

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA EDUCATIVA**

**TEMA: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A
MAESTROS Y MAESTRAS DE NIVEL PRIMARIO SOBRE
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA.**

AUTORA: Ana Gabriela Vivanco V.

DIRECTOR: Dr. Guillermo Cepeda

Quito, 2008

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera dar gracias a Dios, a mis queridos Padres, a mi hermana y a mi amado esposo, los mismos que colaboraron considerablemente en la culminación de la presente disertación y en general de la carrera.

Al **Dr. Guillermo Cepeda**, Director de la disertación, un especial y sincero agradecimiento por su invaluable asesoramiento, generosidad y amistad brindada.

A los profesionales que tuvieron la gentileza de revisar el programa propuesto ya que aportaron con sugerencias muy valiosas, al igual a los Maestros y Maestros partícipes en la prueba piloto del programa de capacitación.

Un meritorio agradecimiento y reconocimiento a todos mis Profesores, de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por compartir sus conocimientos, experiencias y amistad.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo y la finalización de mi carrera con mucho amor a mi abuelita, una mujer dulce, noble y fuerte, por su dedicación, cuidado, comprensión y cariño infinito.

A mi tío Marco, ya que sin su cariño y apoyo incondicional no hubiera podido finalizar esta etapa de mi vida.

A mi tío Bolívar, que en paz descansa, le extiendo mi dedicatoria y agradecimiento por todo el tiempo que compartido juntos.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	
1.1 Introducción a los Trastornos Depresivos en la infancia	4
1.2 Trastornos Depresivos en la infancia desde un enfoque cognitivo – conductual	8
1.3. Etiología de los Trastornos Depresivos en la infancia	10
1.4. Sintomatología de los Trastornos Depresivos en la Infancia.	12
1.5. Diversas modalidades de Tratamiento	19
CAPÍTULO II	
2.1 Definición e importancia de los Maestros y Maestras dentro del ámbito educativo	24
2.2 Rol de los Maestros y Maestras frente a los Trastornos Depresivos en la Infancia	27
CAPÍTULO III	
3.1. Modelo del Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario.	33
CAPÍTULO IV	
4.1. Procedimiento de la Disertación	37

4.1. Fase Documental	37
4.2. Fase de Propuesta	37
4.2. Presentación del Diseño del Programa	38
4.2.1 Diseño Tentativo del Programa	38
4.2. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO A MAESTROS y MAESTRAS DE NIVEL PRIMARIO SOBRE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA.	41
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	99

RESUMEN

La disertación propone un ***Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la infancia***, una respuesta a la necesidad de intervenir en las consecuencias y secuelas, en ocasiones trágicas e irreparables, que esta patología ha traído para los niños y niñas que la padecen. La imperiosa necesidad de interponerse en la propagación de esta patología, que incapacita emocional, física y socialmente a los individuos que la sufren, más aún a los niños o niñas que no presentan las herramientas necesarias para afrontar una enfermedad de esta magnitud solo por su propio esfuerzo y voluntad, exige a todos los que trabajan directamente con la formación integral de los niños o niñas a investigar y trabajar personal y profesionalmente con un ético compromiso en ello.

El presente trabajo presenta una modalidad de investigación teórica la misma que se compone de un análisis teórico y el diseño del programa, el mismo que comprende cuatro capítulos, el primero que profundiza sobre la historia, definición, causas, sintomatología y diversos tratamientos. El segundo capítulo que consta de la importancia y trascendencia del “*ser maestro o maestra*” y su rol frente a los trastornos depresivos, el tercer capítulo aclara el modelo y la metodología más eficaz del programa dirigida a maestros y maestras, el cuarto capítulo explica el procedimiento de la disertación, su fase documental al igual que su fase de propuesta, la presentación del diseño del programa, su presentación, justificación, objetivos, contextualización –alcances, su hipótesis, indicadores y variables correspondientes y sus tres fases: Diagnóstica, Ejecución y Evaluación, además de su presupuesto.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos en la infancia son en la actualidad una alarmante problemática, son de hecho, una enfermedad que se puede, detectar, diagnosticar, tratar y controlar desde una atención primaria y evitar así, trágicos desenlaces o problemas de salud mental en años posteriores. La presencia de trastorno depresivos no es solo de estos tiempos, se remite a varios años atrás, a pesar de haber sido negado en tiempos antiguos su existencia en niños y niñas, en los últimos años, el nivel de estrés y angustia ha provocado que las estadísticas se disparen para convertirse en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud, es la cuarta enfermedad más prevalente e incapacitante del mundo y las predicciones para el año 2020 son que ocupe el segundo lugar.

Por lo cual la disertación presenta una propuesta de un Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario sobre trastornos depresivos en la infancia. La misma que se diseñó con el propósito de capacitar aquellos formadores y formadoras que dedican su vida diariamente para guiar a los niños y niñas a un bienestar integral, el mismo que se encuentra en riesgo cuando no se detecta tempranamente una dificultad, más aún, si es de orden afectivo y la capacitación es uno de los procesos más eficaces de aprendizaje para adultos profesionales.

La presente disertación se basa en una investigación teórica aplicada cuyo objetivo es proponer un programa que capacite a los maestros de nivel primario a detectar, remitir y manejar dentro del aula a los niños o niñas que padezcan de trastornos depresivos. Por lo cual los objetivos específicos son: en primera instancia es el investigar el grado de conocimiento que tienen los maestros y maestras de nivel primario sobre la depresión infantil, establecer para los maestros un proceso claro y sistemático de detección y remisión, además facilitar metodologías y estrategias prácticas que sirvan de herramientas a los maestros y

maestras en el apoyo dentro del aula a los niños o niñas que padezcan este diagnóstico. Todo esto con el fin de evitar negligencias, es decir acciones u omisiones dentro de la institución educativa que perjudique el cuadro clínico del menor.

Las investigaciones teóricas del contenido del programa se basan en lineamientos del modelo cognitivo – conductual, la presente disertación se divide en cuatro capítulos, el primero se fundamenta en la connotación histórica de los trastornos depresivo en la infancia, al igual que su definición, causas o factores de riesgo, sintomatología y posibles tratamientos. El segundo capítulo contiene la importancia y trascendencia del ser maestro de nivel primario y el rol de los maestros frente a los trastornos depresivos en la infancia, su adecuada detección, remisión y manejo dentro del aula. El cuarto capítulo consiste en la metodología utilizada en el procedimiento de la disertación y el diseño del programa, detallado en tres fases: Fase Diagnóstica, Fase de Ejecución y Fase de evolución, sus fundamentos teóricos de aplicación son el modelo cognitivo – conductual y el modelo de programación neurolingüística (aprendizaje acelerado y mutisensorial), debido a la necesidad de reestructurar cognitivamente la percepción del maestro acerca de la importancia del desarrollo afectivo de los niños y niñas. Para finalizar se presentan las conclusiones del análisis teórico y las recomendaciones.

CAPITULO I

1.1 Introducción a los Trastornos Depresivos en la infancia

El estudio científico de la Psicopatología Infantil nace en el siglo pasado en base a experiencias pediátricas y pedagógicas teniendo su base científica en diversas disciplinas como la pediatría, la psiquiatría, la neurología, la psicología y la sociología. Autores como Shwartz y Jonson, ubican las raíces de la Psicopatología Infantil en la educación, la psicología y las ciencias sociales desechando su posible vinculación con la psiquiatría del adulto y la pediatría por considerarla independiente del modelo médico¹.

María Victoria Del Barrio realiza una síntesis histórica de la depresión infantil y comenta que, durante un largo período de tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la depresión infantil no existía, coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños y niñas. A pesar de esto, en el mundo real existían niñas y niños deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia, esto empezó a ocurrir hacia los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil, bajo los nombres de Akerson (1942); Spitz (1945); Bowlby (1951), entre otros. A principios de los años sesenta Harlow (1961) observa, en los monos separados de sus madres, exactamente el mismo tipo de conductas que habían señalado Spitz y Bowlby en los y las infantes. El carácter experimental de la psicología comparada, produjo un impacto especial para este tipo de hallazgos y comenzó a tomarse un poco más en serio la

¹ DEL BARRIO, M; Sicopatología del niño y del adolescente; Madrid, Ed. Pirámide; 1998. pg. 58.

posibilidad de la existencia de la depresión en los y las niñas, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollarlas. Pero realmente la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados y en el año 1975 la depresión infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica².

El concepto de trastornos depresivos en la infancia se forma como tal en 1987 como un conjunto de síntomas que forman un síndrome, se establece que se puede presentar en todas las edades y como mínimo para poder hablar de este la sintomatología debe durar alrededor de un mes ³.

En un artículo publicado el 03 de junio del 2002 por un Psiquiatra infantil, el Dr. Jose Luis Pedreira Massa del Hospital Infantil de Madrid declara que la depresión en la infancia no siempre fue aceptada por la totalidad de escuelas psicopatológicas, el desarrollo de la investigación clínica y el empleo de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales, con procedimientos y características más depuradas, han permitido afianzar el cuadro clínico de la depresión. Los nuevos sistemas específicos de clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10), facilitan un diagnóstico de caso más preciso y criterios claros de diagnóstico⁴.

La depresión es un trastorno afectivo que puede aparecer desde el comienzo de la vida y que cada día está haciendo padecer no solo adultos sino también a niños y niñas, según el DSM-III-R⁵.

² DEL BARRIO, M; Op.Cit; pg 64.

³ [www.Psiquiatria.com /](http://www.Psiquiatria.com/) <http://usuarios.lycos.es/punyodevista/Pr/tema38.html> ; Febrero 2004.

⁴ www.Psiquiatria.com/ [http://psiquiatria.com/articulos/trastornos infantiles/otros trastornos/7370](http://psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/otros_trastornos/7370); Febrero 2004.

⁵ AJURIAGUERRA, J; MARCELLI, D; *Sicopatología del niño*; Ed. Masson; Barcelona; 1996; pg. 68.

Como se mencionó los niños, niñas y adolescentes pueden sufrir también de trastornos depresivos, los mismos que son una enfermedad tratable. Es importante recalcar que los trastornos depresivos se definen como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con la habilidad de funcionar del individuo. Los niños y niñas que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje, de la conducta o desórdenes de ansiedad corren mayor riesgo de sufrir depresión⁶.

Como se expone en la “Psiquiatría del niño y el adolescente” los trastornos del estado de ánimo son trastornos graves y tienen una prevalencia elevada en niños y adolescentes. La incidencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes se ha estimado en un 1-2%, la distimia se produce en un 10 – 14% de los niños y los trastornos bipolares tienen una incidencia estimada en un 0,24 - 1,2% en la población infantil. Los niños o niñas afectados presentan un deterioro importante de su funcionamiento psicológico y académico, por supuesto, su pronóstico general es peor si se compara con un grupo de no afectados. Aunque las manifestaciones de la depresión de los niños y niñas son variables, los tres trastornos depresivos más frecuentes en los niños o niñas son el TDM, distimia y el trastorno depresivo no especificado (NE). Sean cuales sean los síntomas de un niño, niña o adolescente, es necesario caracterizar la depresión tanto por su gravedad (es decir, el número de síntomas) como por su evolución temporal⁷.

Los trastornos depresivos ocupan ya el cuarto puesto dentro de las patologías más prevalentes y se calcula que en el año 2020 se sitúe en el segundo lugar, por detrás de las enfermedades coronarias, lo que significa que el costo económico de la enfermedad va a aumentar de forma considerable, según advirtió el director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Benedetto

⁶ <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/depressd.htm>; Abril 2004

⁷ P; Dean X., Md; D; Ronald., MD; Psiquiatría del niño y el adolescente; Ed. Harcourt Brace; Madrid; pg. 121-122

Saraceno, durante un simposio internacional sobre trastornos depresivos, celebrado en Madrid en el 2005⁸.

En un artículo escrito en una prestigiosa revista electrónica, el psicólogo, Dr. Paulino Castells de la Universitat Abat Oliba CEU realiza un análisis investigativo cuya conclusión fue que entre los nacidos en el mundo occidental después del 1955, el 6% de la población padecerá un estado depresivo antes de cumplir veinticuatro años. Además se explica que durante años se ha negado la existencia de esta enfermedad en niños y niñas, sin embargo, en la actualidad es claro que existen muchos sumidos en ella, pero es también cierto que es difícil diagnosticarla ya que aparece enmascarada. Por lo que se puede decir que aproximadamente el 2 o el 3% de todos los niños con un comportamiento alterado presentan depresiones de grado medio a severo y otro 6 a 8% por ciento de carácter leve⁹.

La presencia alarmante de trastornos depresivos en la población infantil ha provocado la necesidad de iniciar con campañas en algunos países como, por ejemplo, España que desarrollo un campaña titulada “Dejemos de verlo todo negro, con motivo del Día Europeo de la Depresión (DED), 5 de octubre, se realiza una cruzada de sensibilización social entre los usuarios de los centros de salud de España mediante la colocación de pósters y el reparto de folletos informativos. En el 2006 los datos apuntan que la depresión afecta a 4 millones de españoles cerca del 10% de la población. Puesto que los expertos destacan el elevado impacto de esta patología ya que los costos de asistencia psicológica, psiquiatría, farmacéutica más las repercusiones laborales, académicas, sociales y por supuesto económicas son altas. Así que no cabe duda que los trastornos

⁸ Dr. SARACENO; B; Simposio internacional sobre trastornos depresivos (OMS), ensayo; from de World Wide Web: www.psiquatria.com; Abril 2004

⁹ Dr. Paulino Castells; La depresión: triste epidemia del siglo XXI; Revista electrónica Universitat Abat Oliba CEU, <http://revista.abatoliba.edu/?id=8> depresion; 26/11/06.

depresivos constituyen hoy en día un problema de salud de considerable trascendencia y con graves repercusiones¹⁰.

1.2 Trastornos Depresivos en la infancia desde un enfoque cognitivo – conductual

Beck, uno de los representantes principales en lo que a la clínica se refiere, en la teoría cognitiva hace hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones y las manifestaciones conductuales; por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

El modelo cognitivo-conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas, el modelo abarca lineamientos éticos, bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento¹¹. Este modelo expone la existencia de un sistema de comunicación interno en cada persona a través del cual se da sentido a la realidad, constan en él creencias, pensamientos, formas singulares de percibir la realidad. Los procesos perceptivos y las creencias se orientan entonces a que la información se procese de modo distorsionado. Uno de los pilares conceptuales de este modelo es la tríada cognitiva: visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. El objetivo será cambiar la organización de la estructura cognitiva y corregir los errores perceptivos¹².

¹⁰ EUROPA PRESS; noticias del; <http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/28426/> ; 05/10/06

¹¹ Lic. Rivadeneira Carmela, Lic. Minici Ariel y Lic. Dahab José; La Terapia Cognitivo Conductual; Ensayo; From the World Wide Web: <http://www.CETECIC-Terapia Cognitivo Conductual.htm> ; Septiembre 2006

¹² www.Psicoterapiabreve.com; <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/que.htm>; Octubre 2006.

EL desarrollo de métodos de intervención que incidan en aspectos cognitivos que sirvan para potenciar el cambio conductual, los mantenimientos y las transferencias de las ganancias terapéuticas tuvo lugar en los años sesenta y continúa en la actualidad. La fusión de la terapia conductual y la terapia cognitiva en la Terapia Cognitivo Conductual cobró fuerzas a fines de la década de los 80 y se encuentra actualmente muy avanzada en Europa y en EEUU. Se trata de la terapia psicológica más avalada en la actualidad¹³. La Terapia Cognitivo Conductual domina la práctica y la investigación clínica en gran parte del mundo y su expansión se manifiesta con más vigor en los países de América Latina por su eficacia y el bagaje teórico que la sustente especialmente utilizada en trastornos del ánimo (depresión, ansiedad, etc.).

La terapia cognitivo conductual se articula a la investigación científica reportando indicadores altísimos de eficacia para la mayoría de los trastornos, actualmente es de total reconocimiento la actividad profesional de la psicología y de su función como mediadora para generar bienestar en el ser humano. Para poder generar este bienestar, entre los procedimientos terapéuticos más utilizados son aquellos que están estructurados, generan resultados, son estandarizados, directivos, ordenados y científicamente comprobados como la Terapia Cognitivo Conductual.

La Teoría y Terapia Cognitivo Conductual se ha desarrollado notablemente, porque abarca la mayoría de las áreas de intervención en el comportamiento humano, muestra de ello es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos empíricos, así como a ser legítimamente una modalidad terapéutica usada por psicólogos y psiquiatras. Por esto, el incremento de la información ha sido tan extensa en este campo, que la proliferación de artículos libros y otros trabajos escritos han permitido que sea imposible mantenerse alejado de estos cambios. Parte de este auge de

¹³ <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/depresion.htm#quees>; Junio del 2005

información en Terapia Cognitivo Conductual puede ser explicada por la aplicabilidad tan amplia y generalizada que se ha hecho de su tecnología en diferentes áreas, contextos y problemas¹⁴.

1.3. Etiología de los Trastornos Depresivos en la infancia

Varios autores concuerdan en que las causas de la depresión generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.

La presencia de trastornos depresivos se relaciona con las pérdidas afectivas que ocurren en los primeros 2 ó 3 años de vida. Por esto surge la necesidad de considerar la variable de desarrollo cognitiva y emocional para reconocer la existencia de la depresión, sobre todo en la edad preescolar. Parte de la confusión existente en relación al tema, surge de los distintos significados que se le han dado al término depresión y de las distintas metodologías usadas tanto para su diagnóstico como para efectuar estudios epidemiológicos. Por otro parte existe poca concordancia entre los sentimientos reflejados por niños, niñas y adolescentes en cuestionarios que buscan depresión, con la sensibilidad que tienen sus padres para detectar síntomas depresivos en sus niños o niñas y con la entrevista clínica. Los criterios de la severidad-duración y eventualmente invalidez, han sido usados para distinguir la tristeza normal de la patológica. La técnica de análisis de componentes principales ha permitido individualizar un factor de depresión mayor en niños de edad escolar avanzada. Entre las líneas de investigación necesarias para continuar conociendo mejor la depresión infantil, está el generar investigaciones empíricas sobre el desarrollo de la afectividad en las distintas etapas del ciclo vital temprano¹⁵.

¹⁴ Arturo Heman Contreras y Luis A. Oblitas ; http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=31 ; E,: PSICOM Editores; Julio 2005.

¹⁵ Montenegro, H; Depression in childhood and adolescence; <http://bases.bireme.br/cgi> ; Biblioteca Virtual em saúde: LILACS; Julio 2005.

Se han postulado muchas posibles causas de la depresión y, sin duda, existen probablemente muchos factores predisponentes y desencadenantes para una enfermedad que, como esta, es tan variada. Se puede originar por diversas razones ya que una causa definitiva no existe:

- La muerte de un ser querido.
- Un conflicto importante en el hogar, en el trabajo o en la escuela.
- Un dolor prolongado o una enfermedad grave.
- Condiciones médicas como hipotiroidismo (baja actividad de la tiroides), cáncer o hepatitis.
- Medicamentos tales como tranquilizantes.
- Consumo excesivo de algún tipo de psicotrópico por parte de los padres.
- Estrés crónico.
- Maltrato físico, psicológico o por negligencia.
- Aislamiento social
- Deficiencias nutricionales (como folato y ácidos grasos omega-3).
- Problemas de sueño¹⁶.

