ¿Cuáles? ^[25]

ANEXO 16

IES GUADALQUIVIR
C/Motril
140013 Córdoba
Telf.: 957734765 – Fax: 957420132
E-mail: 14700705.edu@juntadeandalucia.es
Web: www.iesguadalquivir.net

D/Dña....., como director/a del Instituto Guadalquivir de Córdoba, autoriza la realización del programa psicoeducativo que se llevará a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en los alumnos seleccionados del centro.

Firma:

Sello del centro:

..... de....., 2016.

ANEXO 17

IES GUADALQUIVIR
C/Motril
140013 Córdoba
Telf.: 957734765 – Fax: 957420132
E-mail: 14700705.edu@juntadeandalucia.es
Web: www.iesguadalquivir.net

“PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA POTENCIAR LA DETECCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA”

Yo,....., con DNI,
autorizo a para asistir a las
sesiones que se llevarán a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre en el
centro, con el objetivo de aportar información acerca de la detección y la prevención
de la depresión y el suicidio. Asimismo, a través de una serie de recursos y
actividades, se formará a los alumnos en el reconocimiento y la gestión de las propias
emociones y en la mejora del bienestar a partir de técnicas para afrontar conflictos y
situaciones complicadas.

Se me informa además de que:

- La participación del alumno en las sesiones es totalmente voluntaria, por lo que puede retirarse de ellas en cualquier momento.
- Los datos personales tendrán un carácter confidencial.

De esta manera, habiendo comprendido la información recibida, otorgo mi
consentimiento informado firmando el siguiente documento.

Firma del tutor/a legal:

Firma del alumno:

..... de....., 2016.

ANEXO 18



i VALE LA pena
VIVIR!

Programa psicoeducativo

Potenciamos la detección y la prevención de la depresión y el suicidio

Instituto Guadalquivir
Córdoba
Octubre - Noviembre 2016
Almups11@gmail.com

NORMAS DE PUBLICACIÓN

REVISTA METAS DE ENFERMERÍA

Metas de Enfermería publica trabajos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, artículos de revisión, recopilación u opinión, casos clínicos y demás artículos referentes al campo profesional de la Enfermería que contribuyan al desarrollo de la misma en cualquiera de sus actividades. Dichos trabajos han de estar elaborados siguiendo las Recomendaciones Internacionales de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver), en su versión actualizada de diciembre de 2015 (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>) y ajustarse a las instrucciones aquí expuestas. La falta de consideración de estas normas producirá un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación del manuscrito, pudiendo ser también causa de rechazo. Todos los trabajos recibidos son valorados por el Comité Editorial, y si procede, pasan a un proceso de revisión por pares (peer review) con evaluadores externos.

Instrucciones generales para la presentación de manuscritos

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos y tablas (no se aceptarán si están en formato imagen). Respecto al texto, la presentación será con interlineado de 1,5 en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior derecha, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. Si se envían imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg.

El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, cuyo número no excederá de seis en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Deben estar en Word o programa similar de edición de textos. Se intentarán restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez.

La página del título deberá contener: el título del trabajo (en español y en inglés), el cual ha de ser breve e informativo (no deberá superar las 15 palabras); el nombre y dos apellidos de cada autor/a; solo se indicará el grado académico más alto que se posea, así como la filiación institucional, pero no la categoría profesional; se indicará también el nombre, la dirección postal y electrónica (e-mail) y el teléfono de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen (en español y en inglés) que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes estructurados y 150 en los no estructurados, y entre tres y diez palabras clave (en español y en inglés), las cuales han de estar normalizadas según el tesoro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptor en Ciencias de la Salud, DeCS), siempre que sea posible. Para resúmenes estructurados, ver el apartado “Estructura para los manuscritos de investigación”. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábica, entre paréntesis, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente (Bibliografía), según las Normas de Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html en inglés o en español: <http://www.enfermeria21.com/wp-content/uploads/Vancouver-2012.pdf>

Asimismo, en todos los manuscritos ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa que haya financiado el trabajo, así como el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar como “Financiación: ninguna”. Además, todos los trabajos que se envíen deben ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Los conflictos de intereses pueden ser laborales, de investigación, económicos o morales. Los autores/as, al enviar el manuscrito, han de indicar por escrito si existe alguno de esos conflictos. De la misma manera, si no hay ningún conflicto de intereses deberá hacerse constar como “Conflicto de intereses: ninguno”. La inclusión de esta información es requisito indispensable para que el manuscrito pueda ser considerado y entre en el proceso editorial. Cuando a criterio de los autores/as se considere pertinente la inclusión de un apartado de Agradecimientos, tendrán que aparecer en el mismo las personas que, sin reunir los requisitos de autoría, sí hayan facilitado la realización del trabajo. Una

descripción más detallada de las cuestiones éticas y legales se encuentra disponible detrás, en el apartado de “Conformidad con los requisitos éticos y legales”.