Como ya se aclaró no existe una causa específica del Trastorno Depresivo Mayor, la mayoría de los autores consideran que los factores que dan origen a un trastorno depresivo son múltiples e interaccionan para causar el trastorno, entre estos factores se encuentran una predisposición genética, es decir, unos antecedentes positivos de factores de estrés ambientales (como experiencias traumáticas, pérdidas o presión escolar) y factores biológicos asociados (concentraciones bajas de catecolamina o indolaminas, anomalías neuroendocrinas). Por lo que es importante que el niño sea evaluado por un médico que indague sus antecedentes psiquiátricos familiares, los niños con un TDM presentan unas tasas familiares muy altas de depresión, alcoholismo y ansiedad en los familiares¹⁷.

¹⁶ MFIII of Switzerland;
http://mf3la.com/depresion/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=42;
Enero 2006.

¹⁷ P; Deán X., Md; D; Ronald., MD; Psiquiatría del niño y el adolescente; Ed. Harcourt Brace; Madrid; pg. 121-122.

Existen causas médicas específicas que se describen en el manual de Psiquiatría del niño, niña y el adolescente que pueden causar depresión en la infancia son:

CAUSAS MÉDICAS ESPECÍFICAS SEGÚN EL MANUAL DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

- Mononucleosis infecciosa
- Gripe crónica
- Hepatitis
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Enfermedad de Cushing
- Hipotiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Bloqueadores Beta
- Corticoides
- Cimetidina
- Lupus
- Uremia

1.4. Sintomatología de los Trastornos Depresivos en la infancia

Los trastornos depresivos en niños presentan síntomas similares a los vistos en adultos, aunque la expresión de éstos puede variar significativamente en relación con el nivel de desarrollo evolutivo.

Los trastornos depresivos más frecuentes en la infancia son y su sintomatología es:

Trastorno Depresivo Mayor.- Según el DSM-IV, un niño con un TDM debe presentar una alteración del estado de ánimo (tristeza o irritabilidad), casi todos los días y durante la mayor parte del día, que afecte a sus sentimientos y a su conducta o debe haber una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades durante todos los días y la mayor parte del día. Además de la

alteración del estado de ánimo o la pérdida de interés, deben estar presentes cinco o más de los otros siete síntomas asociados (ver el cuadro).

El complejo sintomático debe estar presente durante un mínimo de dos semanas.

El TDM tiende a ser episódico, con una recuperación plena o parcial entre los episodios (un trastorno cíclico). Los episodios de TDM causan un fracaso y desadaptación importante en el funcionamiento habitual del niño, que se manifiestan en una reducción de su rendimiento escolar, retraimiento respecto a los compañeros y aumento de los conflictos con los mismos y o familiares. Los niños o niñas con un TDM presentan unas tasas familiares elevadas de depresión, alcoholismo y ansiedad en los familiares de primero y segundo grado.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
A.- Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante el período de dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1.- Estado de ánimo depresivo, o 2.- Pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer,
1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o familiares cercanos. EL estado de ánimo en los niños generalmente es irritable.
2.- Disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3.- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes). En niños es necesario valorar el fracaso en lograr los aumentos o de peso adecuado.
4.- Presencia de Insomnio o Hipersomnia casi todos los días
5.- Agitación o enlentecimiento de psicmotores casi todos los días (observable por los demás)
6.- Fatiga o perdida de energia cada dia
7.- Sentimientos de inutilidad, de culpa excesiva o inapropiados (que pueden ser

delirantes casi todos los días), (no simples autorreproches o culpabilidad.)
8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
9.- Pensamientos recurrentes de muertes (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin especificar o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B.- Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto
C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D.- Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento) o una enfermedad médica (Hipotiroidismo)
E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido) persisten por más de dos meses o se caracterizan por una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

*Tomado de la American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 Ed) (DSM_IV)

Trastorno depresivo no especificado (NE) o también llamado Trastorno depresivo menor.- En el trastorno depresivo NE, el trastorno es episódico, pero los episodios se sitúan por debajo de los criterios del TDM, o bien existen menos síntomas o bien estos son de menor duración. Los episodios de depresión menor, pueden ser precursores de episodios de TDM o pueden darse de manera independiente. Estos episodios causan una desadaptación menor que la de un episodio de TDM.

Trastorno Distímico.- El trastorno distímico hace referencia a un estado de ánimo deprimido o disfórico de manera crónica que es menos intenso que el TDM, pero en el que no hay períodos prolongados en que el paciente está bien. La duración de la enfermedad es de al menos un año en niños (ver el cuadro).

Los niños con un trastorno distímico presentan de forma característica días buenos y malos, o pueden tener mucho días mixtos, pero no tienen semanas buenas. Es frecuente que estos niños hayan presentado síntomas desde la edad

preescolar. Cuando crecen, puede aparecer un TDM, este proceso se denomina **depresión doble**. Los estudios realizados sobre las tasas de depresión en la infancia y adolescencia han aportado cifras variables. Estas discrepancias se deben en gran parte a los distintos grupos de edad estudiados, al empleo de distintos instrumentos de medida (autoevaluación o entrevista estructuradas) y a que los estudios se hayan centrado en los síntomas o en los síndromes depresivos¹⁸.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO	
A.-	Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día durante casi todos los días, durante al menos dos años, en los niños o niñas el síntoma puede ser irritabilidad y debe durar por lo menos un año.
B.-	Presencia, mientras estás deprimido , de dos o más de los siguientes síntomas : Pérdida o aumento del apetito Insomnio o hipersomnia Falta de energía o fatiga Baja autoestima Dificultad para concentrarse o tomar decisiones Sentimientos de desesperanza
C.-	Durante el período de dos años (un año en niños) de la alteración, el sujeto no ha dejado de presentar los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D.-	No ha existido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración. Un año para niños y adolescentes.
E.-	Nunca ha habido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico
F.-	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno sicótico crónico, como son la esquizofrenia y el trastorno delirante.
G.-	Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento)
H.-	Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, académico o de otras áreas importantes de la actividad que realiza el

¹⁸ P; Dean X., Md; D; Ronald.,Opc.Cit; pg. 123-125.

individuo.

*Tomado de la American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 Ed) (DSM_IV)

1.4.2 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.- Generalmente se utilizan los criterios del DSM-IV para diagnosticar la depresión en niños, niñas y adolescentes, a pesar de que los síntomas de la depresión en ese grupo de edad son similares a los que se dan a los adultos, la manifestación de estos síntomas es con frecuencia muy diferente , por lo tanto , los criterios establecidos para la depresión en los niños y adolescentes tienen la ventaja de delimitar específicamente la manifestación de los síntomas que es más propia de este grupo de edad. Weinberg ha modificado los criterios de diagnósticos de investigación originales en adultos para hacerlos más aplicables a niños.

Estado de ánimo deprimido.- Los estados de ánimo y sensaciones disfóricas de los niños o niñas tienden a ser más sensibles a su entorno y presentan un estado de ánimo reactivo en mayor medida que los adultos, pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre están tristes, sin embargo, presentan irritabilidad, oscilaciones afectivas, actitud negativa, hipersensibilidad a los sucesos de su entorno, actitud negativa y dificultad de ser complacido. Precisamente las alteraciones del estado de ánimo, la conducta y los sentimientos son normales, mientras que existen otros períodos intercalados de sentimientos de depresión e irritabilidad, la irritabilidad en estos grupos menores de edad es frecuente y a menudo el estado de ánimo irritable se debe a sentimientos de tristeza.

Ideas de autodesprecio.- Se manifiestan en el discurso del niño a manera de sentimientos de inutilidad, concepción negativa de su físico, sentimientos de culpabilidad, por creencias de persecución, deseos de muerte e ideas de suicidio. En la población infantil es frecuente proyectar sentimientos de poca autoestima en creencias de persecución, por ejemplo “Todo el mundo me odia o no soy un buen niño”. Cognitivamente, a los niños les puede resultar difícil expresar el sentimiento de inutilidad y culpabilidad por tener problemas son evidentes en su conducta y a

menudo en deprimidos se corresponden con los síntomas de sentimientos de inutilidad o culpabilidad inapropiada del DSM - IV.

Agitación.- La agitación corresponde al síntoma del DSM-IV de irritabilidad y es evidente en la medida en la que un niño o niña se relaciona con los demás. Son conductas habituales las peleas, la falta de respeto para la autoridad, las discusiones y la hostilidad excesiva. El aumento de los conflictos con los otros como consecuencia de la agitación es lo que motiva a menudo la consulta al especialista. Este síntoma es similar también al de agitación psicomotora que se observa en los pacientes adultos , la presencia de agitación y la conducta negativista pueden hacer que el problemas se identifique erróneamente como un trastorno negativista desafiante. Puesto que la conducta negativista suele desaparecer al resolverse la depresión.

Alteraciones del sueño.- En el DSM-IV este síntoma se caracteriza por insomnio o hipersomnia, los problemas del sueño consisten en insomnio inicial, medio y Terminal, dificultad para despertarse en la mañana, somnolencia excesiva diurna e hipersomnia. Los niños o niñas deprimidos experimentan con frecuencia la sensación subjetiva de un insomnio inicial o medio (despertarse después del inicio del sueño).

Alteración del rendimiento escolar.- El síntoma del DSM-IV de falta de concentración se manifiesta a menudo en los niños o en forma de una alteración en el rendimiento escolar. Los maestros pueden explicar que el niño o niña sueña despierto, que le falta concentración y atención, que ha perdido motivación frente a las actividades escolares, Los trabajos generalmente no los termina, difícilmente presenta deberes completos. Es frecuente que los niños tengan problemas para completar el trabajo en clase, lo cual provoca que tengan mayor número de deberes por lo tanto mayores dificultades en casa.

Disminución de la socialización.- Los niños y niñas que presentan un trastorno depresivo, muestran a menudo una menor participación participación en el grupo y menos interés social ya que es poco probable que intente hacer amigos. La pérdida de interés evidenciada por los adultos que los rodean concuerda el comportamiento del niño. La disminución de la socialización en los niños corresponde al síntoma de pérdida de interés o de placer del DSM -IV.

Cambio de actitud respecto a la escuela.- Un cambio de actitud respecto a la escuela refleja también pérdida de interés o de placer del DSM- IV. Una reacción fóbica a la escuela es a menudo como motivo principal de la consulta. A pesar de que algunos de estos niños o niñas presentan aversión hacia la escuela puede relacionarse con un trastorno de amistad (TAS), muchos niños con un trastorno depresivo pierden interés por la escuela y las actividades que en ella se tratan. Este síntoma puede ser una manifestación de variación diurna del estado de ánimo, puesto que algunos niños se ven capaces de acudir a la escuela por la tarde más no por la mañana ya que están en un nivel elevado de depresión.

Quejas somáticas.- No son un síntoma de depresión en el DSM-IV debido fundamentalmente a que son síntomas inespecíficos en adulto, sin embargo, en los niños y niñas son un síntoma frecuente de depresión. Aquellos con depresión son visitados por el médico familiar por quejas somáticas vagas que consisten en cefaleas, dolor de estómago, entre otros para los que el médico no logra encontrar causa física alguna. No es infrecuente que este sea el único síntoma significativo referido, por tanto esto puede motivar amplios estudios y poder dar nuevos diagnósticos médicos para detectar un posible trastorno físico.

Pérdida energía habitual.- Los niños y niñas deprimidos refieren a menudo una fatiga mental y física por lo que es menos activo en sus actividades habituales deportivas y de otro tipo. Un niño o niña que tiene una buena capacidad o es activo en una determinada área puede manifestar cansancio, tendencia a la fatiga, falta de energía e incluso aburrimiento durante la ejecución de esa actividad, con lo que disminuirá su participación en la misma.

Cambio del apetito o del peso.- Es frecuente que a los niños o niñas les apetezca satisfacer cierto “caprichos”, comer dulces, sin embargo, en un niño que padece este síndrome su comportamiento es diferente. En algunos casos pueden alimentarse en exceso y de manera voraz. La ausencia del aumento de peso habitual y no la pérdida de peso es una manifestación frecuente de los niños o niñas deprimidos. El aumento excesivo de peso se observa en algunos niños, niñas y adolescentes pero lo habitual es que estos últimos lo pierdan en lugar de

ganar. La falta de aumento de peso apropiado para el desarrollo es sintomático de depresión¹⁹.

Según Poznanski dado que la depresión tiende a ser un trastorno episódico, tiene especial interés no solo en el estudio de la evolución general sino también en el curso de los síntomas depresivos, a largo de los períodos intermedios. Se han estudiado las tasas de remisión y recuperación en diferentes poblaciones de niños y adolescentes. En un estudio de 42 pacientes infantiles ambulatorios con TDM, Kovacs al observar que el 25% se habían recuperado (sintomáticos durante dos meses) al cabo de un año y que el 92% se habían recuperado a los dieciocho meses. Strober al observar que el 81% de 58 adolescentes ingresados por un TDM se habían recuperado al llegar al año y el 98% lo habían hecho a los dos años del ingreso. El tiempo medio de recuperación fue de 27,5 semanas a partir de la hospitalización. Sin embargo, una vez alcanzada la recuperación, los niños y adolescentes presentan una tasa de recaídas elevadas. En el estudio de Kovacs llevado a cabo en niños deprimidos con TDM, se observó una tasa acumulada del 72% para la aparición de nuevos episodios de depresión en un plazo de cinco años por lo que es sumamente necesario que exista un seguimiento de estos casos²⁰.

1.5. Diversas modalidades de Tratamiento

El tratamiento más adecuado de los niños, niñas y adolescentes con trastornos depresivos es multimodal, incluyendo el empleo de medicaciones, terapias psicológicas e intervenciones psicosociales. Es evidente la necesidad de evaluar cuidadosamente y el trastorno del estado de ánimo debe ser persistente y causar un mal funcionamiento. Hasta el 30% de los niños mejoran con la simple evaluación o con una intervención mínima, el tratamiento psicosocial de los niños debe ser multifocal dada su capacidad de influencia en el estado de ánimo y en el resultado del tratamiento en este grupo de edad, se evalúan y se incluyen en el tratamiento los factores de estrés familiares, escolares y ambientales. Además el tipo de trastorno de ánimo, la incidencia de comorbilidad y el grado de desarrollo del paciente son elementos que han de tenerse en cuenta al elaborar una

¹⁹ P, Dean X., Md; D; Ronald., MD; Op.Cit; pg. 124-125.

²⁰ Ibid. pg. 126-127.

estrategia de tratamiento para un niño o niña, con un trastorno del estado de ánimo. El objetivo principal del tratamiento es acortar el período de tiempo que dura el trastorno del estado de ánimo y reproducir las consecuencias negativas de los episodios de depresión. Por esto las investigaciones e intervenciones son de tipo conductual, familiar, psicoterapéutica y ambiental²¹.

Debe recomendarse al paciente reanudar sus actividades diarias de la forma más normal posible:

- Podrían utilizarse planificaciones y el refuerzo positivos para motivar al enfermo a que sea activo y participe en las actividades cotidianas.
- Aumentar el grado de estructura de la rutina diaria del paciente, para estabilizar el estado de ánimo del mismo.
- Diseñar un programa diario que utilice reforzamiento por la realización de actividades que puedan causarle dificultad como: levantarse sin problemas, vestirse para ir a la escuela, realizar deberes y prepararse para ir a la cama. Para evitar castigos por la conducta inaceptada.
- Se debe evitar eliminar los reforzadores positivos.

Es preciso que los padres y docentes conozcan acerca del trastorno que tiene el niño o la niña para poder enfrentarlo ya que muchas veces sucede que se culpabilizan mutuamente debido a la angustia que provoca este trastorno por su gravedad.

Varios estudios han obtenido pruebas de la eficacia de los métodos cognitivos-conductuales en el tratamiento de grupo con niños, por lo que se aclara que la adaptación del contexto escolar del paciente para reducir el estrés es también importante, esta puede incluir la reducción de la jornada escolar, la limitación de la cantidad de tareas, organización de un contexto más estructurado y dinámico dentro de la clase²².

²¹ P; Dean X., Md; D; Ronald., MD; Op.Cit; pg. 128-129.

²² P; Dean X., Md; D; Ronald., MD; Op.Cit; 129-130.

La Terapia cognitiva de la depresión nace del modelo cognitivo de la depresión que ha surgido a partir de las observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

EL modelo cognitivo postula tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- La tríada cognitiva
- Los esquemas
- Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de información)²³.

LA TRIADA COGNITIVA: Posee un primer componente que se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a “causa” de estos defectos, es inútil y carece de valor.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Percibe que el medio que le rodea le impone demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro. Cuando el paciente hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente²⁴. Por tanto la Terapia

²³ Beck, Rush, Shaw, Emery; *Terapia Cognitiva de la depresión*; Ed. Desclée de Brower; Bilbao; pg.18.

²⁴P; Dean X., Md; D; Ronald., MD; Op.Cit; pg.19-20.

Cognitiva trata estos procesos cognitivos reestructurándolos para así apoyar en el desarrollo funcional del paciente.

El Dr. Eduardo Hernández González, Médico Pediatra y Psicoterapeuta Conductual Infantil declaró en un congreso que el tratamiento de la depresión debe ser adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño o la niña, en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Además debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del menor (familiar, social y escolar). El tratamiento que explica este autor se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento. El tratamiento de fase aguda incluye apoyo psicológico, farmacológico y combinado.

Las Terapias Psicológicas más utilizadas son: *Cognitivo-Conductual*, *Conductual*, *Psicodinamica*, *Interpersonal*, *Sistémica*²⁵, sin embargo, la que al parecer ha profundizado y se mantiene actualizando sus estudios e investigaciones en este tipo de trastorno para seguir mejorando su tratamiento es la Terapia cognitivo-conductual. Puesto que el autor que desarrolló la terapia, el Dr. Beck y sus colaboradores diseminados por todo el mundo, han investigado la eficacia de esta forma de psicoterapia para tratar un amplio abanico de trastornos, incluyendo la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, las drogodependencias, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad y diferentes condiciones médicas en las que los componentes psicológicos son relevantes. Parte de su trabajo reciente se ha centrado en aplicar la terapia cognitiva a la esquizofrenia, el trastorno límite de personalidad y a pacientes que de forma repetida han intentado suicidarse²⁶.

Por su parte la terapia cognitiva se caracteriza por su brevedad, su centro en el presente, en el problema y su solución; su carácter preventivo frente a futuros

²⁵ <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>; Julio 2007

²⁶ <http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/tratamientos/34121/?> ; Julio 2007

trastornos; su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta; y la importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones. "Este es un método psicoterapéutico (no farmacológico) orientado a la resolución de dificultades y problemas personales específicos de una manera activa, estructurada, focalizada en el presente y limitada en el tiempo", señala Fernando Torrente, Jefe de Psicoterapia Cognitiva del Instituto de Neurología Cognitiva²⁷.

El Tratamiento Farmacológico es realmente muy delicado de aplicar por lo que antes de iniciar un tratamiento antidepresivo en niños, existen varias cuestiones generales que es preciso considerar. El examen inicial debe incluir una evaluación médica para descartar trastornos que puedan causar alteraciones del estado de ánimo, en el cuadro anterior se indicó las causas médicas de la depresión de los niños y adolescentes que ha de descartarse antes de suponer que existe una causa psiquiátrica primaria. Antes de iniciar una administración de Antidepresivos Tricíclicos, los estudios deben incluir un hemograma completo y un electrocardiograma, sean descrito casos de muerte súbita de niños o niñas tratados con despramina, dos de los cuales tenían antecedentes familiares de anomalías cardíacas. Debe intentarse obtener el consentimiento del niño además del de los padres antes de iniciar el tratamiento, con esta medida práctica se mejora el cumplimiento de la medicación, y es éticamente importante, puesto que el paciente es el niño no los padres ni la escuela²⁸.

Los niños y niñas mayores que no quieran tomar medicamentos prefieren hacer una prueba durante un período de tiempo limitado. Una vez iniciada la medicación, es necesario llevar a cabo una evaluación sistemática de los síntomas. Pueden utilizarse cuestionarios autoadministrados o escalas de evaluación clínica. Por último el médico, el niño y los padres deben evaluar la proporción de riesgo-beneficio, puesto que no hay ningún tratamiento exento de riesgos. El tratamiento solo debe instaurarse para trastornos con disfunción importante en el hogar, fuera de casa o en la escuela²⁹.

²⁷ Ibid

²⁸ P; Dean X., Md; D; Ronald., MD; Op.Cit; pg. 130

²⁹ Ibid; pág 131.

CAPITULO II

2.1 Definición e importancia de los Maestros y Maestras dentro del ámbito educativo

El presente capítulo está dedicado a las interacciones existentes entre el maestro o maestra, la escuela y el niño o niña, el lugar que ocupa la escuela en el campo de acción de la psicología y psiquiatría es alto ya que alrededor del 50% de remisiones al psicólogo y/o al psiquiatra son de la escuela³⁰.

Un maestro nace de la necesidad de trascender en la mente y el corazón de sus estudiantes, para así cultivar en ellos herramientas intelectuales, emocionales y sociales que le permitan explotar al máximo su potencial académico y humano. En realidad desde tiempos muy antiguos han existido valiosos maestros, en toda la extensión de la palabra, cuyos meritos han desencadenado nuevas metodologías de enseñanza con el único objetivo de poder realzar el desarrollo del ser humano.

Profesor viene de la palabra *profesar*, uno de sus significados quiere decir *ejercer una ciencia, arte u oficio*, o enseñar una ciencia o arte. Por lo demás, “ejercer significa: inclinación voluntaria y continua”, es decir que profesor es la persona que ejerce o enseña una ciencia o arte. Así, profesar es más que simplemente ejercer o enseñar un contenido con inclinación voluntaria o continúa: equivale a consagrarse o a dedicarse a una actividad de manera total, tanto en lo individual como en lo colectivo, con el compromiso de servir por servir como premisa fundamental.

A su vez, la palabra *Maestro* significa “el que enseña una ciencia, arte u oficio, o tiene título para hacerlo. Más aún, en este sentido, Maestro es “el que conduce”, “el que guía”, “el que enseña el camino”, y no solamente “el que instruye”.

³⁰ BURNS, D; Sentirse Bien: Una nueva terapia contra las depresiones; Ed. Paidós; Ibérica S.A.; Barcelona; pg. 142.

Docente es el que enseña, instruye o adoctrina, pero además, es el hombre o mujer perteneciente o relativo a la enseñanza³¹.

La definición que se manejará en este contexto es *Ser Maestro o Maestra*: Un individuo que consagra su vida a la tarea educativa, el entendimiento popular y la definición que se le dará en el presente capítulo es: se llama maestro, a quien se distingue en su actividad u oficio, quien, en virtud de su saber, enseña a otros, no como simple instructor, sino como un tutor que en la vida, donde cobran sentido teoría y práctica, se convierte en modelo y guía para sus discípulos que son sus estudiantes³².

Para muchos que dedican su vida a la docencia es evidente y preocupante la aparición de diversas dificultades emocionales que bloquean notablemente el aprendizaje de sus estudiantes, siendo paradójico el hecho que cada vez los niños o niñas nacen con un mayor potencial intelectual, pero se desarrollan con falencias marcadas de carácter emocional³³.

La relevancia de un pedagogo o pedagoga en el desarrollo de un individuo es clara y más aún en la actualidad en donde la familia por motivos económico y/o sociales, ha permitido y en otros casos, ha demandado que la escuela en un porcentaje igual o mayor sea un pilar fundamental en la formación integral de sus hijos, no solamente en la adquisición de conocimientos académicos sino en la interiorización de principios y valores que fomenten su autoestima e independencia, para que así, sus hijos enfrenten las dificultades que se les presente día a día.

Como se expresó en un artículo del “Comercio” diario reconocido en el Ecuador, es innegable que el dominio de una disciplina no aporta los elementos suficientes para el desempeño de la docencia en forma profesional, es imperioso hacer

³¹ <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040820232545.html> Noviembre 2007

³² http://www.elcomercio.com/noticiaEC.asp?id_noticia=150469&id_seccion=8; Noviembre 2007

³³ <http://www.sanjuandelurigancho.com/noticias/reportaje.asp?id=7> Noviembre 2007

énfasis en los aspectos metodológicos y prácticos de su enseñanza, así como en los sociales y psicológicos que determinarán las características integrales de los grupos en los que ejerce su profesión. Bajo esa premisa el Ecuador busca el perfil de un nuevo maestro cuyos rasgos, según expertos y en ejercicio de funciones, se fundamentan en el ser humano y en la demandas de la modernidad³⁴.

Para Myriam Aguirre, decana de la Facultad de Educación de la Universidad Católica de Quito, el fundamento está en combinar saber, saber hacer y ser. “Saber se refiere a tener conocimientos, saber hacer es la actitud metodológica, preparación y dominio de técnicas para enseñar. Y el ser, a los valores, identidad cultural...”. A esto se suman ciertos rasgos de personalidad: paciencia, empatía, tolerancia, respeto... “No debe tomar la cátedra quien no reúna estas características. La psicopedagoga Beatriz Moreno enfatiza en cambiar el paradigma y ajustarlo a las necesidades de este tiempo. “Tener alta capacidad de vinculación afectiva y social, no ser racista ni excluyente, inculcar amor y respeto por el conocimiento y promover en su clase que los alumnos resuelvan solos los problemas”. Darwin Reyes, filósofo de la Universidad Politécnica Salesiana, cree que el docente debe lograr tres niveles. Lo humano, con buena capacidad de gestión respeto a la diversidad, consideración al otro y tolerancia. El nivel científico, conocimiento de técnica, amplitud temática, pedagógica, teórica y científica, y ser gente de compromiso social con su comunidad, su ciudad y su país³⁵.

³⁴ Un buen maestro tiene que generar confianza;
http://www.elcomercio.com/noticiaEC.asp?id_noticia=150469&id_seccion=8; Diciembre del 2007

³⁵ Ibid

2.3 El Rol del Maestro o Maestra frente a los Trastornos Depresivos en la infancia

“La infancia no es el cielo de los niños.”:

*Nietzsche*³⁶.

Es verdad que para muchos adultos la niñez siempre se ha reconocido como una etapa “feliz”, donde todo se desarrolla alrededor del juego, el placer y la gloria, es increíble concebir que en este período de la vida hubiese por un instante un momento de dolor, angustia o de desdicha. Es también cierto que existen crisis normativas al pasar ciertas etapas dentro de la infancia que provocan ciertas alteraciones, pero dificultades emocionales graves también existen, las mismas que afectan el desenvolvimiento del niño o niña, por tanto, lamentablemente son las causantes del aumento del trabajo psicoterapéutico infantil y de hecho el mismo afecta a las personas que trabajan directamente con los niños de esta edad, es decir los maestros cuya misión es proteger y guiar el desarrollo integral de los menores, debido a que cada vez son más los altos índices de trastornos depresivos infantiles³⁷.

Es una cosa que repugna. Desde la perspectiva adulta, el niño parece que no tiene razones para deprimirse y esto es una interpretación equivocada”, afirma Victoria del Barrio, doctora en Psicología y autora del libro *Depresión Infantil*³⁸.

El maestro y Maestra de nivel primario conoce que realmente el niño o niña no posee los recursos que tiene el adulto para expresar que le sucede o como le sucedieron las cosas, sus sentir o su posible actuar frente a cualquier adversidad, él no es capaz de explicar muchos sucesos de los que vive y a los que está

³⁶ Claudia Restrepo Vásquez; Psicóloga Universidad de San Buenaventura; La Depresión Infantil; artículo: Maestro un concepto muy grande; http://www.esecarisma.gov.co/paginas/Publicaciones/articulos/la_depresion_infantil.htm; Junio del 2004.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

expuesto en el mundo adulto, pero si tiene formas y expresiones de hacerlo saber. Un niño puede estar cursando un trastorno depresivo, estar desvalido, tristeza o angustiado, sin embargo, manifestarse violento, irritable o distraído, ninguno de estos síntomas hablan claramente de su sentir, por lo que pasa tan fácilmente inadvertido para padres, maestros y terapeutas. Con todo, se conserva una fuerte tendencia a menospreciar los síntomas y el sufrimiento emocional del niño, sólo por el simple hecho de verlo como un niño al que nada le afecta.

Es primordial tomar en cuenta que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta al niño o niña física y anímicamente y se refleja en su manera de pensar y actuar, puede también afectar o interrumpir la alimentación o el sueño. No es lo mismo que sentir tristeza o estar "decaído", ni tampoco es indicio de debilidad personal, ni constituye un trastorno que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Los niños y niñas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "controlarse" y reponerse, es necesario el tratamiento y muchas veces, es decisivo para la recuperación.

Es también importante que el maestro o maestra reconozca que el período de desarrollo que va desde los 6 a los 12 años, tiene como experiencia central el ingreso a la escuela y su evolución en este período va a depender en parte de las habilidades que haya desarrollado en sus seis años de vida anteriores. Este hecho marca el inicio del contacto del niño o niña con la sociedad a la que pertenece, cuyo mediador para esto es el docente o pedagogo, y es, a través del colegio, que se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo joven y adulto. El colegio puede ser una prueba severa que verifique si se han logrado o no las tareas del desarrollo de las etapas anteriores.

Varios autores han relacionado los trastornos depresivos en la infancia con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto, por lo cual se aclara que un niño o niña con depresión puede descender notablemente su ejecución en la escuela, pero también puede desencadenar síntomas a partir de un fracaso escolar. Es claro que durante el desarrollo del niño o niña en la escuela se conoce que la detección temprana de cualquier deficiencia de aprendizaje o trastorno emocional en un niño o niña y su pronta intervención

es imprescindible para lograr una situación de progreso adecuado, eliminando así la posibilidad de que las dificultades se agraven a un punto que sea muy difícil su recuperación³⁹.

Puesto que la depresión se considera una enfermedad que interfiere con el funcionamiento del niño o niña por cierta cantidad de tiempo, dada la existencia de diferentes tipos y causas de depresión en los niños, se pueden necesitar diferentes tratamientos. Por un lado, los sentimientos de fracaso e irritabilidad causados por obtener una mala nota en la escuela pueden ser una simple señal de la necesidad de mejorar los hábitos de estudio y de prestar más atención en la escuela. Por otro lado, cuando las señales y los síntomas de depresivos son persistentes y más severos, es importante remitir a tiempo para poder trabajar interdisciplinariamente con Padres, profesionales de la psicología, si fuese necesario un apoyo médico, la institución educativa y el niño o niña afectado⁴⁰.

Existen tres aspectos determinantes en el rol de maestro frente a este trastorno, primero su detección, a partir de una técnica muy usada, la observación sistemática en este caso de la sintomatología ya antes mencionada; signos como por ejemplo, cambios conductuales agresivos, desafiantes, aislamiento social, fragilidad emocional, ideas irracionales (negativas de sí mismo o de sus capacidades, culpando constantemente a otros de sus problemas), manifestaciones somáticas, todo esto por un tiempo considerable. A parte de la Observación sistemática, el maestro de nivel primario maneja otra técnica que usada adecuadamente es muy valiosa, el registro anecdótico de cada estudiante, en donde se anota las percepciones diarias acerca del desarrollo integral del niño, su ámbito académico, afectivo y social. Y por último es muy importante que el maestro mantenga la historia familiar del niño actualizada para poder evaluar posibles factores de riesgo a ser tomados en cuenta para la detección y el manejo.

³⁹ Dr. Julio Obst Camerini | C.A.T.R.E.C; Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual; www.catrec.org/index.htm; Febrero 2007.

⁴⁰ BURNS, D; Sentirse Bien: Una nueva terapia contra las depresiones; Ed. Paidós; Ibérica S.A.; Barcelona; pg. 141

El segundo aspecto determinante es la remisión, la misma, que debe ser oportuna y eficaz, generalmente las instituciones educativas poseen un Departamento de Bienestar Estudiantil, el cual comprende profesionales en Psicología, por lo que, si existiese este departamento es necesario que el caso sea reportado, al igual que a las autoridades correspondientes, para luego poder en conjunto entrevistarse con los padres, manejando el contenido del discurso claro, real y muy prudente, sin caer en simplificaciones menos aún en exageraciones que sobredimensionen la problemática y llegando acuerdos en las soluciones y estrategias a seguir para apoyar al niño, e iniciar un proceso de evaluación clínica externa. Al recibir el diagnóstico externo se establecen pautas o estrategias de trabajo interdisciplinario de apoyo personalizado al niño o niña.

De todas maneras existen estrategias generales que pueden ayudar al maestro a manejar y apoyar dentro del aula al menor, por ejemplo, los reforzamientos positivos son fundamentales tanto a nivel de acciones como a nivel verbal, para tratar de apoyar en la eliminación de esa visión de túnel o pensamientos automáticos negativos que presenta el niño o niña sobre si mismo y sobre el mundo. Evitar los estímulos aversivos, castigos, eliminar ridiculizaciones sociales que perjudican su estado anímico. Incentivar su desarrollo social ya que según Bandura, el aprendizaje social, vicario, social, observacional o por imitación, es determinante en el desarrollo emocional; es un proceso por el cual un individuo logra realizar una conducta nueva o alterar la frecuencia de una previamente aprendida por la observación de modelos, si bien este fenómeno fue conocido desde los comienzos de la psicología es Bandura quien a partir de los sesenta establece algunos de las condiciones necesarias y suficientes para el aprendizaje imitativo, entre ellos está que el modelo debe recibir reforzamientos por lo que realiza, que haya similitud entre modelo y observador, que el modelo tenga prestigio en el observador, que el observador tenga la respuesta a ejecutar⁴¹, por lo tanto las actividades de integración grupal, relajación, motivantes y llenas de diversión dirigidas dentro del aula a un mejor aprendizaje podrán aportar en el manejo de esta compleja patología,

⁴¹ Aprendizaje Social; www.espaciologopedico.com;
<http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=158>
Diciembre 2007.

Los pedagogos conocen o deben conocer que la entrada al nivel primario implica que el niño debe adecuarse a un ambiente nuevo en el cual se enfrentará con demandas desconocidas hasta ese momento para él, aprender las expectativas del colegio y de sus profesores y lograr la aceptación de su grupo de pares. La adaptación y ajuste que el niño logre a este nuevo ambiente, tiene una importancia que trasciende lo inmediato. El grado en que el niño se considera confortable e incluido en el colegio es expresión del éxito en su adaptación. Reacciones como ansiedad, evitación o actitudes negativas pueden ser signos tempranos de dificultades en su ajuste y que pueden tornarse en problemas futuros.⁴²

Por otro lado, la relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía, y aparece el grupo de compañeros como un referente importante que se va a constituir en uno de los ejes centrales del desarrollo psíquico del niño en esta etapa. El desarrollo del niño lo podemos separar por áreas; sin embargo existe una estrecha relación entre los aspectos intelectual, afectivo, social y motor. Lo que vaya ocurriendo en un área va a influir directamente el desarrollo en las otras, ya sea facilitándolo o frenándolo o incluso anulándolo, y provocando conflictos emocionales de menor o mayor grado.

Por tanto es relevante acercar a las y los pedagogos al conocimiento de ciertas patologías infantiles como es en este caso los trastornos depresivos y la incidencia en su fracaso psicomadurativo. Posibilitar una comprensión de dicho trastorno que contemple su multidimensionalidad, estimular una actitud epistemológica hacia estos problemas que aparte de los reduccionismos simplificadores, y que permita contemplarlos en el contexto de la continuidad de los estados de salud y enfermedad⁴³.

⁴² Ibid, pg 143.

⁴³ MÉNDEZ, F; Op.Cit; pg. 142.

Estimular un uso prudente de las categorías diagnósticas psicopatológicas que no contribuya a la estigmatización de estos niños o niñas, sino trabajar en coordinación con aquellos profesionales del mundo clínico que también los atiende. El hecho es evitar que los maestros niños puedan empeorar el cuadro clínico de los niños que padezcan este trastorno por falta de conocimiento. Al implementar un programa de capacitación esquematizado, dinámico que colabore al esclarecimiento de conceptos básicos de los trastornos depresivos, sus causas, sintomatología, consecuencias, alternativas de tratamiento, el conocimiento sobre las diferentes formas de detección: Observación sistemática, lista de verificación, cuestionario o inventarios de detección sea este: CDI Inventario de depresión infantil CDI / María Kovacs como el Inventario de Depresión de Beck, BDI y el proceso de apoyo dentro del aula con las estrategias de apoyo dentro de la institución educativa.

CAPITULO III

3.1. Modelo del Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario.

La aplicación del programa se fundamenta en lineamientos teóricos del modelo cognitivo-conductual, andragogía (Pedagogía del Adulto) y también de la teoría llamada Programación Neurolingüística que presenta raíces del modelo cognitivo conductual, ya que se basa en la reprogramación cognitiva, esta teoría afirma que la formación es el proceso que amplifica el aprendizaje y proporciona un contexto para el mismo, en tres terrenos principales, primero se encuentra el conocimiento y como aplicarlo, la resolución de problemas es un ejemplo de esta clase de aprendizaje, la segunda categoría es el aprendizaje de habilidades. La experiencia práctica es esencial para el desarrollo de habilidades, desde las físicas como, por ejemplo, la mecanografía al tacto, a las interpersonales, como la formación. El último terreno es el aprendizaje en el plano de los valores y actitudes; esta clase de formación es probablemente la que plantea mayores exigencias técnicas al formador y la más difícil de evaluar⁴⁴.

Se considera a la Andragogía como la disciplina que se ocupa de la educación y el aprendizaje del adulto, a diferencia de la Pedagogía que se aplica a la educación del niño. De una manera muy concisa podría decir que *"Andragogía es al adulto, como Pedagogía al Niño"*. El niño o niña se somete al sistema, el adulto busca el conocimiento para su aplicación inmediata que le permita redituar en el menor tiempo, existiendo la clara conciencia de buscar ser más competitivo en la actividad que el individuo realice, mejorando sus competencias laborales, entendiendo como competencias al conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes orientadas a un desempeño superior en su entorno laboral, que incluyen tareas, actividades y

⁴⁴ O'CONNOR, J; SEYMOUR; Programación Neurolingüística para Formadores; Ed. Urano; Argentina; 2003, pg. 31.

responsabilidades, que contribuyen al logro de los objetivos clave buscado, el bienestar integral del estudiante. La Andragogía se podría enmarcar en tres grandes campos: como disciplina científica, como proceso integrador de actividades cognitivas y como actividad profesional⁴⁵.

A diferencia del niño o niña el adulto presenta ciertas características que son necesarias tener en cuenta para diseñar un programa de capacitación.

Auto-concepto.- El auto-concepto permite que el adulto se guíe por su propia voluntad. Son renuentes a las situaciones en que el Facilitador y el diseño de los programas limitan a los aprendices en un papel dependiente "como de niños".

Experiencias.- Los adultos han acumulado varias experiencias que le sirven como recursos de aprendizaje, así también como una amplia plataforma para la cual relacionar aprendizajes nuevos.

Prontitud en Aprender.- Los adultos están dispuestos a aprender cosas que necesitan saber o poder para cumplir con todos los papeles que exige la sociedad actual, laboralmente, socialmente y personalmente. La rapidez en aprender se orienta cada vez más para las tareas en el desarrollo de sus papeles y responsabilidades sociales.