Tipos de artículos

Originales. Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier campo de la Enfermería. Contendrá los siguientes apartados:

a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no superará las 250 palabras, estará estructurado en: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.

b) Introducción: ha de contener los antecedentes y el estado actual del fenómeno de estudio (contextualización), así como los elementos de justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.

c) Método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados, descripción detallada de cómo se ha procedido a realizar la recogida de datos, las estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños (Ver Conformidad con los requisitos éticos y legales).

d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados y posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir solo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.

e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior, se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y

relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio, la posible generalización de los hallazgos y las líneas de investigación que se pudieran abrir, así como las recomendaciones para la práctica clínica. Las conclusiones han de verificar si se ha respondido o no al objetivo/s planteado/s.

f) **Bibliografía:** el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

Revisiones. Estudios bibliométricos, revisiones narrativas, integrativas, sistemáticas, metaanálisis y metasíntesis sobre temas relevantes y de actualidad en Enfermería, siguiendo la misma estructura y normas que los trabajos originales. Se recomienda un máximo de 80 referencias bibliográficas.

Práctica clínica. Incluye trabajos que aborden la puesta en marcha de actividades, protocolos, programas, casos clínicos, reflexiones clínicas en torno a un tema, etc. El esquema a utilizar seguirá un orden lógico que facilite la comprensión. En líneas generales el manuscrito deberá estructurarse al menos en los siguientes apartados: Introducción que contemple en su párrafo final el propósito/objetivo/s del trabajo; uno o varios epígrafes que den respuesta a dicho/s propósito/s; conclusiones o consideraciones finales. Los casos clínicos deben constar de: Introducción; Presentación del caso; Valoración enfermera (completa); Descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras); Evaluación del plan de cuidados y Conclusiones.

Especiales. Esta sección pretender abordar temas de actualidad enfermera. Este tipo de manuscritos se realizarán por encargo del Comité Editorial, aunque también pueden publicarse previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y tras la valoración por el Comité Editorial. Tanto si se trata de una contribución por encargo como por iniciativa de los/las autores/as, los artículos serán enviados a revisión externa. En este tipo de artículos se espera de los/las autores/as que adopten posicionamientos empíricamente argumentados a favor o en contra de un tema de actualidad y de interés para los/las lectores/as de Metas de Enfermería.

Editoriales. Metas de Enfermería publica editoriales por encargo del Comité Editorial y también puede publicar editoriales previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y valoración por el Comité Editorial. Los editoriales suelen encargarse sobre temas de actualidad enfermera o de relevancia científica y no expresan la postura oficial del Comité Editorial de Metas de Enfermería a no ser que se indique expresamente en el propio editorial. Todos los editoriales tratarán de ser imparciales y versar sobre temas novedosos, polémicos o de los que haya muy poca literatura, y deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Tendrán una extensión máxima de 750 palabras incluidas las referencias bibliográficas (no se recomiendan más de 4 referencias). No se incluirá resumen.

Series. Se destinarán a aquellos temas de interés, actualidad y con gran componente práctico. Serán por encargo del Comité Editorial. Cada serie estará compuesta por varios artículos, entre 8 y 10, los cuales tendrán la misma estructura a lo largo de la serie.

Relatos. Artículos breves sobre experiencias personales o cercanas relacionadas con la práctica enfermera y que se consideren relevantes para ser compartidas y reflexionar sobre ellas. Máximo de 700 palabras y no incluye resumen.

Cartas a la Directora. De manera prioritaria, deberán incluir observaciones científicas y de opinión sobre artículos publicados en fechas recientes en la revista, aunque también podrán versar sobre cualquier otro tema de relevancia y actualidad enfermera. La firma y filiación del autor/a aparecerán al principio de la carta y su extensión máxima no excederá de 750 palabras incluidas las referencias bibliográficas (no se recomiendan más de 4).

Conformidad con los requisitos éticos y legales

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>).

En caso de experimentos con animales se deberá constatar la conformidad de su realización con los procedimientos descritos por las autoridades competentes. En ambos supuestos se indicará también si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética en Investigación.

Los/las autores/as deben informar acerca de envíos o publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada. Es necesario citar e incluir la referencia bibliográfica de estas publicaciones previas en el nuevo manuscrito. No se considerará publicación redundante si el trabajo ha sido presentado previamente en un congreso.

Los juicios y opiniones expresadas en los artículos serán del autor/res/ras y tanto la Dirección de la revista, los miembros de los Comités y la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. El autor/res/ras es responsable de obtener los permisos oportunos para reproducir, si fuere el caso, cualquier material ya publicado o sujeto a derechos de autor/a. El Comité Editorial de Metas de Enfermería y DAE (Difusión Avances de Enfermería) declinan cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen y no garantizan las afirmaciones de ningún producto que se anuncie en la revista, siendo responsabilidad exclusiva del fabricante o productor/a del servicio.