Orientación para Aprendizaje.- El Facilitador que guía al adulto hacia un nuevo aprendizaje o hacia la reestructuración del mismo, a partir una motivación intrínseca y extrínseca.

El aprendizaje según el diccionario es "el proceso de adquirir conocimientos, habilidades o capacidades por medio del estudio, la experiencia o la enseñanza". Si bien es muy complejo describir con precisión el proceso de aprendizaje, los resultados del aprendizaje son claros: Mejor rendimiento, nuevas habilidades, nuevos conocimientos y nuevas actitudes. Cuanto más se pueda descubrir sobre la manera en que las personas aprenden, se podrá diseñar mejor el proceso de formación para incentivar el aprendizaje. Es importante recordar que todo

⁴⁵ www.DinamicasCorporativas.com; <http://www.yturalde.com/andragogia.htm>; Enero del 2008.

aprendizaje implica un cambio en los conocimientos, habilidades o experiencia de las y los estudiantes, y quizá la misión fundamental del formador o capacitador consista en demostrar que el cambio es posible⁴⁶. Parte de su metodología se fundamenta en aplicación de técnicas que permitan un aprendizaje significativo y acelerado, utilizando todos los sentidos del ser humanos para obtener así un aprendizaje interiorizado; por ejemplo la utilización de mapas mentales.

Un mapa mental es una poderosa herramienta que contiene un conjunto de elementos mediante los cuales se colabora con el cerebro a globalizar la información de cualquier tipo en un mapa. Es útil para estimular la creatividad y el equilibrio en el cerebro, además de ser un modelo actualizado de aprendizaje acelerado que ofrece nuevas capacidades y habilidades. El mapa mental permite mayor desarrollo de la capacidad de aprendizaje, visión global y memoria para aprovechar el aprendizaje y aplicarlo en su totalidad⁴⁷.

La capacitación de docentes es uno de los medios más eficaces de superar o prevenir inconvenientes, atendiendo necesidades relacionadas con el proceso de aprendizaje de los niños por lo que se estima que esta sea continua y permanente constituyéndose como una prioridad.⁴⁸

La organización de los centros educativos no puede obviar el papel estratégico y el protagonismo de profesores y alumnos como evidencia el estudio de Brookover y otros en 1978. Preparar al profesor más eficazmente, es decir, un correcto equilibrio entre teoría y práctica, la participación de profesores en ejercicio, la formación que potencia la competencia, la misma que proporciona conocimientos pero también destrezas y una mayor calificación de los formadores de individuos que deben desarrollar estilo de práctica e investigación similar en algunos aspectos emocionales y sociales aclara la importancia de la permanente capacitación.

⁴⁶ Ibid pg 32.

⁴⁷ Ibid pg 32-33.

⁴⁸ SANDOVAL, F; VERA, C; Capacitación de los Maestros; Ed. Nueva América; Colombia, 1988, pg. 23.

El sistema de gestión de calidad tiene en la formación del personal el elemento fundamental de su política de gestión de recursos humano, hasta el punto de considerar, con frecuencia, aquella como la principal estrategia de implantación de la calidad. En este contexto, la formación no solo hace referencia a los aspectos técnicos (de conocimientos y de competencias) sino que está dirigida también a las actitudes y a los valores. Se trata, por tanto, de una formación integral que habilita al individuo para la realización de una doble función, a saber, efectuar su propio trabajo y velar por la mejora continua de su contribución al proceso global del desarrollo de sus funciones.⁴⁹

El desarrollo del programa presencial enfocado para adultos se basa , como se mencionó, en un aprendizaje significativo y acelerado, el mismo que es un sencillo método que permite multiplicar por 10 la potencialidad de aprendizaje, utilizando de forma coordinada un aprendizaje multisensorial, es decir, a través de todos los sentidos con el fin de crear un programa eficiente y eficaz que permita que las personas que lo reciban puedan interiorizar los conocimientos dados y por ende puedan aplicarlos en beneficio de las y los niños ⁵⁰.

Cabe recalcar que la base teórica del contenido teórico del programa de capacitación es cognitivo-conductual, es decir las estrategias que se entregarán a maestros se fundamentan en esta teoría y la metodología de aplicación de los talleres se basan en Programación neurolingüística, ya que la propuesta del programa trata de reestructurar la visión que los maestros tienen sobre las dificultades emocionales que sus estudiantes pueden presentar y como actuar frente a ella, eliminando prejuicios simplificadores o lo contrario un nivel de angustia tan alto que bloqueen el adecuado manejo de la problemática que representan los trastornos depresivos en la infancia.

⁴⁹ LOPEZ; La gestión de calidad en educación; Ed. La Muralla, Madrid, 1994; pg 53.

⁵⁰ <http://www.pnl.net.com/z/queesaprend>; Septiembre 2007.

CAPÍTULO IV

4.1. Procedimiento de la Disertación

La disertación consiste en una investigación teórica aplicada sobre una “Propuesta de un Programa de Capacitación a Maestros de nivel primario sobre trastornos depresivos en la infancia” dirigido a maestros de instituciones educativas privadas de Quito sobre la detección y el manejo de la depresión infantil dentro del aula entendida desde un enfoque esencialmente cognitivo – conductual, el cual constituye un movimiento contemporáneo de integración entre lo teórico y práctico más.

El Programa propone diversas fases teórico-prácticas de constante participación activa que promueva un aprendizaje significativo. Para cumplir con los objetivos propuestos se realizará un estudio del que a continuación se enuncian sus fases:

4.1.1 Fase Documental

Se recolectará información bibliográfica por medio virtual (artículos científicos, revistas científicas), por medio de textos que traten principalmente de psicología, psiquiatría infantil, metodologías de enseñanza y capacitación para adultos y otras experiencias de estudios relacionados al tema. Documentos institucionales de entidades educativas que permitan conocer la filosofía, políticas de trabajo, planificación estratégica etc. de las mismas, entre otros.

4.1.2 Fase de Propuesta

Se diseñará un programa de capacitación dirigido a maestros y maestras de nivel primario sobre trastornos depresivos en la infancia. En primera instancia se reforzarán conceptos sobre trastornos depresivos en la infancia y los fundamentos propios de la teoría cognitiva-conductual; causas, síntomas, consecuencias,

opciones de tratamiento, el rol del maestro frente a los trastornos depresivos, las estrategias de manejo que fortalezcan los conocimientos de los maestros y de ésta manera promover un aprendizaje significativo.

La capacitación se fundamenta en el aprendizaje significativo, dinámico, activo, participativo y vivencial de los maestros. Es importante anotar que este programa está orientado para poder adquirir conocimientos, habilidades o capacidades por medio del estudio de casos y de las experiencias personales siendo este enfocado mediante metodologías de aprendizaje acelerado y significativo, entrenamiento que incluyan diversos métodos visuales, auditivos, y especialmente de análisis teórico- práctico.

4.2. Presentación del Diseño del Programa

4.2.1 Diseño Tentativo del Programa

TÍTULO: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A MAESTROS Y MAESTRAS DE NIVEL PRIMARIO SOBRE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA.

PRESENTACIÓN: Es el preámbulo sobre la temática del programa y su lineamiento teórico.

JUSTIFICACIÓN: Se aclara la necesidad, importancia y factibilidad de la propuesta basado en argumentos teóricos, prácticos y estadísticos.

OBJETIVO: Objetivo general y objetivos específicos del Programa

DATOS DEL GRUPO AL CUAL ESTÁ DIRIGIDO: Se delimita la contextualización y alcance que conlleva la presente propuesta en los establecimientos educativos.

HIPÒTESIS: Se plantea un supuesto, el cual deberá ser aclarado al finalizar el programa de capacitación.

INDICADORES: Se plantean los indicadores que nos permitirán verificar el cumplimiento de los logros del programa.

FASE DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Se identifica claramente la problemática real y actual dentro de las diversas Instituciones Educativas.

FASE DE EJECUCIÓN

METODOLOGÍA: Se aclara los métodos y técnicas para llevarse a cabo el programa.

ACTIVIDADES: Se especifican las acciones, a cabo para cumplir con los objetivos deseados, aclarando los medios e insumos que se requieran.

COSTOS Y PRESUPUESTO: Se aclara el total de costos que se requiere para desarrollar la propuesta.

FASE DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN Y MONITOREO: Se aclara las herramientas necesarias y el monitoreo pertinente para poder determinar los logros y la efectividad del programa, a corto y mediano plazo.

4.2.2 Revisión del Diseño tentativo del programa

Posterior a la revisión del Director de la disertación, varios profesionales (Tres Licenciados en Educación con más de diez años de experiencia y una Psicóloga Industrial especializada en programas de Capacitación) especializados en el tema analizan la propuesta, para poder evaluar el programa y brindar las sugerencias necesarias al mismo, para lo cual se diseñó una hoja de sugerencias con varias preguntas que colaboran en la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados. Al igual se aplicó una prueba piloto a diez maestros y maestras de una institución educativa ubicada en la capital, la cual permitió vivenciar la importancia del presente programa y por supuesto mejorar ciertos detalles de la estructura del programa.

4.2.3 Ajustes y Versión Definitiva del programa

Para concluir se realizan los ajustes necesarios en base a las observaciones y recomendaciones recibidas, y se redacta el preempastado para ser entregado a la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Quito.

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A
MAESTROS Y MAESTRAS DE NIVEL
PRIMARIO SOBRE**



**TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA
INFANCIA**

PRESENTACIÓN

El *Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario sobre Trastornos depresivos en la infancia* simboliza una respuesta a la necesidad inherente de enfrentar una patología que según la Organización Mundial de la Salud actualmente ocupa el cuarto puesto dentro de las enfermedades más prevalentes e incapacitantes y se calcula que para el 2020 se sitúe en el segundo lugar, por detrás de las enfermedades coronarias.

El Programa ha sido diseñado en base a la teoría Cognitivo-conductual, a nivel de su contenido teórico al igual que su aplicación práctica. Se encuentra dividido en tres fases: Primera Fase: Evaluación Diagnóstica, Segunda Fase: Ejecución y Tercera Fase: Evaluación de Resultados; las tres fases se encuentran claramente detalladas en relación a los contenidos, actividades vivenciales y dinámicas, documentos escritos y apoyos visuales, recursos físicos y humanos que se requieren para cumplir los logros esperados.

La propuesta está dirigida a Maestros y Maestras cuya misión es ser una guía para sus estudiantes, inyectar en ellos las herramientas necesarias para enfrentar múltiples dificultades que se les presentarán en un futuro. Debido a la importancia y trascendencia de su función, el estar capacitados para afrontar dificultades emocionales graves como son los Trastornos depresivos y evitar negligencias que puedan empeorar el cuadro clínico de uno de sus estudiantes es esencial.

JUSTIFICACIÓN

*“la enseñanza que deja huella
no es la que se hace de cabeza a cabeza,
sino la que se hace de corazón a corazón
Howard Hendricks.⁵¹*

La relevancia de crear un **Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario sobre trastornos depresivos en la infancia** nace de la alarmante propagación de este síndrome y la necesidad de preparar a los docentes para poder enfrentarlo puesto que su participación es relevante en el desarrollo integral de los niños⁵².

Los Maestros y Maestras son uno de los pilares fundamentales en la formación de sus estudiantes es una de las personas claves, que trabaja diariamente con el propósito de aportar en su desarrollo, por lo cual es importante que puedan mantenerse en un proceso de actualización y formación permanente especialmente sobre las problemáticas actuales que perjudican el óptimo desarrollo de los niños. Existe una posibilidad válida e interesante de mantenerse en constante aprendizaje y esto es a partir de programas de capacitación adecuados y eficaces que puedan guiar al docente en la solución de dificultades que se presenten.

Los maestros tienen responsabilidad en lo que respecta al aprendizaje, pero esto definitivamente está sumamente ligado al desarrollo emocional del niño/a; un niño o niña deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico, de hecho existen varias causas, lo significativo es saber detectar oportunamente, evitar negligencias por desconocimiento y poder remitir o conocer las estrategias de

⁵¹ V.V.A.A.; Diccionario Océano; Océano grupo Editorial S.A.; Barcelona; 1998.

⁵² Hidalgo M; Pediátrica Baca Ortiz: Órgano Oficial de difusión científica del Hospital de niños Baca Ortiz; Quito; Volumen No. 4; 1996; pg 4.

apoyo dentro del aula necesarias para niños diagnosticados con este síndrome y poder así evitar dificultades irremediables a futuro.

Es fundamental recordar que en tiempos antiguos existían pueblos o ciudades de unos pocos cientos de habitantes, en la actualidad vivimos en ciudades atestadas que forman una aldea global de cerca de seis mil millones de habitantes, estas tensiones acumulativas de la vida moderna han desatado una avalancha de depresión, angustia e insomnio que abarca a niños, niñas, jóvenes y adultos⁵³.

Aquellos que menos herramientas poseen para enfrentar el estrés de la modernidad son sin discusión los niños ya que en forma paradójica mientras que cada generación de niños parece responder mejor a las pruebas relacionadas con el desarrollo cognitivo, sus capacidades emocionales y sociales parecen estar disminuyendo vertiginosamente⁵⁴.

La depresión en la infancia es uno de los varios trastornos del ánimo que puede aparecer desde el comienzo de la vida y que cada día está haciendo padecer no solo adultos sino también a niños y niñas, existiendo ya estadísticas expuestas desde el DSM III- R- que demuestran su proliferación⁵⁵.

En su libro, "The Optimistic Child", el psicólogo Martín Seligman menciona sobre lo que describe como una **epidemia de depresión** que ha aumentado casi diez veces entre los niños/as y adolescentes en los últimos cincuenta años y que se está produciendo ahora a edades más tempranas⁵⁶.

En el hospital de Niños "Baca Ortiz" ubicado en la capital del Ecuador, el último estudio de niños y niñas que ingresaron por intento de suicidio, en el período comprendido entre enero de 1993 y diciembre de 1995, fueron en total veinte y cinco casos cuya edad fluctuó entre los 9 y 14 años de edad, con un notable

⁵³ SHAPIRO, L; La inteligencia emocional de los niños; Ed. Javier Vergara Editor; Buenos Aires; 2000 pg.15.

⁵⁴ Ibid, pg 29.

⁵⁵ AJURIAGUERRA, J; MARCELLI, D; Psicopatología del niño; Ed. Masson; Barcelona; 1996; Pg. 68.

⁵⁶ Ibid. pg. 71.

predominio de los casos femeninos –19- y evidenciándose en casi toda la casuística, antecedente de maltrato físico en varias de sus formas, cabe recalcar una notable diferencia entre 1975 y 1991 se registraron en el hospital cinco casos de la misma causa de consulta, es decir, el incremento de casos es inmenso pasó de un caso cada tres años a 25 cada dos años. El suicidio en los niños debe conmover al máximo la conciencia humana y demanda urgente y efectivas respuestas de quienes de una u otra manera velan por la salud de los niños, sin embargo, contemplamos como paulatinamente este trágico suceso se multiplica⁵⁷.

En el Ecuador son alarmantes las cifras que el anuario de estadísticas vitales del INEC en el 2000 evidencia, alta incidencia de los traumatismos y envenenamientos, datos que se encuentran dentro de las tasas de suicidio: en las mujeres de 10 a 14 años es la segunda causa de egreso hospitalario (1173 casos) y en las adolescentes de 15 a 19 años, es la quinta causa (1595 casos), estos son indicadores de alta incidencia de violencia intrafamiliar y una de sus consecuencias, en este caso el intento o la consumación del suicidio. El número de casos reportados por depresión en el 2002 según el INEC son 6750 casos y por intento de suicidio son 1595. La mitad de las muertes en el país de mujeres y jóvenes se deben a aspectos relacionados con la salud reproductiva, **el suicidio** y el homicidio. El consumo de alcohol, cigarrillo y drogas es otro riesgo creciente para los/las adolescentes y jóvenes del Ecuador, es decir, que el desarrollo emocional de los niños, niñas y adolescentes debe ser cuidadosamente estudiado e intervenido con el fin de permitir una evolución emocional adecuada⁵⁸.

Es preocupante el hecho de que varios autores convergen al afirmar que la depresión en la infancia está atacando cada día a un mayor número de niños o niñas sin importar su edad, pudiendo este síndrome desarrollarse hasta antes de que los menores tengan una noción clara de lo que significa la muerte, como se expresó anteriormente existen estadísticas en el Ecuador de niños menores de siete años con intentos de suicidio.

⁵⁷ HIDALGO M; Pediatría Baca Ortiz: Órgano Oficial de difusión científica del hospital de niños Baca Ortiz; Quito; Volumen No. 4; 1996; pg 4 -5.

⁵⁸ VALDIVIESO, N; SOTOMAYOR, J; Situación de los adolescentes y jóvenes del Ecuador; SEPAR; Quito; 2003; pg12-13.

En un simposio Internacional de salud se enunció que la depresión ocupa el cuarto puesto dentro de las patologías más prevalentes y se calcula que en el año 2020 se sitúe en el segundo lugar, por detrás de las enfermedades coronarias, lo que significa que la carga económica de la enfermedad va a aumentar de forma considerable, según advirtió el director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Benedetto Saraceno, durante su conferencia sobre trastornos depresivos, celebrado en Madrid en el 2005, de hecho se estima que 150 millones de personas en el mundo sufren trastornos depresivos⁵⁹. En consecuencia de la alarmante problemática en España existe una campaña titulada “Dejemos de verlo todo negro, con motivo del Día Europeo de la Depresión (DED), 5 de octubre, se realiza una cruzada de sensibilización social entre los usuarios de los centros de salud de España mediante, conferencias en instituciones empresariales, educativas primarias, secundarias y superiores, la colocación de pósters y el reparto de folletos informativos por toda la ciudad y sus alrededores.

Las estadísticas mencionadas demuestran la imperiosa necesidad de intervenir de manera adecuada y temprana en la población de riesgo y una forma de hacerlo es diseñar un programa de Capacitación dirigido a maestros sobre este trastorno debido a que los niños se desenvuelven gran parte de su vida en la escuela. La propuesta será un soporte y una guía para los docentes, los cuales constituyen uno de los principales pilares en el desarrollo intelectual, emocional y social del niño, la aplicación de este programa tendrá como consecuencia beneficios evidentes en los niños que padecen este síndrome.

En un artículo sobre la importancia de la detección precoz de la depresión o la ansiedad publicado el 05 de noviembre del 2007 por el club de prensa canaria en una conferencia internacional se reveló que la depresión no tratada a tiempo durante la niñez puede derivar en trastornos mentales en la vida adulta⁶⁰.

⁵⁹ Dr. SARACENO; B; Simposio internacional sobre trastornos depresivos (OMS), Ensayo; From de World Wide Web: www.psiquatria.com. Abril 2004

⁶⁰ LA PROVINCIA (Las Palmas), www.psiquiatría.com ; http://www.psiquiatría.com/noticias/trastornos_infantiles/t_del_estado_de_animo/33762 ; Enero 2007.

El Programa de Capacitación dirigido a Maestros sobre trastornos depresivos en la infancia se realizará desde un enfoque cognitivo-conductual, puesto que el estudio de la depresión desde una perspectiva psicológica se hizo posible con el ascenso del paradigma cognitivista, desde entonces, la investigación acerca de los trastornos depresivos se ha incrementado y en 1975, La depresión en la infancia fue aceptada por el “National Institute of Mental Health”, como concepto y entidad psicopatológica. La teoría cognitivo. Conductual en los últimos años se ha preocupado considerablemente en desarrollar investigaciones acerca de este trastorno y las diferentes alternativas de tratamiento.

OBJETIVO

- Capacitar a maestros y maestras de nivel primario sobre los trastornos depresivos en la infancia, formas de detección, remisión y manejo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar el grado de conocimiento que tienen los maestros y maestras de nivel primario sobre la depresión infantil.
- Establecer para los maestros y maestras un proceso claro y sistemático de detección y remisión de los niños que padecen depresión.
- Facilitar metodologías y estrategias prácticas que sirvan de herramientas a los maestros en el apoyo a niños que presenten este diagnóstico
- Sensibilizar a maestros y maestras acerca de la importancia de enfrentar esta patología.

CONTEXTUALIZACIÓN Y ALCANCE

El grupo al cual está dirigido el Programa de Capacitación es a Maestros y Maestras de nivel primario cuyas instituciones educativas presten interés al bienestar integral del estudiante, es decir, al aspecto intelectual, afectivo, y social.

En la actualidad la educación en el Ecuador busca el perfil de un nuevo maestra o maestro calificado, cuyos rasgos, según expertos y en ejercicio de funciones se fundamentan en el ser humano y en la demandas de la modernidad.

El Maestro o Maestra un profesional, pilar fundamental en el proceso educativo y la problemática a estudiarse. La propuesta está planteada esquemáticamente de tal manera que los y las docentes puedan aprovecharla en su totalidad. Cuenta con un nivel de complejidad teórico dirigido para profesionales de la educación.

La propuesta representa un beneficio directo para los educadores e indirectamente para sus estudiantes, niños y niñas de seis a doce años de edad y por supuesto mantener un proceso de capacitación a maestros favorece el prestigio de una Institución educativa.

HIPÒTESIS

HIPÓTESIS

- ❖ El programa de capacitación permitirá que los maestros y maestras de nivel primario puedan detectar y enfrentar adecuadamente los trastornos depresivos en la infancia.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Capacitación

Capacitación: Proceso continuo de formación en habilidades necesarias sobre depresión infantil. **Categoría:** Detección

Remisión

Manejo

VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de conocimiento sobre la detección, remisión y el manejo de los trastornos depresivos en la infancia.

VARIABLES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS
INDEPENDIENTE: Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico ▪ Ejecución ▪ Evolución 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de los Trastornos depresivos en la infancia. ▪ Etiología ▪ Semiología ▪ Conocimiento sobre las estrategias de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talleres ▪ Observación ▪ Cuestionario
DEPENDIENTE: Conocimiento en detección y manejo de los trastornos depresivos en la infancia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección ▪ Remisión ▪ Manejo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación sistemática ▪ Técnicas de modificación conductual 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta ▪ Bibliográfica ▪ Entrevista

METODOLOGÍA

La propuesta comprende tres actores fundamentales dentro del proceso metodológico, en primera instancia, el o los Facilitadores de la Capacitación, el mismo debe ser un profesional en psicología o en psiquiatría, cuyos estudios e investigaciones se fundamenten en el desarrollo infantil, el segundo actor son los Maestros y Maestras, que son las personas beneficiadas directamente de la capacitación y la temática a tratarse, e indirectamente el tercer actor son los niños y niñas beneficiados con el oportuno apoyo de los seres que guían su desarrollo.

El programa consta de tres fases importantes:

PRIMERA FASE - DIAGNÓSTICA: La cual se fundamenta en evaluar el conocimiento de los maestros acerca de los Trastornos Depresivos en la Infancia, su detección, remisión y manejo dentro del aula, a partir de un cuestionario detenidamente elaborado.

SEGUNDA FASE - EJECUCIÓN: Se basa en la aplicación de cinco talleres dinámicos y vivenciales, especificados detalladamente, tanto a nivel de contenidos, actividades a realizarse, recursos y tiempo necesario; luego de cada taller se desglosan los formatos de los documentos a ocuparse y el CD multimedia de los videos. La duración es de cinco horas diarias, durante una semana seguida.

TERCERA FASE – EVALUACIÓN: Consiste en la verificación de los objetivos planteados, tanto al finalizar la aplicación de los talleres, como también luego de un tiempo prudencial, de igual manera, se evalúan los alcances y beneficios del Programa de capacitación.

PRIMERA FASE

DIAGNÓSTICO

La trascendencia de la formación permanente e integral del Maestro o Maestra es clara y se constituye a partir de las demandas contemporáneas de los estudiantes con el propósito de aportar de manera positiva al desarrollo de los mismos. Los programas de capacitación son un complemento válido para mantener ese proceso de aprendizaje profesional.

En las Instituciones educativas se ha podido evidenciar una falta de conocimiento acerca de los trastornos depresivos en la infancia como poder detectarla tempranamente, remitir apropiadamente y afrontarla dentro del aula. El rol del maestro según varios autores es de moderador, coordinador, facilitador, mediador y un participante más del proceso educativo, para ser eficiente en su desempeño tiene que conocer los intereses de los estudiantes, sus diferencias individuales, las necesidades evolutivas de cada uno de ellos, los estímulos de sus contextos familiares, educativos y contextualizar el apoyo que requiere cada uno, sin importar la asignatura que imparta, ni el nivel de enseñanza, debe tener siempre presente que requiere manejar las destrezas y conocimientos necesarios para aportar en la creación de un entorno seguro ⁶¹.

El capacitar a los maestros sobre los trastornos depresivos en la infancia, requiere en un principio evaluar los conocimientos que los maestros tienen sobre el tema, por lo cual, como parte del programa se entregará un cuestionario para poder aplicarlo a los docentes días anteriores a la aplicación de los talleres y así establecer niveles claros de conocimiento y poder iniciar con la ejecución del programa.

⁶¹ LOPEZ; La gestión de calidad en educación; Ed. La Murralla; Madrid; 1994; pág 26-28.

FORMATO DE EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

CUESTIONARIO DIAGNOSTICO TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA MAESTROS DE NIVEL PRIMARIO

Nombre:

Fecha:

Agradeciéndole de antemano el tiempo prestado en el presente cuestionario, es muy importante lo resuelva en su totalidad y con honestidad, para posteriormente aclarar cualquier duda o inquietud que se pueda presentar.

A.- MARQUE CON UNA "X" LA O LAS RESPUESTAS CORRECTAS.

1.- Conoce usted de que se trata el término: Trastornos Depresivos.

- a) Trastorno afectivo que puede aparecer desde el comienzo de la vida.
- b) Trastorno afectivo que normalmente lo padecen las personas de la Tercera Edad.
- c) Trastorno incurable que requiere necesariamente de ingesta de medicamentos.
- d) Ninguna de las anteriores
- d) No conozco

2.- Las causas o factores de riesgo que pueden provocar la presencia de Trastornos depresivos en la Infancia son:

- a) Antecedentes familiares de depresión
- b) Maltrato o abandono
- c) Pérdida de un ser querido
- d) Otras enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes, hepatitis)
- e) Otros trastornos de la conducta, del aprendizaje o del desarrollo.

- f) Todas las anteriores
- g) Ninguna de las anteriores
- g) No conozco

B.- CONTESTE CON UN SI O CON UN NO SEGÚN CORRESPONDA.

- SI NO** ¿Conocía usted que la depresión según la Organización Mundial de la Salud para el año 2020, ocupará el segundo lugar entre las enfermedades más prevalentes e incapacitantes del mundo?
- SI NO** ¿Las manifestaciones de los síntomas característicos de los trastornos depresivos en su mayoría son los mismos en el niño como en el adulto?
- SI NO** ¿Ha escuchado acerca de la distimia en niños o niñas?

C.- CONTESTE CON VERDADERO (V) O FALSO (F):

- 1.- Los trastornos depresivos únicamente se presentan en adolescentes, adultos y especialmente en personas de la tercera edad. ()
- 2.- La mitad de las muertes en el Ecuador de mujeres entre 10 y 14 años y jóvenes se deben a aspectos relacionados con el suicidio. ()
- 3.- El Maestro puede aportar en el tratamiento de un niño o niña que presente un trastorno depresivo. ()

D.- CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1.- ¿Se considera usted capacitado para detectar a un niño o niña que padezca trastornos depresivos?

- 2.- ¿Qué actitudes o comportamientos de un niño o niña le harían pensar a usted que se trata de un problema de depresión?

3.- ¿Qué acciones usted ejecutaría, si detectara que un estudiante presenta trastornos depresivos? _____

4.- ¿Le gustaría ser parte de un Programa de capacitación acerca de esta temática y por qué?

¡Gracias por su tiempo y sinceridad!

FASE DE EJECUCIÓN

ACTIVIDADES

*“Para aquellos que dedican su vida
a crear un mundo mejor
dando poder a otros”.*
Joseph O’Connor y Jhon Seymour

Se detallaran los talleres dinámicos y vivenciales que serán aplicados durante cinco días seguidos, cinco horas diarias; es decir 25 horas en total. La didáctica de los talleres se fundamenta en un aprendizaje significativo y acelerado que promueva una reprogramación cognitiva en los maestros sobre su concepción sobre la importancia del desarrollo afectivo-emocional de sus estudiantes y la trascendencia de detectar y apoyar a un niño o niña que pueda padecer un Trastorno Depresivo. Los lineamientos teóricos que fundamentan el contenido de cada taller parten del modelo cognitivo – conductual, al igual que sus técnicas de aplicación e interiorización del aprendizaje.

El aprendizaje acelerado nace de una propuesta de desarrollo de competencias llamada Programación Neurolingüística, la misma que presenta raíces de la teoría cognitivo – conductual, brinda varias técnicas para compartir conocimientos y experiencias con otros formadores o profesionales. La Programación Neurolingüística explica que la formación o capacitación es el proceso que amplifica el aprendizaje y proporciona un contexto para el mismo en tres terrenos principales. Primero está el conocimiento y cómo aplicarlo, la segunda categoría el desarrollo de habilidades, la experiencia práctica y por último es el aprendizaje en el plano de los valores y actitudes⁶².

Cabe recalcar que anterior y posterior a la aplicación de los talleres se requiere de una evaluación, cuyo formato se encuentra especificado. Después de cada taller detallado, se encuentran los formatos de los documentos necesarios para la adecuada aplicación de cada taller.

⁶² O’CONNOR, J; SEYMOUR; Programación Neurolingüística para Formadores; Ed. Urano; Argentina; 2003; pág 31.

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA

HISTORIA Y DEFINICIÓN

TALLER No. 1

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICOS	TIEMPO
Presentación del programa y compromiso de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica de presentación grupal. ▪ Presentación del programa. ¿Para que estamos aquí? ▪ Compromiso escrito de trabajo. (Documento 1-A) 	<p>Capacitador (Psicólogo educativo)</p> <p>Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carpeta de trabajo incluye: ✓ Esferos, lápices y marcadores de colores. ✓ Hojas papel bond amarillas ▪ Infocus ▪ Computadora 	45 minutos
Justificación del Programa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación y comentarios del video (dar lo mejor de nosotros) <p>(CD : Documento 1-B)</p>	<p>Capacitador (Psicólogo educativo)</p> <p>Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Infocus ▪ Computadora 	40 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación didáctica y participativa del porqué estamos aquí. ▪ Autorización (Documento 1-C). 			
Trastornos Depresivos en la infancia: Historia y definición.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación didáctica y participativa 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infocus ▪ Computadora ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza. 	45 minutos
	RECESO	RECESO	RECESO	20 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de Gimnasia cerebral (PACE) 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	Botella de agua	15 minutos
Recuperando e interiorizando el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación del significado de Mapas Mentales. ▪ Elaboración de Mapas mentales sobre el tema tratado. (Documento 1-D)	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Colores Marcadores gruesos y finos. 	45 minutos

Etiología de los Trastornos Depresivos en la Infancia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación didáctica y participativa ▪ Análisis grupal de casos que presenten estos factores de riesgos. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infocus ▪ Computadora ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza. 	60 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica de confianza. "Lazarillo y el Ciego" 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pañuelos 	20 minutos
Despejando Dudas y aclarando lo más agradable o sorprendente del taller.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escribe las dudas o confusiones presentadas durante el taller. ▪ Describe la experiencia más agradable o sorprendente del taller. <p>(Documento 1-E)</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Marcadores de colores. 	10 minutos
				TOTAL: 300 minutos / 5 horas

TALLER No.1

FORMATO DEL DOCUMENTO 1-A

MI COMPROMISO DE TRABAJO

- ✚ Una vez iniciado el programa, el participante deberá completarlo hasta su clausura.
- ✚ Es solicitada su participación activa en todas las dinámicas, vivencias y ejercicios.
- ✚ Se solicita al participante aproveche en su totalidad cada taller y trate de disipar todas las dudas que se le puedan presentar.
- ✚ Se requiere que el participante practique las técnicas para obtener un mejor dominio de ellas.
- ✚ No es permitido tener encendido su celular dentro de la sala.

He leído completamente mi compromiso de trabajo y como participante estoy de acuerdo con el mismo.

Nombre y Apellido: _____

Firma: _____

Fecha: _____

TALLER No.1
FORMATO DEL DOCUMENTO 1-B
VIDEO DE SENSIBILIZACIÓN (CD)

El CD contiene tres videos que serán usados durante el Taller No.1 y Taller No.5. Es un CD multimedia y es procesado automáticamente desplegando un menú claro de la información que contiene.

TALLER No.1
FORMATO DEL DOCUMENTO 1-C

AUTORIZACIÓN

*“Para aquellos que dedican su vida
a crear un mundo mejor
dando poder a otros”.*
Joseph O’Connor y Jhon Seymour

Yo _____, me autorizo a estar abierto a aprender y actualizar mis conocimientos, a informarme acerca del tema, seguir investigando, a mantener comunicación abierta, a participar activamente del curso, si fuese necesario, romper esquemas mentales antiguos que interfieren con mi desarrollo profesional, por ende también, el bienestar de mis estudiantes.

Yo, _____, me comprometo con la vida, con mi trabajo, con mi ética profesional y personal y con la satisfacción de entregar todo de mí por el bienestar de mis estudiantes.

¡CREA, SUEÑA, PIENSA Y HAZLO CON EXCELENCIA!

Werner Lange

TALLER No.1

FORMATO DEL DOCUMENTO 1-D

MAPAS MENTALES

El mapa mental es una herramienta que contiene un conjunto de elementos mediante los cuales ayudamos al cerebro a globalizar la información, además de ser un modelo actualizado de aprendizaje acelerado que ofrece nuevas capacidades y habilidades. El mapa mental permite mayor desarrollo de la capacidad de aprendizaje, visión global y memoria para aprovechar el aprendizaje y aplicarlo en su totalidad.

NECESIDADES

- ✚ Una hoja de papel en forma horizontal
- ✚ Usar marcadores de varios colores
- ✚ Escribir solo mayúsculas
- ✚ Palabras clave
- ✚ Hacer dibujos
- ✚ Hacer líneas delgadas o gruesas (unidas)
- ✚ Practicar

TÉCNICAS

- ✚ Elegir el tema
- ✚ Hacer un dibujo característico del tema central
- ✚ Hacer una línea gruesa para el tema principal
- ✚ Ideas secundarias serán marcadas en líneas delgadas
- ✚ La Idea principal debe ir en el centro
- ✚ Seguir la lógica de las manecillas del reloj ⁶³.

⁶³ O'CONNOR, J; SEYMOUR; Programación Neurolingüística para Formadores; Ed. Urano; Argentina; 2003; pág 15.

TALLER No.1

FORMATO DEL DOCUMENTO 1-E

DUDAS Y CONFUSIONES ¿?¿

ESCRIBA LAS DUDAS Y CONFUSIONES QUE HA
TENIDO DURANTE EL PROCESO

¡EXPERIENCIA!

DESCRIBE LA EXPERIENCIA MÁS INTERESANTE DEL TALLER
O LA MÁS SORPRENDENTE

TALLER No. 2
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA
SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO

CONTENIDOS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICO	TIEMPO
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de Gimnasia cerebral (PACE) 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	Botella de agua	15 minutos
Aclarando dudas y confusiones	Foro activo: se despejan las dudas teóricas del taller No.1	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	30 minutos
Dinámica de reflexión	Canto, coreografía y reflexión sobre la canción: Color Esperanza. (Documento 2-A)	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grabadora ▪ Letra de la canción. 	30 minutos
Sintomatología de los	Explicación clara y	Capacitador (Psicólogo educativo)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infocus ▪ Computadora 	35 minutos

Trastornos Depresivos infantiles	participativa sobre la temática.	Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza. 	
Recuperando e interiorizando el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de Mapas mentales sobre el tema tratado. (Documento 1-D)	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Colores Marcadores gruesos y finos. 	35 minutos
	RECESO	RECESO	RECESO	20 minutos
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de relajación. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	Botella de agua	10 minutos
Dinámica de reflexión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Describir de manera escrita una experiencia personal vivida con un estudiante (Documento 2-B). ▪ Compartir experiencias en grupos y llegar a conclusiones. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de papel amarillo ▪ Marcadores ▪ Colores ▪ Esferos 	45 minutos

Diversas modalidades de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación participativa, activa: médica y psicológica 	<p>Psiquiatra Infantil Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infocus ▪ Computadora ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza. 	60 minutos
Dinámica que promueve la atención y concentración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica del semáforo : dos grupos (consiste en levantarse o sentarse de acuerdo al color mencionado) 	<p>Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartulina roja/ verde y amarilla 	10 minutos
Despejando Dudas y describe la experiencia más interesante o sorprendente del taller.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escribe las dudas o confusiones presentadas durante el taller. ▪ Describe la experiencia más interesante o sorprendente del taller. <p>(Documento 1-E)</p>	<p>Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Marcadores de colores. 	10 minutos
				TOTAL: 300 minutos / 5 horas

TALLER No. 2

FORMATO DEL DOCUMENTO 2-A

COLOR ESPERANZA

SÉ QUE HAY EN TUS OJOS CON SOLO MIRAR
QUE ESTAS CANSADO DE ANDAR Y DE ANDAR
Y CAMINAR GIRANDO SIEMPRE EN UN LUGAR

SÉ QUE LAS VENTANAS SE PUEDEN ABRIR
CAMBIAR EL AIRE DEPENDE DE TI
TE AYUDARÁ VALE LA PENA UNA VEZ MÁS

SABER QUE SE PUEDE QUERER QUE SE PUEDA
QUITARSE LOS MIEDOS, SACARLOS AFUERA
PINTARSE LA CARA COLOR ESPERANZA
TENTAR AL FUTURO CON EL CORAZÓN

ES MEJOR PERDERSE QUE NUNCA EMBARCAR
MEJOR TENTARSE A DEJAR DE INTENTAR
AUNQUE YA VES QUE NO ES TAN FÁCIL EMPEZAR

SÉ QUE LO IMPOSIBLE SE PUEDE LOGRAR
QUE LA TRISTEZA ALGÚN DÍA SE IRA
Y ASÍ SERÁ LA VIDA CAMBIA Y CAMBIARÁ

SENTIRÁS QUE EL ALMA VUELA
POR CANTAR UNA VEZ MÁS
VALE MÁS PODER BRILLAR
QUE SOLO BUSCAR VER EL SOL

REFLEXIÓN

RECUERDA CUALQUIER ESPERIENCIA CON UN ESTUDIANTE

QUE VEO Y QUE PIENSO

QUE SIENTO

TALLER No. 3

DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DEL MAESTRO

CONTENIDOS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICO	TIEMPO
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de Gimnasia cerebral (PACE) 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	Botella de agua	15 minutos
Aclarando dudas y confusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Foro activo: se despejan las dudas teóricas del taller No.2 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	25 minutos
Historia del ser maestro.	<ul style="list-style-type: none"> • Remembranza participativa sobre la trascendencia en épocas antiguas del ser maestro. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Música ▪ grabadora ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza ▪ Cartulinas de varios colores que contengan 	35 minutos

			nombres de varios maestros famosos.	
Definición del ser Maestro	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de diversas definiciones de “ser maestro”. • Diferenciación de términos: Docente, pedagogo y maestro. • Escribir y expongan su propia definición de “ser maestros” en una sola palabra. • Se analizará 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra Marcadores o tiza <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartulinas de varios colores que contengan varios significados. ▪ Cinta adhesiva ▪ Música ▪ Grabadora 	50 minutos

	significados escritos en cartulinas de colores y pegados en la pared del salón.			
	<ul style="list-style-type: none"> • Receso 	Receso	Receso	20 minutos
Importancia y trascendencia del “ser maestro”.	<ul style="list-style-type: none"> • Película: • “Ser y tener” un film de Nicolas Philibert, o también, • “Con ganas de triunfar” un film de Ramón Menéndez, o sino puede ser, • Los Coristas” un film de 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Película ▪ Televisión o infocus. 	1 hora y 50 minutos