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- El manuscrito se ajusta a las Normas de Publicación de la revista Metas de Enfermería.
- Los autores declaran tener o no tener ningún conflicto de intereses y lo expresan debidamente.
- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en Metas de Enfermería.
- En el caso de contener un apartado de Agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.

- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a Metas de Enfermería y a DAE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación por parte del Comité Editorial de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

Envío de manuscritos

El manuscrito será enviado a través del Gestor Digital de Artículos (GDA) de la Editorial DAE, al que se accede en la siguiente dirección: <http://www.enfermeria21.com/metas/pagina/gda/>. Junto al manuscrito ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior de estas normas (para cualquier duda o aclaración escribir al e-mail: articulosmetas@enfermeria21.com). Metas de Enfermería acusará recibo de todos los manuscritos que le sean remitidos, asignando un número de registro a cada uno para cualquier consulta o información referente al trabajo.

Una vez acusado recibo de su recepción se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores a través de la plataforma mencionada anteriormente.

Los manuscritos se separarán en los siguientes archivos, que se incluirán en el GDA en el siguiente orden:

- Archivo 1: carta de presentación del manuscrito.
- Archivo 2: incluirá, en el orden que aquí se cita, la siguiente información: a) título del trabajo (en castellano y en inglés); b) nombre y dos apellidos de cada uno de los autores; c) filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa); d) nombre, dirección postal y de correo electrónico, y teléfono del autor/a responsable para la correspondencia; e) financiación; f) conflictos de intereses; y g) agradecimientos, si procede. Al final de esta primera página se incluirán los recuentos de palabras del resumen (en

español y en inglés) y del cuerpo del manuscrito sin incluir bibliografía, tablas, gráficos o anexos.

- Archivo 3: manuscrito sin información de autores/as.
- Archivo 4: cuadros, gráficos y tablas (no pueden ser ficheros de imágenes).
- Archivo 5: fotos e imágenes (un archivo para cada una).

Proceso editorial

El Comité Editorial de Metas de Enfermería realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review) por evaluadores/as externos/as miembros del Comité Científico, generalmente un mínimo de dos, todos ellos miembros del Comité Científico. En caso de solicitarse una nueva versión modificada del manuscrito, los autores/as deben remitir, en el plazo que el Comité Editorial establezca, dicha versión con los cambios solicitados destacados en negrita o con un color de fuente distinto al utilizado para el resto del documento.

Además, deberán enviar una carta en la cual los autores/as respondan a los comentarios recibidos por parte del Comité Editorial, exponiéndose de forma detallada las modificaciones efectuadas y, en el caso de no incluir alguna de ellas, los motivos por los que no se han realizado. El envío del artículo modificado no significa su aceptación, pudiendo además enviarse de nuevo a revisión externa. La decisión final sobre la aceptación o no de un manuscrito es resultado de un proceso de evaluación en el que contribuyen los diversos miembros de los Comités Editorial y Científico, así como la calidad y la capacidad de respuesta de los/las autores/as a las sugerencias recibidas. De cualquier modo, si los autores/as rehúsan llevar a cabo las modificaciones solicitadas, el Comité Editorial tiene la potestad de desestimar la publicación del artículo.

El proceso de revisión que se sigue en Metas de Enfermería es doble ciego. Los autores/as no conocen la identidad de los evaluadores/as externos/as, quienes a su vez no conocen la identidad de los autores/as. No obstante, el Comité Editorial no pone ninguna objeción a aquellos evaluadores/as que quieran firmar sus comentarios.

Tras la aceptación definitiva del manuscrito, Metas de Enfermería se reserva el derecho a realizar cambios editoriales de estilo o introducir modificaciones para facilitar su

claridad o comprensión, incluyendo la modificación del título y del resumen, sin que de ello se deriven cambios en su contenido intelectual. Los manuscritos que sean aceptados para su publicación en la revista quedarán en poder permanente de Metas de Enfermería y no podrán ser reproducidos total ni parcialmente sin su permiso.

El envío de un manuscrito a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación. A cada autor/a se le enviará un certificado de autoría y dos ejemplares de la revista donde haya sido publicado su artículo.

ARCHIVO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Mi artículo, Programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en la adolescencia, se ajusta a las Normas de Publicación de la Revista Metas de Enfermería.

Declaro no tener ningún conflicto de intereses, expresándolo debidamente. Al ser un único autor, he redactado el artículo aprobando la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para evaluación y posible publicación en Metas de Enfermería.

Al no tener un apartado de Agradecimientos, no se ha necesitado de la aprobación de nadie. También se han obtenido los permisos necesarios, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas. El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas, como tampoco presentado en ningún evento científico.

Se cede a Metas de Enfermería y a DAE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

ARCHIVO 2

INFORMACIÓN

Título:

Programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en la adolescencia.

Psychoeducational program to enhance the detection and prevention of depression and suicide in adolescence.