	<p>Christophe Barratier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre la película. 			
Trascendencia de ser maestro .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de Mapas mentales sobre la trascendencia de ser maestro. <p>(Documento 1-D)</p>	<p>Capacitador (Psicólogo educativo)</p> <p>Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Colores Marcadores gruesos y finos. 	35 minutos
Despejando Dudas y describe la experiencia más interesante o sorprendente del taller.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escribe las dudas o confusiones presentadas durante el taller. ▪ Describe la experiencia más interesante o sorprendente del taller. <p>(Documento 1-E)</p>	<p>Capacitador (Psicólogo educativo)</p> <p>Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Marcadores de colores. 	10 minutos
	▪		▪	TOTAL: 300 minutos

TALLER No. 4

ROL DEL MAESTRO FRENTE A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA

DETECCIÓN Y REMISIÓN

CONTENIDOS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICO	TIEMPO
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de Gimnasia cerebral (PACE) 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	Botella de agua	15 minutos
Aclarando dudas y confusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Foro se despejan las dudas teóricas del taller No.3 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	20 minutos
Maestro: Guía y confianza en el otro.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación y reflexión Dinámica: “Dejarte caer” en parejas. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Música ▪ Grabadora 	20 minutos
Detección: <ul style="list-style-type: none"> • Detección vs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Aclaración de 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o 	25 minutos

Diagnóstico	términos: Detección vs. Diagnóstico		tiza	
<ul style="list-style-type: none"> • Auto-mirada Observación sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un dibujo personal. (Documento 4-A) • Socialización de la dinámica. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas amarillas papel bond ▪ Esferos ▪ Marcadores de colores 	35 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> • RECESO 	RECESO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECESO 	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de detección. ✓ Observación Sistemática ✓ Registro anecdótico. ✓ Para establecer factores de 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de técnicas • Aplicación ficticia de técnicas a partir de ejemplos de casos anónimos. (desarrollado en 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcadores o tiza ▪ Hojas papel bond ▪ Esferos ▪ Marcadores de colores 	60 minutos

<p>riesgo “<i>historia familiar</i>” (general, no requiere mayor profundización, pero sí actualización permanente).</p>	<p>grupo)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de relajación y esparcimiento <p>“Solo aplicando constantemente las técnicas se podrán interiorizar”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción teórica sobre como se debe hacer malabares. • Se práctica malabares. 	<p>Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza ▪ Pelotas pequeñas para malabares. 	<p>20 minutos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada remisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Aclaración de la connotación psicológica de 	<p>Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	<p>30 minutos</p>

	<p>remitir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas: En conjunto con los participantes se crea un guía de pasos para una oportuna remisión. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Remisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociodrama: Entrevista con Padres (análisis y guía sobre el contenido del discurso) 	<p>Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	<p>45minutos</p>
<p>Despejando Dudas y describe la experiencia más interesante o sorprendente del taller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escribe las dudas o confusiones presentadas durante el taller. ▪ Describe la 	<p>Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Marcadores de colores. 	<p>10 minutos</p>

	experiencia más interesante o sorprendente del taller. (Documento 1-E)			
				TOTAL: 300 minutos / 5 horas

TALLER No. 4

Formato del Documento 4-A

AUTO - MIRADA

- ✓ **Elabora un dibujo para cada uno de los aspectos que se presentan a continuación.**

INSTRUCCIONES

- a) Póngase cómodo
- b) Use sólo dibujos
- c) Use al menos tres(colores)
- d) Permita fluir su creatividad**

MIRADAS

- 1.- Lo que espero sacar de este tema es.....
- 2.- Nombre por el cual me agrada que me llamen...
- 3.- Los principios que rigen mi comportamiento son...
- 4.- Lo que deseo brindar de mi es....
- 5.- Soy más creativo o creativa cuando.....
- 6.- Mi mejor idea convertida en algo creativo, original ha sido....
- 7.- Mis hobbies son.....
- 8.- Cuando tengo una idea en mi institución de trabajo.....
- 9.- Mi filosofía se basa en.....
- 10.- Uno de mis modelos a seguir es....
- 11.- Aquí y ahora me siento.....
- 12.- Quiero crecer en.....

TALLER No. 5

ROL DEL MAESTRO FRENTE A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA

APOYO Y MANEJO

CONTENIDOS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICO	TIEMPO
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de Gimnasia cerebral (PACE) 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	Botella de agua	15 minutos
Aclarando dudas y confusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Foro activo: se despejan las dudas teóricas del taller No.3 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	20 minutos
Importancia del trabajo Interdisciplinario.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del Video musical: Orquesta sinfónica y banda del músico: <i>Yanny at the acropolis</i> 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Televisión ▪ DVD o infocus y computadora. ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	20 minutos

Trabajo Interdisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas “Importancia de los Padres, estudiante, Maestros, DOBE, Autoridades, Psicólogo externo y en ocasiones Psiquiatra Infantil” 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza 	
<p>*Reforzamientos Positivos: Actitudinales y verbales (frente a ideas irracionales, visión de túnel, pensamientos automáticos)</p> <p>*Estímulos aversivos y sus consecuencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación sobre los temas. • Dramatización en grupos referente a reforzamientos-positivos y su efecto, como, estímulos aversivos y su efecto. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza ▪ Vestuario diverso (dramatización) 	40 minutos
Reforzamientos Positivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de Mapas mentales sobre la 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Colores 	35 minutos

	trascendencia de ser maestro. (Documento 1-D)		Marcadores gruesos y finos.	
Aprendizaje Social *Por imitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación y reflexión sobre Dinámica del “Espejo” en parejas. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No requiere 	15 minutos
Aprendizaje Social *Por imitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicación teórica de la importancia de la misma. ▪ Aplicación grupal de dinámicas de integración propuesta por los participantes. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o tiza ▪ Pelota, cuerda y tiza. 	60 minutos
Aprendizaje Social *Por imitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación y reflexión sobre Dinámica del “Espejo” en parejas. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No requiere 	15 minutos
Aprendizaje social La importancia del humor dirigido dentro de clase.	<ul style="list-style-type: none"> • Vivenciar el humor y reflexionar sobre sus ventajas: 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Televisión ▪ DVD o infocus y computadora. 	35 minutos

	<p>✓ Video: Capitulo Encanto con humor: Manuel Dario: producido por Les Luthier:</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pizarra ▪ Marcadores o 	
Despejando Dudas y describe la experiencia más interesante o sorprendente del taller.	Exponer y aclarar dudas referentes al apoyo y manejo dentro del aula.	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond amarillas ▪ Marcadores de colores. 	10 minutos
Aprendizaje Social Bandura *Por imitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica del “Imitación de baile” ▪ Baile general a partir de un modelo que se encuentra a vista de todos. 	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Músicaailable ▪ Grabadora 	20 minutos
Resolución de la evaluación final y aclaración del monitoreo que se llevara a cabo.	Resolver el Formato de evaluación final (Documento 5-A).	Capacitador (Psicólogo educativo) Auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas papel bond ▪ Esfero 	15 minutos
Cierre y agradecimientos	Palabras finales de agradecimientos.	Capacitador (Psicólogo educativo)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No requiere 	5 minutos

	Entrega de todos los materiales utilizados en una carpeta, incluida la guía de remisión.	Auxiliar		
				TOTAL: 300 minutos/5 horas TOTAL DEL TALLER: 25 HORAS

TALLER No. 5
Formato del Documento 5-A

EVALUACIÓN

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A MAESTROS DE NIVEL PRIMARIO SOBRE
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA**

Nombre:

Fecha:

Conteste las siguientes preguntas acerca de la temática tratada en la capacitación.

A.- MARQUE CON UNA “X” LA O LAS RESPUESTAS CORRECTAS.

1.- Trastornos Depresivos son:

- a) Trastornos afectivos que puede aparecer desde el comienzo de la vida.
- b) Trastornos afectivos que normalmente lo padecen las personas de la Tercera Edad.
- c) Trastornos incurables que requiere necesariamente de ingesta de medicamentos.
- d) Ninguna de las anteriores
- d) No conozco

2.- Las causas o factores de riesgo que pueden provocar la presencia de Trastornos depresivos en la Infancia son:

- a) Sobreprotección de los Padres.
- b) Dificultades en el desarrollo intelectual.
- c) Dificultades de salud grave.
- d) Deficiencias nutricionales.
- e) Netamente hereditario por tanto ineludible presentarlo.

3- ¿Qué acciones usted ejecutaría, si detectara que un estudiante presenta trastornos depresivos? _____

4.- ¿Qué sugerencias u opiniones podría dar al Programa de capacitación sobre trastornos depresivos en la infancia?

¡Gracias por su tiempo y participación!

EVALUACIÓN

El proceso de evaluación permite verificar la validez del programa, el cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, si los maestros de nivel primario se encuentran capacitados para detectar, remitir y manejar dentro del aula a un niño o niña que presente trastornos depresivos.

Por lo cual al finalizar cada taller los maestros de manera escrita comentan sus apreciaciones sobre las experiencias vividas, también se diseñó un formato de evaluación, para ser aplicado a los maestros al finalizar todos los talleres, y luego para un óptimo monitoreo, después de un tiempo prudencial (alrededor de tres meses), es necesario que los maestros realicen un informe para poder reportar las actividades y experiencias vividas con sus estudiantes, a partir del taller, el mismo que puede ser entregado a las autoridades del plantel para que luego el Capacitador se reúna con ellos y seguir apoyando el proceso.

Es primordial obtener una retroalimentación constante dentro de un programa de capacitación para que el mismo siga enriqueciéndose de sugerencias o experiencias que acrecienten la validez y confiabilidad del mismo.

PRESUPUESTO

(DIRIGIDO A UN GRUPO DE QUINCE MAESTROS)

INSUMOS	COSTOS
Suministros de oficina (Hojas papel bond, hojas de colores, marcadores permanentes, colores, esferos, marcadores de tiza liquida)	\$30
Equipos de Oficina (alquiler o uso Computadora e infocus)	\$70
Televisión y DVD (alquiler o uso)	\$20
Copias de los formatos	\$15
Movilización	\$10
Imprevistos y materiales extras	\$30
TOTAL	\$175

CRONOGRAMA

No.	ACTIVIDAD	MES No.1				MES No.2				MES No.3				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
01	Diagnóstico situacional													
02	Planificación del Proyecto													
03	Entrega del Proyecto													
04	Ejecución del Proyecto													
05	Evaluación del Proyecto													

CONCLUSIONES

Los trastornos depresivos en la infancia son uno de los mayores padecimientos en la actualidad, millones de personas en todo el mundo, sin importar edad, raza, nacionalidad o cultura la padecen, lo preocupante son las estadísticas de su propagación en nuestro país, en Quito, por ejemplo, el Hospital Baca Ortiz especialmente durante los meses de diciembre o julio presenta casos de niños y niñas desde los 4 años hasta los 12 con intentos de suicidio y las estadísticas cada año aumentan vertiginosamente. La detección temprana de factores de riesgo o signos que manifiesten la presencia de este trastorno es esencial para evitar desenlaces trágicos o dificultades en el desarrollo integral en años posteriores del niño o la niña.

La Institución Educativa es un ámbito que debe estar en constante fortalecimiento de sus conocimientos y metodologías debido a la relevancia que tiene en el desarrollo de los y las estudiantes, la escuela es sin duda uno de los lugares propicios para detectar un problema sea de orden emocional, de aprendizaje o conductual, es necesario reiterar que no puede haber un crecimiento institucional si no existe un aprendizaje individual y uno de los objetivos de la formación o capacitación es el de perfeccionar constantemente el rendimiento y entrega del o la docente, a partir de las demandas de la modernidad y la mejora del rendimiento resulta de la obtención de nuevas habilidades o del desarrollo de las ya existentes.

La capacitación significativa a Maestros y Maestras de nivel primario es una herramienta muy útil para abordar temas importantes relacionados con la formación y el bienestar de los niños y niñas, como es en este caso la temática de los trastornos depresivos en la infancia, los cuales bloquean notablemente no solo el aprendizaje de las materias académicas, sino también su desarrollo social.

La investigación teórica ha permitido elaborar un programa de capacitación que promueva el fortalecimiento de los conocimientos de los maestros acerca del tema y las estrategias de apoyo, es decir; una temprana detección, una oportuna

remisión y la aplicación de técnicas que promuevan un adecuado manejo dentro del aula de niños que presente esta patología.

El aplicar el programa constituye una contribución significativa y enriquecedora en la formación profesional de los maestros, ya que las delimitaciones de su evaluación diagnóstica, su ejecución con las actividades dinámicas, vivenciales y detalladas minuciosamente, su evaluación a corto y mediano plazo, por supuesto el monitoreo correspondiente y sus lineamientos teóricos de contenido y aplicación, suscitan cambios cognitivos en la visión de los maestros y maestras acerca de esta problemática, promoviendo así la detección temprana de los niños o niñas que sufran de este trastorno, evitando así un manejo inadecuado, más bien brindando el apoyo correspondiente, en cuanto a remitir apropiadamente y apoyar a la mejora del cuadro clínico del menor.

Se ha evidenciado en múltiples investigaciones que la Capacitación basada en un modelo-cognitivo – conductual y en Programación neurolingüística origina en los adultos un aprendizaje, global, significativo y acelerado, de igual forma sensibiliza al participante sobre la trascendencia de la problemática. Por lo cual Maestros y Maestras de nivel primario que tienen en sus manos la responsabilidad de formar a los niños y niñas en edades muy tempranas saldrán beneficiados del programa.

El Programa de Capacitación a Maestros de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la Infancia es una propuesta abierta al análisis, sugerencias y recomendaciones pertinentes, flexible de ser adaptado a las necesidades, recursos físicos o económicos de las diferentes instituciones educativas.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones oportunas al *Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la infancia* son las siguientes:

- El Programa deberá mantener sus lineamientos teóricos, ya que varias investigaciones corroboran el hecho de que será de mayor beneficio, modelos o conceptualizaciones teóricas que sean comprendidas por las y los maestros en un tiempo prudencial, al igual que presenten el beneficio pertinente y necesario dentro de una institución educativa.
- EL Programa debe enfatizar en la connotación teórica de los trastornos depresivos en la infancia, su historia, definición, etiología, sintomatología, tratamiento y lo primordial su detección temprana, remisión oportuna y manejo dentro del aula.
- La Metodología del aprendizaje, en relación a la aplicación técnica de la propuesta es importante mantener las estrategias de capacitación a nivel de un aprendizaje multisensorial, vivencial, dinámico y significativo para el maestro.
- Crear un entorno adecuado para el aprendizaje de los adultos es esencial debido a que el aprendizaje en edades adultas, como explica la Andragogía, requiere de mayor motivación y perfeccionamiento para poder lograr un proceso de interiorización y sensibilización considerable.
- Las actividades planteadas en el programa deben ser aplicadas en su totalidad, al igual que las actividades complementarias desarrolladas en los

formatos desarrollados. El programa puede tener variaciones en cuanto a los recursos físicos y a las dinámicas, sin embargo, el objetivo de cada una de las dinámicas no puede ser cambiado.

- La evaluación diagnóstica y la evaluación posterior a la ejecución de los talleres, al igual que su monitoreo es primordial para poder alcanzar los objetivos planteados. Para que las y los maestros puedan evidenciar los logros y beneficios alcanzados a partir del programa de capacitación.
- Incentivar la formación continua de las y los educadores y la evaluación de su aplicación en el diario convivir con sus estudiantes es primordial.
- Uno de los propósitos mayores del programa es motivar, incentivar a los educadores a seguir investigando y actualizándose sobre el tema, a nivel de conceptualización y de estrategias de apoyo dentro del aula, fomentando así un beneficio personal, profesional e indirectamente un beneficio invaluable para sus estudiantes.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ PARMELEE, D; Psiquiatría del niño y el adolescente; Harcourt Brace; Madrid; 1990.
- ❖ CASACUBERTA, D; La mente humana, Ed. Océano. España; 2001.
- ❖ DEL BARRIO, M; Psicopatología del niño y del adolescente; Madrid, Ed. Pirámide; 1998.
- ❖ MÉNDEZ, F; El niño que no sonríe; Madrid, Ed. Pirámide; 1998.
- ❖ AJURIAGUERRA, J; MARCELLI, D; Psicopatología del niño; Ed. Masson; Barcelona; 1996.
- ❖ SATTLER, J; Evaluación Infantil; Editorial el Manual Moderno; Bogotá, 1992.
- ❖ LAWRENCE, E; SHAPIRO; La Inteligencia Emocional de los niños; Ed. Xavier Vergara; Buenos Aires; 1998.
- ❖ MATURANA, H; "Emociones y lenguaje en educación y política". Dolmen Ediciones. Santiago de Chile, 1995.
- ❖ PAPALIA, D; WENDKOS, S; Desarrollo humano, Bogotá, Ed. Graw-Hill, 1993.
- ❖ BECK, A; RUSH, J; SHAW, B; EMERY, G; Terapia Cognitiva de la Depresión; Ed. Desclee de Brouwer S. A.; Bilbao; 1983.
- ❖ BURNS, D; Sentirse Bien: Una nueva terapia contra las depresiones; Ed. Paidós Ibérica S.A.; Barcelona; 1990.

- ❖ BURNS, D; Guía de antidepresivos de Sentirse Bien; Ed. Paidós Ibérica S.A.; Barcelona; 2001.
- ❖ BLEICHMAR, H; La Depresión un estudio psicoanalítico; Ed. Nueva Visión; Buenos Aires; 1994.
- ❖ WOOLFFOLK, A; Psicología Educativa, Ed. Prentice Hall; México; 1999.
- ❖ LOPEZ DE BERNAL, M; GONZÁLEZ MEDINA, M; Inteligencia Emocional; Ed. Gamma; Colombia; 2003.
- ❖ SHAPIRO, L; La inteligencia emocional de los niños; Ed. Javier Vergara Editor; Buenos Aires; 2000,
- ❖ V.V.A.A; D; Diccionario Océano; Océano grupo Editorial S.A.; Barcelona; 1998.
- ❖ MORIN E; Los 7 saberes necesarios para la educación del futuro; Santillana; Ecuador; 2003
- ❖ LOPEZ; La gestión de calidad en educación; Ed. La Murralla, Madrid, 1994
- ❖ YANKURA, J; DRYDEN, W; Terapia conductual racional emotiva; Ed. Desclée De Drouwer, España, 2000.
- ❖ BECK; A; Terapia cognitiva de la depresión; Ed. Desclée De Drouwer, España, 2002.
- ❖ BRIONES, G; Preparación y evaluación de proyectos educativos; Ed. Guadalupe Ltda., 1995.

- ❖ O'CONNOR, J; SEYMOUR; Programación Neurolingüística para Formadores; Ed. Urano; Argentina; 2003

INTERNET:

- [www.Psiquiatria.com /](http://www.Psiquiatria.com/)
<http://usuarios.lycos.es/punyodevista/Pr/tema38.html> ; Febrero 2004.
- www.Psiquiatria.com/ <http://psiquiatria.com/articulos/trastornos infantiles/otros trastornos/7370>; Febrero 2004.
- Dr. Paulino Castells; La depresión: triste epidemia del siglo XXI; Revista electrónica Universitat Abat Oliba CEU,
http://revista.abatoliba.edu/?id=8_depresion; Noviembre 2006.
- EUROPA PRESS; noticias del;
<http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/28426/> ; Octubre 2006
- Lic. Rivadeneira Carmela, Lic. Minici Ariel y Lic. Dahab José; La Terapia Cognitivo Conductual; Ensayo; From the World Wide Web:
<http://www.CETECIC-Terapia Cognitivo Conductual.htm> ;Septiembre 2006
- [www. Psicoterapiabreve.com](http://www.Psicoterapiabreve.com/); <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/que.htm>, Octubre 2006.
- Montenegro, H; Depression in childhood and adolescence;
<http://bases.bireme.br/cgi> ; Biblioteca Virtual em saúde: LILACS; Julio 2005.

- Lic. Rivadeneira Carmela, Lic. Minici Ariel y Lic. Dahab José; La Terapia Cognitivo Conductual; Ensayo; From the World Wide Web: <http://www.CETECIC-Terapia Cognitivo Conductual.htm>; Septiembre 2006
- [www. Psicoterapiabreve.com](http://www.Psicoterapiabreve.com); <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/que.htm>, Octubre del 2006.
- MFIII of Switzerland; http://mf3la.com/depression/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=42; Enero del 2006
- <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>; Julio 2007
- <http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/tratamientos/34121/>? ; Julio 2007
- Dr. Julio Obst Camerini I C.A.T.R.E.C; Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductua;www.catrec.org/index.htm; Febrero 2007.
- <http://www.pnlnet.com/z/queesaprend>; Septiembre 2007
- Dr. SARACENO; B; Simposio internacional sobre trastornos depresivos (OMS), Ensayo; From de World Wide Web: [www. psiquatría.com](http://www.psiquatria.com); Abril del 2004.
- LA PROVINCIA (Las Palmas), www.psiquiatria.com ; <http://www.psiquiatria.com/noticias/trastornos infantiles/t del estado de animo/33762> ; Enero 2007.
- Aprendizaje Social; www.espaciologopedico.com; <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?id=158>; Diciembre 2007.

- <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040820232545.html> Noviembre 2007

- http://www.elcomercio.com/noticiaEC.asp?id_noticia=150469&id_seccion=8; Noviembre 2007

- <http://www.sanjuandelurigancho.com/noticias/reportaje.asp?id=7>
Noviembre 2007

ANEXOS

HOJA DE SUGERENCIAS

TÍTULO: Propuesta de un Programa de Capacitación a Maestros y Maestras de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la infancia

Autora: Ana Gabriela Vivanco V.

Fecha de la revisión: _____

REVISADO POR: _____

PROFESIÓN _____

Sírvase contestar las siguientes preguntas con una X sobre la respuesta:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1.- ¿Cree que el programa cumple el objetivo planteado? | SI | NO |
| 2.- ¿Las actividades propuestas para los docentes promueven un proceso de interiorización y sensibilización acerca del tema? | SI | NO |
| 3.- ¿Las actividades propuestas son dinámicas y variadas? | SI | NO |
| 4.- ¿Se muestra el programa debidamente organizado, con una complejidad clara dirigida a maestros | SI | NO |
| 5.- ¿Son comprensibles las fases del programa y su contenido? | SI | NO |
| 6.- ¿El sistema de evaluación es factible de aplicar? | SI | NO |

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS A LA PROPUESTA:

FIRMA DEL PROFESIONAL

HOJA DE SUGERENCIAS

TITULO: Propuesta de un Programa de Capacitación a Maestros de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la infancia

Autora: Ana Gabriela Vivanco V.

Fecha de la revisión: 18 de Diciembre

Revisado por: Margarita Sevilla

Profesión: Educadora y Coordinadora académica

Sírvase contestar las siguientes preguntas con una X sobre la respuesta:

- 1.- ¿Cree que el programa cumple el objetivo planteado? SÍ NO
- 2.- ¿Las actividades propuestas para los docentes promueven un proceso de interiorización y sensibilización acerca del tema? SÍ NO
- 3.- ¿Las actividades propuestas son dinámicas y variadas? SÍ NO
- 4.- ¿Se muestra el programa debidamente organizado, con una complejidad clara dirigida a maestros SÍ NO
- 5.- ¿Son comprensibles las fases del programa y su contenido? SÍ NO
- 6.- ¿El sistema de evaluación es factible de aplicar? SÍ NO

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS A LA PROPUESTA:

Nos parece un taller muy interesante y necesario para nuestro trabajo de guía y ayuda para nuestros niños y su desarrollo emocional.

Margarita Sevilla

FIRMA DEL PROFESIONAL

HOJA DE SUGERENCIAS

TITULO: Propuesta de un Programa de Capacitación a Maestros de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la infancia

Autora: Ana Gabriela Vivanco V.

Fecha de la revisión: 21 de Diciembre del 2007

Revisado por: Paola Tobar ; Jefe de desarrollo humano

Profesión: Ilstr. Psicología Industrial y Organizacional.

Sírvase contestar las siguientes preguntas con una X sobre la respuesta:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| 1.- ¿Cree que el programa cumple el objetivo planteado? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2.- ¿Las actividades propuestas para los docentes promueven un proceso de interiorización y sensibilización acerca del tema? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3.- ¿Las actividades propuestas son dinámicas y variadas? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4.- ¿Se muestra el programa debidamente organizado, con una complejidad clara dirigida a maestros | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5.- ¿Son comprensibles las fases del programa y su contenido? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6.- ¿El sistema de evaluación es factible de aplicar? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS A LA PROPUESTA :

Es necesario profundizar durante los talleres, en conjunto con los maestros sobre la temática, para que de ellos salga las propuestas estratégicas dentro del aula y así promover el seguir autoformandose.

FIRMA DEL PROFESIONAL

HOJA DE SUGERENCIAS

TITULO: Propuesta de un Programa de Capacitación a Maestros de nivel primario sobre Trastornos Depresivos en la infancia

Autora: Ana Gabriela Vivanco V.

Fecha de la revisión: 26 DE DICIEMBRE DEL 2007

Revisado por: RAÚL CASTRO ANDRADE

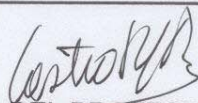
Profesión: LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Sírvase contestar las siguientes preguntas con una X sobre la respuesta:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| 1.- ¿Cree que el programa cumple el objetivo planteado? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2.- ¿Las actividades propuestas para los docentes promueven un proceso de interiorización y sensibilización acerca del tema? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3.- ¿Las actividades propuestas son dinámicas y variadas? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4.- ¿Se muestra el programa debidamente organizado, con una complejidad clara dirigida a maestros | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5.- ¿Son comprensibles las fases del programa y su contenido? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6.- ¿El sistema de evaluación es factible de aplicar? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS A LA PROPUESTA :

VALE RECORDAR QUE LA EVALUACIÓN DEBE SER CONSTANTE Y LO MÁS OBJETIVA POSIBLE, EN ESTE SENTIDO DARLE UNA MAYOR IMPORTANCIA REALIZANDO UN SEGUIMIENTO Y MONITOREOS AJEQUADOS AL PROGRAMA.



FIRMA DEL PROFESIONAL

FORMATO DE EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

CUESTIONARIO DIAGNOSTICO TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA MAESTROS DE NIVEL PRIMARIO

Nombre: Patricia Lazo

Fecha: 7 Febrero 2008

Agradeciéndole de antemano el tiempo prestado en el presente cuestionario, es muy importante lo resuelva en su totalidad y con honestidad, para posteriormente aclarar cualquier duda o inquietud que se pueda presentar.

A.- MARQUE CON UNA "X" LA O LAS RESPUESTAS CORRECTAS.

1.- Conoce usted de que se trata el término: Trastornos Depresivos.

- a) Trastorno afectivo que puede aparecer desde el comienzo de la vida.
- b) Trastorno afectivo que normalmente lo padecen las personas de la Tercera Edad.
- c) Trastorno incurable que requiere necesariamente de ingesta de medicamentos.
- d) Ninguna de las anteriores
- d) No conozco

2.- Las causas o factores de riesgo que pueden provocar la presencia de Trastornos depresivos en la Infancia son:

- a) Antecedentes familiares de depresión
- b) Maltrato o abandono
- c) Pérdida de un ser querido
- d) Otras enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes, hepatitis)
- e) Otros trastornos de la conducta, del aprendizaje o del desarrollo.

3.- ¿Qué acciones usted ejecutaría, si detectara que un estudiante presenta trastornos depresivos?

Reportar al DOBE y hablar con padres buscando más fuentes de juicio, luego en conjunto buscar una correcta vía de ayuda al niño

4.- ¿Le gustaría ser parte de un Programa de capacitación acerca de esta temática y por qué?

Por supuesto, ya que al ser un mal que va prudo más común es indispensable capacitarse para ayudar a detectarlo a tiempo

¡Gracias por su tiempo y sinceridad!

17

TALLER No. 5
Formato del Documento 5-A

EVALUACIÓN
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A MAESTROS DE NIVEL PRIMARIO SOBRE
TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA

Nombre: Patricia Larco Fecha: Febrero 2008

Conteste las siguientes preguntas acerca de la temática tratada en la capacitación.

A.- MARQUE CON UNA "X" LA O LAS RESPUESTAS CORRECTAS.

1.- Trastornos Depresivos son:

- a) Trastornos afectivos que puede aparecer desde el comienzo de la vida.
- b) Trastornos afectivos que normalmente lo padecen las personas de la Tercera Edad.
- c) Trastornos incurables que requiere necesariamente de ingesta de medicamentos.
- d) Ninguna de las anteriores
- d) No conozco

2.- Las causas o factores de riesgo que pueden provocar la presencia de Trastornos depresivos en la Infancia son:

- a) Sobreprotección de los Padres.
- b) Dificultades en el desarrollo intelectual.
- c) Dificultades de salud grave.
- d) Deficiencias nutricionales.
- e) Netamente hereditario por tanto ineludible presentarlo.

3- ¿Qué acciones usted ejecutaría, si detectara que un estudiante presenta trastornos depresivos? Presentar la inquietud al DOBE,
autoridades y conjuntamente con padres
buscar un adecuado camino de ayuda

4.- ¿Qué sugerencias u opiniones podría dar al Programa de capacitación sobre trastornos depresivos en la infancia?

El tema fue muy interesante y práctico, con
parámetros claros y puntuales para que la información
llegue rápido y precisamente.

Gracias a ustedes ¡Gracias por su tiempo y participación!
por compartir y ayudar a mejorar nuestra
labor.

INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "BACA ORTIZ" DURANTE DOS AÑOS

Marcia Hidalgo¹

RESUMEN

Se presenta un estudio de los niños que acudieron al Hospital de Niños "Baca Ortiz" por intento de suicidio, en el período comprendido entre enero de 1993 y diciembre de 1995. Fueron en total veinte y cinco casos cuya edad fluctuó entre los 9 y 14 años de edad, con un notable predominio de los casos femeninos -19- y evidenciándose en casi toda la casuística, antecedente de maltrato físico en varias de sus formas. Notable referencia fue que entre 1975 y 1991 se registraron en el Hospital, cinco casos de la misma causa de consulta.

Palabras clave: intento de suicidio, niños, maltrato infantil.

SUMMARY

Present study covers medical attention at "Baca Ortiz" Children Hospital to children who attempted to commit suicide, within period going from January 1993 through December 1995. There was a total of 25 cases whose age fluctuated between 9 through 14 years old, showing a remarkable prevalence of female cases -19- and being evident in the whole casuistry that previous physical abuse was present in its several forms. It is important to mention that from 1975 through 1991 five cases were registered at the Hospital for the same reason.

Key words: attempted suicide, children, abuse.

INTRODUCCION

La conducta suicida es uno de los enigmas de la vida humana. La persona que atenta contra su vida conoce muy poco sus propios motivos para autodestruirse; normalmente el ser humano está orientado hacia la vida. Por otra parte ¿qué niño no sueña con ser grande, independiente y valioso, alguna vez? Este acontecimiento es para los niños, un encantador misterio y lo llevan con un positivo deseo de vivir, aun los niños más desventurados. Siendo así, el suicidio en los niños debe conmover al máximo a la conciencia humana y demanda ur-

gentes y efectivas respuestas de quienes de una u otra manera velan por la salud de los niños. Sin embargo, contemplamos como paulatinamente este trágico suceso se multiplica. Descubrir sus causas, encontrar una ley para orientar a padres y niños es el objetivo del presente artículo.

MATERIALES Y METODOS

Se estudian en el período comprendido entre enero de 1993 hasta diciembre de 1995 a los niños hospitalizados en el Hospital de Niños "Baca Ortiz", por intento de suicidio; se escogen deliberadamente diez parámetros que identifiquen a cada caso. Estos parámetros son: edad, escolaridad, factores precipitantes, aviso suicida, número de tentativas suicidas anteriores, antecedentes psicopatológicos en la familia y la intención de buscar la muerte. Los resultados obtenidos se muestran en el Cuadro 1.

¹ Médica Paído-psiquiatra, Hebiatra
Tratante, Hospital de Niños "Baca Ortiz"

Correspondencia:
Hospital de Niños "Baca Ortiz"
Avdas. 6 de Diciembre y Colón s/n
Quito - Ecuador

DISCUSION

De acuerdo a Mardomingo¹ configuramos el concepto de conducta suicida en la infancia y la adolescencia, en torno a cuatro variantes: suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza del suicidio e ideación suicida.

El suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por niños y jóvenes que consiguen su propia muerte. De acuerdo al literal significado de esta definición parecería fácil el diagnóstico de suicidio, pero la práctica nos ha enseñado lo contrario, ya que el laboratorio entre acto suicida, acto accidental, imprudencia o conducta temeraria, no siempre se consigue.

La tentativa, intento de suicidio o parasuicidio, se refiere a todo acto realizado por los niños que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de manera deliberada contra sí mismo.

La ideación suicida incluye pensamientos inespecíficos referentes al escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas.

Seguindo a Mardomingo, debemos tomar en cuenta que:

El suicidio en la infancia y la adolescencia no es un proceso psicopatológico, sino una conducta.

Es una conducta voluntaria y con plena conciencia del individuo.

La mayoría de análisis y autores, revelan que en la infancia y la adolescencia, la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación, amenaza, posibles tentativas y finalmente consumir el suicidio.

EPIDEMIOLOGIA

Por varias razones, la prevalencia de la conducta suicida es hasta hoy poco fiable, por ejemplo, en la mayoría de hospitales muchos intentos de suicidio se registran como accidentes o intoxicaciones. De este antecedente surge la relatividad de las conclusiones en este campo.

En el Hospital "Gregorio Marañón" de Madrid se contabilizaron 55 casos de intento de suicidio en niños de hasta 16 años desde 1983 a 1987. Luego, entre 1988 y 1992 fueron 117 casos que representa el doble del cuatrienio anterior. Estos estudios realizados por Mardomingo y Artelina², más allá de su significación estadística, evidenció un paulatino descenso de la edad del suicida.

En los Estados Unidos la conducta autodestructiva y suicida en adolescentes es uno de los mayores problemas de salud pública; el porcentaje de este hecho se ha triplicado entre 1950 y 1980, siendo más dramática la frecuencia elevada en blancos. Según Hoberman y Garfürkel, el suicidio consumado en adolescentes es más frecuente en varones que en mujeres en relación de 4 a 1. Pero otros reportajes³ revelan según datos de 73 países, de los cuales 14 eran países latinoamericanos y de Asia, los porcentajes eran equivalentes entre los 2 sexos, lo que sugiere influencias culturales.

PAATOGENIA

¿Cómo llega el niño a tener un concepto de la muerte? Difícil responder a esta interrogación.

En la actualidad, muchos niños no experimentan visualmente esta parte cíclica de la vida como en épocas anteriores; los asilos, el mismo abandono, influyen en esta circunstancia. En general para los niños, la muerte no es vista como un inevitable fin de su existencia⁴ pero de alguna manera, la muerte forma parte integral del psiquismo del niño en desarrollo, aunque sin la angustia o significado que tiene para el adulto.

Freud por su parte expresó que sólo los niños inflingen la restricción de no hablar de la muerte del semejante y se amenazan sin reparo unos a otros, con la posibilidad de morir e incluso llegan a enfrentar con la muerte a aquella persona que más aman: querida mamá, cuando te mueras yo seré esto o lo otro⁵. El niño en su primer semestre de vida no manifiesta donde acaba él y donde comienza el otro, en su segundo semestre, siente ansiedad cuando su madre se aleja y así aprende medidas consoladoras en la ausencia, puesto que asume que ya no volverá. Cuando reaparece la madre aprende en experiencias sucesivas el significado de presencia y ausencia⁶.

Al cursar su segundo año el niño explora a través de sus capacidades motrices, a partir del segundo año aumenta su motricidad e invitación y va incrementando su autonomía y separación que se evoluciona en la adolescencia hasta la madurez adulta⁷.

Entre los tres y seis años es más sociable y exhibe el grandioso mundo de la fantasía a través de juegos simbólicos, a esta etapa sabe de la muerte al constatar la muerte de los perritos o similares y por esta vía se inicia la asociación de muerte con mutilación y angustia⁷.

Mostrarle al niño la separación es intolerable y la asocia con la muerte, grita y se negativiza rechazando la comida, por ejemplo.

El niño preescolar conceptualiza la muerte como una simple merma de vitalidad que puede ser interrumpida al igual que el sueño. Su comportamiento mágico le lleva a confundir realidad y fantasía por lo que la muerte del abuelo, mascota o amigo a lo mejor asocia como resultado de sus deseos y entra en depresión y sentimientos de culpa⁸.

Es clásico en el niño de cinco años, impotente a la presencia de su madre que todo le niega, desea que ella desaparezca o muera. A los 6 años cree en el retorno de los desaparecidos y reacciona ante la muerte posible de la madre, sin pensar en la posibilidad de su propia muerte. A los 7 años el niño piensa en la muerte como una clara experiencia de la vida humana. Reación a los 8 es capaz de admitir su propia muerte y a los 9 acepta que todos, algún día, tenemos que morir.

Por cierto, estos sucesos no son así exactamente como se describen y suceden en todos los niños, pero aproximadamente es lo más general. Algunos investigadores han expresado que las 2 terceras partes de los niños entre 5 y 10 años de edad, personifican la muerte como causas de experiencia propia o con una persona muerta. "La muerte es invisible pero acecha escondida en la noche especialmente en lugares llenos de cadáveres como los cementerios"⁹.

En nuestra experiencia hospitalaria, para los niños hospitalizados el tratamiento médico, su enfermedad o la muerte, son castigos por sus malas acciones, sobre todo con sus padres. Entre los 6 y 12 años el niño se angustia por su integridad, su funcionamiento y la

posibilidad de morir. A partir de los 10 años un niño puede comprender claramente la significación de la muerte y su universalidad, y el adolescente reacciona ante la muerte igual que el adulto, pero mucho más sentimentalizado¹⁰.