Autora:

Almudena Poyato Sillero

Cargo:

Estudiante de enfermería. Universidad Rovira y Virgili. Campus Terres de l'Ebre. Avenida Remolins, 13-15, Tortosa.

Dirección de contacto:

Almudena Poyato Sillero. C/Pintor Espinosa, nº21, 1º2ª. 14004. Córdoba.

E-mail de contacto: Almups11@hotmail.com

Teléfono: 606856654

Financiación:

Ninguna.

Conflicto de intereses:

Ninguno.

Recuento de palabras: 2496

ARCHIVO 3

Programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en la adolescencia

RESUMEN

La depresión es un trastorno afectivo o del humor que se ha convertido en una de las enfermedades de mayor importancia debido a su alta prevalencia.

Existen múltiples estudios e intervenciones sobre dicha patología en la edad adulta, pero son escasos los realizados entre los adolescentes. Debido a esto, se pretende elaborar un programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en este grupo social, exactamente en los alumnos incluidos en el Plan de Educación Compensatoria del Instituto Guadalquivir de Córdoba.

A través de dicho programa, el cual tiene una duración aproximada de un mes y medio, impartándose seis sesiones, se pretende informar, orientar y concienciar a los adolescentes acerca de dicha enfermedad mental, así como incidir en aspectos esenciales como el reconocimiento y la gestión de las propias emociones, el fomento de la empatía y la mejora del bienestar y la convivencia.

Palabras clave: Depresión, Suicidio, Adolescentes, Detección, Salud Mental, Promoción de la Salud.

ABSTRACT

Depression is a disorder, state or mood that has become one of the most important diseases because of its prevalence.

There have been many studies and interventions on depression in adulthood, but there are few conducted among adolescents. Because of this, the objective of this work is the development of a psychoeducational program to enhance the detection and prevention

of depression and suicide in this social group, exactly in the students included in the Plan of Compensatory Education of the Guadalquivir Cordoba Institute.

This program, which lasts about a month and a half and provides six sessions, is intended to inform, guide and educate teens about that mental illness, and emphasize essential aspects as recognizing and managing emotions, empathy promoting and improving the welfare and living together.

Key words: Depression, Suicide, Teenagers, Detection, Mental Health, Prevention, Health Promotion.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es la capacidad para hacer frente y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes de la vida de una manera aceptable. Consiste en un estado de bienestar en el cual el individuo es capaz de afrontar los diversos problemas que se le presentan, está satisfecho con él mismo y se siente bien con el resto. Así, podemos decir que es el equilibrio que existe entre nuestro entorno y nosotros mismos, de manera que cuando dicho equilibrio se rompe aparecen los llamados trastornos mentales (1, 2).

Las alteraciones mentales afectan a personas de cualquier edad, cultura, condición económica o nivel educativo, por lo que no se pueden atribuir exclusivamente a la etapa adulta, ya que se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento (3, 4, 5).

Entre estos, la depresión ha adquirido una gran importancia debido a su alta prevalencia y al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad (4, 6). Según la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de 350 millones de personas en el mundo (7), siendo la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años y una de las principales causas de suicidio entre las personas de 15 a 35 años. Además, se calcula que alrededor de la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años y el 70% antes de los 24 (3), por lo que se estima que dicha patología pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares (5, 8).

Se trata de un trastorno afectivo o del humor que se caracteriza por una serie de síntomas que alteran severamente la vida de aquel que la padece y también la de su entorno más cercano (1). Entre los síntomas predominan la tristeza, la anhedonia, el pesimismo y el cansancio, las dificultades de concentración y atención, los trastornos del sueño, la perturbación del apetito y del peso, la disminución de la energía y de la libido, los pensamientos generalizados de culpa o vergüenza y las ideas suicidas (6, 8, 9, 10).

La mayoría de las veces no se le da la importancia que merece, debido a que en muchas ocasiones se considera que la persona simplemente está triste. Es imprescindible tener en cuenta que no es algo imaginario o que la persona se invente. Tampoco aparece por propia voluntad ni se puede mejorar solo con desearlo, de manera que comentarios que se hacen con frecuencia a las personas deprimidas, tales como “ánimate y date una vuelta”, suelen ser nocivos para los afectados y provocan sentimientos de no ser comprendidos e incluso de culpa e incapacidad (11).

Los jóvenes que no reciben asistencia están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, desempleo, uso de estupefacientes, estilos de vida peligrosos, delitos, una salud sexual y reproductiva deficiente, autolesiones y un escaso cuidado de sí mismos, factores todos que aumentan los riesgos de enfermedad y de muerte prematura.

El estigma dirigido hacia los afectados y las violaciones de los derechos humanos a las que están sometidos, aumentan las consecuencias adversas, por lo que las alteraciones mentales representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Además, éstas producen unos altos costes sociales y económicos, por lo que su prevención y tratamiento reducen la carga sobre los sistemas de atención de la salud (3).

Así, se pretende diseñar un programa psicoeducativo para potenciar la detección y la prevención de la depresión y el suicidio en jóvenes de entre 12 y 16 años, así como incidir también en aspectos esenciales como el reconocimiento y la gestión de las propias emociones, el fomento de la empatía y la mejora del bienestar y la convivencia. La educación sanitaria tiene una gran importancia y con una atención adecuada millones de adolescentes con trastornos depresivos podrían llevar una vida normal, evitando de esta manera, conductas depresivas futuras.

DISEÑO DEL PROGRAMA

Ámbito y población de estudio

El conjunto de alumnos de todos los grupos y niveles incluidos en el Plan de Educación Compensatoria del Instituto Guadalquivir de Córdoba, en el que se imparten los cursos de primero a cuarto de la ESO y el cual se localiza en una zona fuertemente desfavorecida socioculturalmente, registrándose altas tasas de desempleo y situaciones de marginalidad.

Aunque no se pueda asociar significativamente el bajo nivel socioeconómico con la depresión, se observa que los adolescentes que se encuentran en condiciones desfavorables tienen un riesgo mayor de padecer dicha enfermedad que aquellos que pertenecen a un entorno más enriquecido. Asimismo, el rechazo, la frustración y la soledad juegan un papel transcendental en el desarrollo de estos trastornos del humor, de manera que muchos alumnos de dicho centro presentan una probabilidad mayor de verse afectados.

El total de la población representativa es de 27 adolescentes, por lo que se realizarán dos grupos para llevar a cabo dicho programa. Un grupo estará formado por 14 alumnos y otro por 13, siendo estos asignados a un grupo o a otro de manera aleatoria.

Una semana antes de que se inicien dichas actividades psicoeducativas, se informará de que hay 5 plazas disponibles por si algún adolescente que no esté incluido en el Plan de Educación Compensatoria desea participar y asistir. El número de plazas para el resto del centro es tan reducido con la intención de que como máximo en cada grupo sean 16 los partícipes, de modo que se puedan realizar las sesiones de manera adecuada, asegurando la concentración y la atención de los alumnos.

En el caso de que sean muchos los interesados en inscribirse, se realizará un tercer grupo.

Objetivos del programa

- Sensibilizar y concienciar a los alumnos sobre la problemática y la importancia de la intervención y detección adecuada de la depresión juvenil, así como del suicidio.

- Conseguir que los adolescentes adquirieran un mejor conocimiento de las propias emociones y aprendan a comunicarse y a expresarse eficientemente.

Estructura y descripción de las sesiones

El programa psicoeducativo tendrá una duración aproximada de un mes y medio, impartándose 6 sesiones, las cuales tendrán una duración de 90 minutos, excepto la última que será de 120, siendo así un total de nueve horas y media. Cada una de estas constará de una parte teórica y de una parte práctica, para que resulten entretenidas y atractivas a los jóvenes. Dichas sesiones se impartirán semanalmente, los miércoles en un grupo y los jueves en otro, utilizando las horas de tutoría que disponen los alumnos. En el caso de que hubiese un tercer grupo, se impartiría los martes. Las estrategias que se utilizarán en el programa se adecuarán según los requerimientos y características del tema que se trate en cada una de las sesiones.

En la *primera sesión*, llamada “*Conociéndonos y aceptándonos*” (ver Tabla 1), se realiza la presentación del programa y del grupo, para que los jóvenes tengan claro el objetivo de las diferentes sesiones, se cree un ambiente de confianza y que el trabajo grupal resulte agradable. A través de una presentación PowerPoint, se pretende sensibilizar a los alumnos sobre la depresión juvenil, así como explorar y aumentar la autoestima de los alumnos mediante una sencilla actividad.

En la *segunda sesión*, “*Todos valemos la pena*” (ver Tabla 2), se pretende continuar profundizando en el tema de la depresión adolescente, de la misma manera que, a través de un sencillo juego, se intenta hacer reflexionar a los alumnos sobre qué podemos hacer para que nuestra autoestima no se dañe y sobre cómo podemos ayudar a los demás a recuperarla.

La *tercera sesión*, titulada “*El mal invisible*” (ver Tabla 3), tiene como objetivo concienciar a los participantes sobre el suicidio y sobre la gran importancia de eliminar el estigma que rodea a dicho tema. Se leerán en voz alta varias noticias actuales acerca de adolescentes que han decidido poner fin su vida, para que los alumnos observen que se trata de un problema actual en nuestra sociedad. Se comentarán en grupo las situaciones en las cuales se encontraban los protagonistas de dichas noticias y cómo podrían estos haber superado sus problemas. Además, se proporciona a los alumnos una

serie de consejos para prevenir el suicidio y que sean capaces de reconocer y ayudar a una persona que desea quitarse la vida.

En la *cuarta sesión*, “*Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos*” (ver Tabla 4), se fomenta el desarrollo de buenos hábitos. La práctica regular y controlada de actividad física, así como la realización de técnicas de relajación, se relaciona con la prevención y el tratamiento de los desequilibrios psicológicos. Del mismo modo, se intenta sensibilizar a los alumnos a cerca de que el consumo de sustancias tóxicas genera desequilibrios mentales relacionados con el estrés, la ansiedad y la concentración, convirtiéndose así, en un importante factor de riesgo de la depresión. Para intentar motivar a los alumnos en relación a las buenas conductas, también se pone en práctica una de las distintas formas de regulación emocional.

En la *quinta sesión*, titulada “*No huyas de los problemas, abrázalos*” (ver Tabla 5), se resalta la importancia de tener una buena comunicación con las personas que nos rodean y en las cuales confiamos, de manera que seamos capaces de mostrar nuestros sentimientos y emociones y de pedir ayuda cuando sea necesario. Se hará especial énfasis en los términos de tolerancia, asertividad y empatía, ya que constituyen las bases de una buena comunicación. Se visualizará también un vídeo, para que los jóvenes observen de una manera más directa que el pedir ayuda es el primer paso para iniciar la recuperación y que no hay que avergonzarse por padecer depresión, ya que es una patología frecuente que afecta a muchísimas personas. De la misma manera, a través de un divertido juego, se pretende demostrar cómo influye en los resultados la confianza en uno mismo, el tener información acerca del proceso o de la situación en la que nos encontramos y sobretodo el disponer de la ayuda de las personas que nos rodean.

En la *última sesión*, “*Todos somos más que una etiqueta*” (ver Tabla 6), tendrán la oportunidad de conocer la experiencia personal de tres personas que superaron hace aproximadamente dos años una fuerte depresión. Se trata de dos mujeres y un hombre, de 56, 28 y 32 años respectivamente, de manera que los alumnos pueden observar que dicha patología afecta a personas de cualquier edad. Les contarán sus experiencias personales, los factores que desencadenaron la enfermedad, los síntomas y signos de alarma que hicieron que se diesen cuenta de que “algo no iba bien”, cómo y a quién decidieron pedir ayuda y el tipo de tratamiento que siguieron. Resulta una actividad muy interesante y enriquecedora, ya que los adolescentes pueden conocer en primera

persona las vivencias de los invitados y podrán preguntarles todas las dudas o curiosidades que tengan, ya que estos están encantados de enseñar y mostrar a través de su experiencia y su superación que la depresión es una enfermedad que se puede curar. Para finalizar y así evaluar el programa, a través de una encuesta, se pretende conocer de cada adolescente cómo se ha sentido en las diferentes sesiones, para qué le ha servido, lo que le ha gustado, lo que no y sus propuestas para otros talleres, de la misma manera que se ofrecerá disponibilidad futura para cualquier duda o atención que necesiten.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se pondrá en conocimiento de la Dirección del Instituto Guadalquivir de Córdoba la realización del programa psicoeducativo y se solicitará el permiso correspondiente.

Al ser los alumnos menores de edad, se entregará el Consentimiento Informado con el objetivo de que el/la tutor/a legal de cada uno de ellos lo cumplimente, decidiendo de forma voluntaria, la participación o no de estos en dicho programa. Previamente a la solicitud del consentimiento por escrito, los participantes recibirán información que incluirá una perspectiva general de los objetivos y actividades del programa, la especificación de la voluntariedad en la participación y la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento (12).

Además, según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), todos los jóvenes que participen tendrán una garantía de confidencialidad (13).

CONCLUSIONES

La educación sanitaria tiene una gran importancia y si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaces, es esencial que exista una mayor consciencia pública sobre dicha patología y un respaldo social general a los adolescentes. Esto comienza con los progenitores, las familias, la escuela y las comunidades. Si se educa en materia de salud mental, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su vez puede aliviar los problemas de salud mental y evitar comportamientos arriesgados y

violentos. Además, una vez el menor reconozca qué le pasa y a qué es debido lo que le ocurre, podrá recurrir a profesionales que, trabajando con él de forma holística y como equipo multidisciplinar, le ayudarán a recuperarse y a disfrutar de nuevo de su día a día.

BIBLIOGRAFÍA

1. MedlinePlus. Salud mental [Internet]. 2016 [actualizado el 4 de mayo del 2016; consultado el 2 de octubre del 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/mentalhealth.html>
2. OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. 2016 [consultado el 2 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
3. UNICEF. La salud mental del adolescente: un desafío urgente para la investigación y la inversión [Internet]. 2016 [consultado el 7 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>
4. Veytia López M, González Arratia López Fuentes N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Ment.* 2012; 35(1): 37-43 [consultado el 8 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es
5. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [Internet]. 2009 [consultado el 20 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
6. Serrano Gil A, Leónseguí Guillot R. Introducción a la enfermería en salud mental. Madrid: Dicaz de Santos; 2012.
7. OMS. La depresión [Internet]. 2016 [consultado el 8 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
8. Argota Matos N, Álvarez Caballero M, Camilo Colás V, Sánchez Maso Y, Barceló Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev. Med. Electron.* 2015; 37(1): 30-38 [consultado el 19 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004&lng=es
9. Elkin G. *Psiquiatría clínica*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
10. Gelder M, Mayou R, Geddes J, Huidobro Pérez Villamil A. *Psiquiatría*. Madrid: Marban; 2000.

11. Martín Carrasco M. Depresión: como ayudarnos a nosotros mismos [Internet]. 2016 [consultado el 27 de octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/Depresi%C3%B3n.pdf>
12. Junta de Andalucía. Consentimiento informado [Internet]. 2016 [consultado el 7 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/consentimiento.html>
13. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [Internet]. 1999 [consultado el 10 de abril del 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
14. Ruiz Lázaro P. Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes: proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes [Internet]. 1998 [consultado el 2 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/AdoCompleto.pdf>
15. Álvarez P. Madrid revisa el suicidio de un menor por un posible acoso escolar. El País. 21 de enero del 2016 [consultado el 10 de febrero del 2016]. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2016/01/20/actualidad/1453319134_091881.html
16. Xicoténcatl F. Adolescente de 14 años se suicida en Tabasco ‘por amor’. Excélsior. 14 de febrero del 2016 [consultado el 15 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/02/14/1075156>
17. Larrañeta A. Alan, un menor transexual de Barcelona que logró cambiar su DNI, se suicida por acoso. 20minutos. 25 de diciembre del 2015 [consultado el 22 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2637763/0/alan-adolescente-transexual/suicidio/acoso/>

ARCHIVO 4.

TABLA 1. PRIMERA SESIÓN “CONOCIÉNDONOS Y ACEPTÁNDONOS”.

	Actividades	Espacio físico	Material	Duración	
1ª SESIÓN “Conociéndonos y aceptándonos”	<u>PRESENTACIÓN PROGRAMA</u>	Aula de clase.	- Ordenador - Powerpoint - Diapositivas.	10 minutos	
	“ROMPIENDO EL HIELO” Cada uno de los alumnos se presenta ante el grupo, diciendo su nombre, su edad y qué le gusta hacer en su tiempo libre.	Aula de clase. Se colocan las sillas en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí.			15 minutos
	<u>DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES:</u> <u>PRIMERA PARTE</u>	Aula de clase.	- Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas.	20 minutos	
	“HOY TODOS SOMOS REYES” Los jóvenes escriben en un folio cinco cualidades negativas y cinco positivas de ellos mismos. Como definirnos positivamente resulta más complicado, repartiremos a cada uno de ellos una corona fabricada con cartulina. Cada adolescente escribirá en ésta cinco cualidades positivas del compañero que tenga a su derecha, o bien mensajes de apoyo o agradecimiento. Cada uno leerá su corona y se la llevarán a casa para conservarla y releer los mensajes cada vez que necesiten subir el ánimo.	Aula de clase.	- Folios. - Bolígrafos. - Coronas.	35 minutos	
	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves de la sesión y ofrecer teléfono y un correo electrónico de contacto.	Aula de clase		10 minutos	

TABLA 2. SEGUNDA SESIÓN “TODOS VALEMOS LA PENA”.

	Actividades	Espacio físico	Material	Duración
2ª SESIÓN “Todos valemos la pena”	Destacar aspectos clave y realizar un breve resumen de la información que se trabajó en la sesión anterior. Explicar en qué consiste esta sesión.	Aula de clase.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas. 	10 minutos.
	<u>DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: SEGUNDA PARTE</u>	Aula de clase.	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas. 	30 minutos.
	<u>“CUIDANDO NUESTRA AUTOESTIMA”</u> Se entrega a cada adolescente una fotografía propia impresa en papel fraccionada en varios trozos, la cual representa su autoestima. Se leerán en voz alta una serie de acontecimientos que pueden dañar la autoestima. Después de cada una de estas frases, los alumnos quitarán un trozo de su fotografía según si su autoestima en ese suceso se dañaría o no. Se realiza lo mismo pero al revés, añadiendo trozos a medida que se leen diferentes sucesos que pueden hacer recuperar la autoestima (14).	Aula de clase.	<ul style="list-style-type: none"> - Fotografía propia de cada alumno fraccionada en trozos. - Hoja con una serie de preguntas para reflexionar sobre la autoestima. - Bolígrafo. 	40 minutos.
	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves de la sesión y recordar el teléfono y el e-mail.	Aula de clase.		10 minutos.

TABLA 3. TERCERA SESIÓN “EL MAL INVISIBLE”.

	Actividades	Espacio físico	Material	Duración
3ª SESIÓN “El mal invisible”	Realizar un breve resumen de las sesiones anteriores y comentar que temas se van a trabajar en la presente.	Aula de clase.	- Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas.	10 minutos.
	<u>SUICIDIO: UN TEMA TABÚ</u>	Aula de clase.	- Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas.	20 minutos.
	<u>EL SUICIDIO: UN PROBLEMA REAL</u> Se leerán en voz alta varias noticias actuales acerca de adolescentes que han decidido poner fin a su vida. Ser sensible y respetar las diferentes opiniones de los miembros del grupo (15, 16, 17).	Aula de clase. Se colocan las sillas en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí.	- Noticias. - Hojas.	25 minutos.
	<u>“VALE LA PENA VIVIR”</u> Se proporciona a los alumnos una serie de consejos para prevenir el suicidio y para que sean capaces de reconocer y ayudar a una persona que desea quitarse la vida.	Aula de clase. Se colocan las sillas en círculo, de manera que todos puedan verse entre sí.		25 minutos.
	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves y ofrecer un teléfono y un correo electrónico de contacto por si alguien requiere información fuera del horario del programa.	Aula de clase.		10 minutos.

TABLA 4. CUARTA SESIÓN “SOMOS LO QUE HACEMOS PARA CAMBIAR LO QUE SOMOS”

	Actividades	Espacio físico	Material	Duración
<p align="center">4ª SESIÓN “Somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”</p>	<p>Destacar aspectos importantes de la sesión anterior y explicar de qué temas hablaremos en esta.</p>	<p>Aula de clase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas. 	<p>10 minutos.</p>
	<p><u>ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIOS DE RELAJACIÓN Y BUENOS HÁBITOS: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS DESEQUILIBRIOS PSICOLÓGICOS</u></p>	<p>Aula de clase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas. - Internet. 	<p>30 minutos.</p>
	<p><u>VISUALIZACIÓN</u></p>	<p>Aula de clase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas. - Internet. - Hoja con la visualización escrita. 	<p>40 minutos.</p>
	<p><u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves de la sesión y ofrecer un teléfono y un correo electrónico de contacto por si alguien requiere información fuera del horario del programa.</p>	<p>Aula de clase.</p>		<p>10 minutos.</p>

TABLA 5. QUINTA SESIÓN “NO HUYAS DE LOS PROBLEMAS, ABRÁZALOS”.

	Actividades	Espacio físico	Material	Duración
5ª SESIÓN “No huyas de los problemas, abrázalos”	Realizar un breve resumen de la sesión anterior y explicar que comentaremos en esta.	Aula de clase.	- Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas	10 minutos.
	<u>TOLERANCIA, ASERTIVIDAD Y EMPATÍA: LAS BASES DE UNA BUENA COMUNICACIÓN</u>	Aula de clase.	- Ordenador. - PowerPoint. - Diapositivas.	15 minutos.
	<u>“YO TENÍA UN PERRO NEGRO QUE SE LLAMABA DEPRESIÓN”</u>	Aula de clase.	- Ordenador. - Internet.	15 minutos.
	<u>“Y TÚ, ¿NECESITAS AYUDA?”</u> Se piden tres voluntarios y se coloca una silla en el centro de la sala, y a un metro y medio aproximadamente un recipiente. El juego consiste en encestar 10 pelotas de ping-pong con los ojos tapados con un pañuelo, pero con ciertas particularidades. Al finalizar, se le pregunta a cada uno cómo se ha sentido y se reflexiona en grupo acerca de las conclusiones que se sacan del juego (14).	Aula de clase.	- Un pañuelo. - Una caja o un recipiente que haga de canasta. - 10 pelotas de ping-pong.	40 minutos.
	<u>FINALIZACIÓN SESIÓN</u> Remarcar aspectos claves y recordar el teléfono y el correo electrónico de contacto por si algún alumno tiene cualquier tipo de duda.	Aula de clase.		10 minutos

TABLA 6. SEXTA SESIÓN “TODOS SOMOS MUCHO MÁS QUE UNA ETIQUETA”.

	Actividades	Espacio físico	Material	Duración
6ª SESIÓN “Todos somos mucho más que una etiqueta”	<u>PRESENTACIÓN SESIÓN</u> Presentar a las personas que nos van a acompañar en la sesión.	Aula de clase.		10 minutos.
	<u>“TODOS VEN LO QUE APARENTAS, POCOS LO QUE REALMENTE ERES”</u>	Aula de clase.		90 minutos.
	<u>EVALUACIÓN SESIONES</u> Se evalúan las sesiones en grupo, compartiendo lo que cada uno ha aprendido o descubierto y cómo piensa trasladarlo a su día a día. A continuación, cada alumno rellena una serie de datos para valorar su aprendizaje y motivación acerca del tema. Por último, se recuerda el teléfono y el correo electrónico de contacto por si algún miembro del grupo tiene cualquier tipo de duda o necesita información fuera del horario del programa.	Aula de clase	- Hojas de evaluación. - Bolígrafos.	20 minutos.