El adolescente piensa en su propia muerte y lucha en contra de las emociones que esto le produce. "La muerte de un compañero es para el adolescente una violenta reafirmación de su propia mortalidad"¹⁰.

FACTORES DE RIESGO

Desórdenes psiquiátricos, psicosociales y biológicos, están agrupados. Entre los primeros están los afectivos, sociopáticos, personalidad límite, drogas, alcohol y trastornos de conducta. De los psicosociales destacan el stress prolongado, pérdidas, abuso físico o sexual, proceso escolar, familias caóticas o conflictivas. Brend¹¹, Grossman¹², sugieren la existencia de factores genéticos y biológicos para el comportamiento autodestructivo y suicida y para muchos autores¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶, la depresión es quizá el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en los adolescentes que atentan contra su vida.

La ideación suicida es de gran importancia en la depresión que conduce al suicidio, Beck sugiere que el pensamiento suicida es el resultado de serios errores cognitivos resultantes de la enfermedad depresiva, para Scheidman¹⁷ esta ideación proviene de la reducida capacidad para racionalizar problemas, "un efecto de túnel en la visión de la resolución de los problemas".

Friedman¹⁸ reportó gran importancia en intento de suicidio, desórdenes afectivos, mientras que Shaffi y cols.¹⁹ destacaron la depresión como móvil principal. No es fácil distinguir depresión de conducta de los adolescentes la depresión en adolescentes se caracteriza, sobre todo en varones, por irritabilidad, comportamiento antisocial y agresividad, mientras que los adultos cursan con tristeza, desmotivación, disturbios del sueño y del apetito, falta de concentración, fatiga¹¹⁻²⁰.

Desórdenes de conducta: en los adolescentes, los trastornos del comportamiento, delincuencia, despreocupación y descuido de sí mismos, se asocian fácilmente conductas suicidas²¹⁻²².

Abuso de sustancias: el aumento de consumo de droga y alcoholismo ha sido asociado al aumento de conductas suicidas y más que nada en los consumados²³⁻²⁴

HISTORIA FAMILIAR

Friedman¹⁸ ha identificado tendencia familiar importante, lo que representaría a factores predisponentes, todos así mismo frecuentes a los miembros de la familia: depresión, stress, padres en conflicto, muerte de los progenitores y otros. *

ACONTECIMIENTOS EXISTENCIALES TRAUMATICOS

Se trata de una vida caótica, con incidentes comunes a sus padres, generalmente son adolescentes vulnerables, la sexualidad sobre todo no ha tenido una conducta exitosa. La conducta suicida en estos casos es frecuente²⁵. Además, el homosexualismo se suma a estos casos y en ellos la conducta suicida es alta²⁶. Extracciones como ser excluido del equipo deportivo, embarazos no deseados se suman en esta instancia.

HISTORIA DE ABUSO

El maltrato físico y abuso sexual se liga fácilmente a niños y adolescentes suicidas, y curiosamente, los niños abusados tienen tendencia a ser nuevamente abusados en su adolescencia²⁶.

Un estudio realizado en adolescentes abusados usualmente, demostró que el 24% de hombres y 10% de mujeres de esta casuística habían tenido cuatro o más intentos de suicidio²⁷.

FACTORES BIOLÓGICOS

Se sugiere el aumento en la actividad del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal y el desequilibrio en el metabolismo de serotonina y elementos noradrenérgicos. También ha sido estudiado el rol de las aminas bigénicas en el desarrollo de la depresión y la conducta suicida, los niveles bajos del ácido 5-hidroxi-indoleacético en el líquido céfalo raquídeo en deprimidos suicidas²⁸⁻²⁹. De igual manera, estudios de serotonina en las plaquetas, así como niveles de serotonina en los receptores cerebrales post mortem, han evidenciado disminución de la actividad serotoninérgica³⁰. Os-

troff³¹ por su parte ha identificado en los individuos violentos baja de epinefrina a partir de norepinefrina.

A partir de estos análisis, observamos en el presente estudio que el método que prioritariamente emplean los sujetos de nuestro estudio, para terminar con sus vidas, es el uso de medicamentos y tóxicos (23 casos). Una niña se lanzó desde el tercer piso de una casa y otro trató de ahorcarse colgándose de un árbol.

Entre los factores de riesgo que condujeron a nuestros pacientes hacia la conducta suicida, los mejor conocidos son las causas precipitantes que son de gran complejidad y que en la mayor parte de veces interactúan entre sí. En nuestro estudio encontramos que el maltrato físico fue el precipitante en la mayoría de los casos.

El abuso sexual actuó como factor predisponente en seis casos de la muestra, siendo uno de los niños agredidos, de sexo masculino. Los hogares desorganizados, los conflictos familiares y sobre todo el abandono del hogar por parte del padre, que en la mayoría de casos lo hace por tener otra pareja, fue un factor importante en la conducta suicida de cinco niños. El mal rendimiento escolar fue la razón para que uno de los niños trate de privarse de la vida. por último, la muerte de un familiar cercano y con gran significado afectivo para el paciente, precipitó la conducta autodestructiva en tres de los niños de este estudio. Debo mencionar que en la mayoría de los casos se suman dos o tres de los factores predisponentes para la conducta suicida.

Uno de los temas más difíciles y al mismo tiempo más importantes de valorar y de conocer, son los avisos pre-suicidas, ya que en muchos individuos estos avisos tienen una significación negativa. En nuestro estudio, solamente una niña dio a conocer sus intenciones.

En lo que se refiere a la existencia de tentativas suicidas anteriores, doce de los niños de la muestra, tuvieron de uno a tres intentos previos en un lapso de pocas horas a un año antes del atentado que es causa de su hospitalización.

En el estudio de los antecedentes de suicidalidad en las familias de los niños estudiados, en una de estas familias encontramos una persona con un suicidio consumado y otros miembros de la misma familia con suicidios frustrados y en otra familia

RESULTADOS

Cuadro 1
NIÑOS CON INTENTO DE SUICIDIO - PERIODO 1993 - 1995
HOSPITAL DE NIÑOS "BACA ORTIZ"

EDAD (años)	SEXO	ESCOLARIDAD	TECNICA SUICIDA	FACTORES PRECIPITANTES	AVISO PRE-SUICIDA	TENTATIVAS SUICIDAS ANTERIORES	ANTECEDENTES SUICIDAS FAMILIARES	ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS DE LA FAMILIA	INTENCIONALIDAD DE MUERTE
13	F	2 sec	Fósforo inorgánico (diabillios)	Muerte de abuela paterna		1		Padre, tío y abuelo paternos bebedores excesivos	Si
14	M	1 sec	Epamín	Maltrato físico		1		Padre bebedor excesivo	Si
11	F	2 pri	Ventolín	Padre abandona el hogar				Madre mongololide	Si
11	F	3 pri	Garrapaticida	Padre abandona el hogar	1	1	Tío materno (+) Primo paterno Madre	Padre bebedor excesivo	Si
11	F	6 pri	Diazepan	Abuso sexual				Madre Psicosis Maníaco Depresiva Abuela materna Depresión Mayor Hermano violador	Si
11	F	6 pri	Insecticida	Muerte de hermano menor		1		Padre bebedor excesivo	Si
9	F	3 pri	Naprosin	Maltrato físico			Tío paterno	Abuelo materno bebedor excesivo	Si
12	F	6 pri	Insecticida	Padre abandona el hogar				Padre bebedor excesivo	Si
12	M	1 sec	Fenobarbital	Padre abandona el hogar		2		Padre bebedor excesivo	Si
11	F	5 pri	Raticida	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
13	F	6 pri	Raticida	Maltrato físico				Padre bebedor excesivo	Si
12	M	6 pri	Aspirina	Maltrato físico				Padre bebedor excesivo	Si
13	M	5 pri	Carbamacepina	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
11	F	6 pri	Aspirina	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
10	F	5 pri	Insecticida	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
13	F	1 sec	Somese	Mal rendimiento escolar		1		Padre bebedor excesivo	No
13	F	2 sec	Fósforo inorgánico (diabillios)	Maltrato físico / muerte una amiga		3		Padre bebedor excesivo	Si
12	F	3 pri	Anacin	Maltrato físico				Padre violador (cárcel) Madre con sicosis	Si
13	F	6 pri	Garrapaticida	Padre abandona hogar				Padre bebedor excesivo	Si
11	F	2 pri	Salto de tercer piso	Maltrato físico					No
14	F	3 sec	Raticida	Maltrato físico				Padre bebedor excesivo	Si
8	F	2 pri	Aspirina	Abuso sexual, padres divorciados				Padre bebedor excesivo	Si
12	M	6 pri	Se colgó de un árbol	Madre murió hace un año padre sin trabajo				Padre bebedor excesivo	Si

RESULTADOS

Cuadro 1
NIÑOS CON INTENTO DE SUICIDIO - PERIODO 1993 - 1995
HOSPITAL DE NIÑOS "BACA ORTIZ"

EDAD (años)	SEXO	ESCOLARIDAD	TECNICA SUICIDA	FACTORES PRECIPITANTES	AVISO PRE-SUICIDA	TENTATIVAS SUICIDAS ANTERIORES	ANTECEDENTES SUICIDAS FAMILIARES	ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS DE LA FAMILIA	INTERCOMUNICACIÓN DE MUJERTE
13	F	2 sec	Fósforo inorgánico (diabillios)	Muerte de abuela paterna		1		Padre, tío y abuelo paternos bebedores excesivos	Si
14	M	1 sec	Epamín	Maltrato físico		1		Padre bebedor excesivo	Si
11	F	2 pri	Ventolín	Padre abandona el hogar				Madre mongololide	Si
11	F	3 pri	Garrapaticida	Padre abandona el hogar	1	1	Tío materno (+) Primo paterno Madre	Padre bebedor excesivo	Si
11	F	6 pri	Diazepan	Abuso sexual				Madre Psicosis Maníaco Depresiva Abuela materna Depresión Mayor Hermano violador	Si
11	F	6 pri	Insecticida	Muerte de hermano menor		1		Padre bebedor excesivo	Si
9	F	3 pri	Naprosin	Maltrato físico			Tío paterno	Abuelo materno bebedor excesivo	Si
12	F	6 pri	Insecticida	Padre abandona el hogar				Padre bebedor excesivo	Si
12	M	1 sec	Fenobarbital	Padre abandona el hogar		2		Padre bebedor excesivo	Si
11	F	5 pri	Raticida	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
13	F	6 pri	Raticida	Maltrato físico				Padre bebedor excesivo	Si
12	M	6 pri	Aspirina	Maltrato físico				Padre bebedor excesivo	Si
13	M	5 pri	Carbamacepina	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
11	F	6 pri	Aspirina	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
10	F	5 pri	Insecticida	Abuso sexual		1		Padre bebedor excesivo	Si
13	F	1 sec	Somese	Mal rendimiento escolar		1		Padre bebedor excesivo	No
13	F	2 sec	Fósforo inorgánico (diabillios)	Maltrato físico / muerte una amiga		3		Padre bebedor excesivo	Si
12	F	3 pri	Anacin	Maltrato físico				Padre violador (cárcel) Madre con sicosis	Si
13	F	6 pri	Garrapaticida	Padre abandona hogar				Padre bebedor excesivo	Si
11	F	2 pri	Salto de tercer piso	Maltrato físico					No
14	F	3 sec	Raticida	Maltrato físico				Padre bebedor excesivo	Si
8	F	2 pri	Aspirina	Abuso sexual, padres divorciados				Padre bebedor excesivo	Si
12	M	6 pri	Se colgó de un árbol	Madre murió hace un año padre sin trabajo				Padre bebedor excesivo	Si

tuvimos un tío paterno de uno de los niños con un suicidio frustrado.

Al analizar los antecedentes psicopatológicos de las familias de estos niños, se encontró con asombro, que en veinte y uno de los veinte y cinco casos, el padre bebía con exceso, es decir, de una a tres veces por semana. Por otro lado, en uno de los casos tuvimos una madre mongoloide; en una familia tuvimos un padre que se encuentra recluido en una cárcel acusado de ser un violador y, por último, encontramos una familia con serios problemas en su salud mental, ya que la madre de la niña en estudio tiene una psicosis maniaco-depresiva, la abuela materna con depresión mayor, un hermano de 24 años es el violador de la paciente y el padre es un bebedor excesivo.

Cuando se realizó la investigación sobre la intencionalidad de la conducta suicida fue muy doloroso conocer que veinte y tres de los veinte y cinco niños de la muestra tenían muy claro y enfático el deseo de morir con la intención de que termine "por fin su sufrimiento".

Agradecimiento: a mis pacientes que me aleccionaron con su dolor y su esperanza.

BIBLIOGRAFIA

- Mardomingo MJ.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Diaz de Santos, 1994.
- Mardomingo y Catalina: Los intentos de suicidio. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Jaime Rodríguez Sacristán, Tomo 1, Capítulo 32. Universidad de Sevilla, 1995.
- Barracough B.: Sex ratio of juvenile suicide. *J Am Acad Child Psychiatry*, 263, 1987.
- Ajuria Guerra J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Toray Masson, Barcelona.
- Freud S.: *Más allá del principio del placer*. Tomo 11. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- Freud S.: *Esquema del psicoanálisis*. Obras Completas, tomo 11, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- Freud S.: *La sexualidad infantil*. Obras Completas, tomo 1. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- Finkelhor D, Brown A.: The traumatic impact of child sexual abuse. *Am J Orthopsychiatry* 55, 1985.
- Ross K E.: *Viure avec la mort*. Ed du Tricorn. Geneve, 1968.
- Salter D.: Suicidal intent, hopelessness and depression in a parasuicide population. *Clinic Psychol* 28, 1990.
- Brend DA, Peper JA, Golstein CE, et al.: Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 45, 1988.
- Grossman DC.: Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health*, 81, 1991.
- Carlson G, Cantwell D.: Suicidal behavior and depression in children and adolescent. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry* 21, 1982.
- Levy JC, Deykin EY: Suicidality, depression and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 146, 1989.
- Myers K, Calderón R, et al.: Risks for suicidality in mayor depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30, 1991.
- Hoberman HM, Garfinkel BD: Complete suicide in children and adolescents. *J Am Acad Psychiatry* 144, 1987.
- Scheidman ES: Suicide notes reconsidered. *Psychiatry*, 1973.
- Friedman RC, Hurt SW, et al.: Family history of illness in the seriously suicidal adolescent. A life cycle-approach. *Am J Orthopsychiatry* 547, 1984.
- Shaffi M, Lenarsky J, Derrick A, et al.: Comorbidity of mental disorders in the postmortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affective Disorders* 15, 1988.
- Petronis KR, Samuels JF, et al.: An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Epidemiol* 25, 1990.
- Clark DC, Schwuatz M, et al.: Physical recklessness in adolescence. Trait or by product of depressive/suicidal states. *J Ner. Ment Dis.* 178, 1990.
- Allebeck P.: Suicide among young men. *Acta Pyschiat Scand* 81, 1990.
- Crumley FE.: Substance abuse and adolescent suicidal behaviour. *JAMA* 263, 1990.
- Brent DA, Kolko DJ, Allan MJ, et al.: Suicidality in affective disorder in adolescent inpatients. *J AM Acad Schild Adolescent Psychiatry* 29, 1990.
- Rubenstein JL, Housman D, et al.: Suicidal behaviour in normal adolescents; risk and protective factors. *Am J Orthopsychiatry* 59, 1989.
- Poldinger W.: *La tendencia al suicidio*. Pinguin Books, Londres, 1969.
- Beck A, Rush J, Shaw B.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Descoe de Brouwer, S A, Bilbao, España.
- Mann JJ, Marzuk PM, Avango V, et al.: Neurochemical studies of violent and non violent suicide. *Psychofarmacol. Bull* 25, 1989.
- Stanley M, Mann J, Cohen L.: Serotonin and serotonergic receptors in suicide. *Ann NY Acad Psychol*, 1986.
- Yehuda R, Soetchwick SM, Ostroff RB, et al.: Neuroendocrine aspects of suicidal behaviour. *Neurol Clin* 6, 1988.
- Ostroff RB, Harness L, et al.: The norepinephrine to epinephrine ratio in patients with a history of suicide attempts. *Am J Psychiatry* 142, 1985.

INTENTO DE SUICIDIO CON FOSFORO BLANCO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA Y ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL "EUGENIO ESPEJO"

Renato Pérez Morgan¹, Mónica Esteves¹, Antonio Salas R.², Carlos Arroba³
Juan Carlos Arévalo⁴, Jorge Cahueñas⁴, Irma Hinojoza⁴, Diego Morales⁴,
Mariana Rivera⁵, Martha Morales⁶

RESUMEN:

Se presenta un estudio de 11 pacientes que ingresaron al Servicio de Pediatría y Adolescencia del Hospital "Eugenio Espejo" por intento de suicidio con fósforo blanco entre diciembre de 1995 y enero de 1996. Se analizan los datos de laboratorio en concordancia con la evolución clínica de cada uno de ellos y el esquema terapéutico propuesto. El abordaje se lo efectúa desde una perspectiva interdisciplinaria (médica, psicológica y social). Los resultados obtenidos fueron excelentes. Estos pacientes están bajo apoyo médico-psico-social por Consulta Externa.

Palabras clave: adolescentes, intento de suicidio, fósforo blanco, crisis social, tratamiento interdisciplinario.

SUMMARY:

We present a study with 11 patients admitted at the Pediatric and Adolescent Service of "Eugenio Espejo" Hospital due to tendency to commit suicide with white phosphorus between December 1995 through January 1996. We analyzed laboratory data according with the clinical evolution and their therapeutic scheme. The treatment was performed from an interdisciplinary perspective (medical, psychological and social). The results achieved were excellent. Those patients are in the need to receive medical and psychosocial support at the Ambulatory Consult.

Key words: adolescents, attempted suicide, white phosphorus, social crisis, interdisciplinary treatment.

1. Médicos Tratantes, Servicio de Pediatría y Adolescencia, Hospital "Eugenio Espejo".
2. Médico de Adolescentes y Pediatra.
3. Médico. Tratante de Clínica, Hospital "Eugenio Espejo".
4. Médicos Residentes, Servicio de Pediatría y Adolescencia, Hospital "Eugenio Espejo".
5. Psicóloga Clínica, Servicio de Pediatría y Adolescencia, Hospital "Eugenio Espejo".
6. Trabajadora Social, Servicio de Pediatría y Adolescencia, Hospital "Eugenio Espejo".

Correspondencia:
Dr. Renato Pérez Morgan
Servicio de Pediatría y Adolescencia
Hospital "Eugenio Espejo"
Av. Colombia s/n y Yaguachi
Quito - Ecuador

Efectuamos un estudio biopsicosocial de pacientes que ingresaron al Servicio de Pediatría y Adolescencia del Hospital "Eugenio Espejo" con el diagnóstico de intento de suicidio durante los meses de diciembre de 1995 y enero de 1996; enfocamos un esquema de tratamiento integral que arrojó resultados francamente positivos y hacemos un análisis de la etiología y fenomenología social para que se presente esta importante patología en la adolescencia.

PACIENTES Y METODOS

En este estudio se incluyeron 11 pacientes que in-

gresaron al Servicio de Pediatría y Adolescencia del Hospital "Eugenio Espejo" durante los meses de diciembre de 1995 y enero de 1996 con el diagnóstico de intento de suicidio por ingestión de "diablillos" (diablillos: pequeños discos azulados bi/convexos, tipo tableta, de 6/8 mm de diámetro y, 200 a 300 mg de peso, cuyo 60% es fósforo blanco). Los mencionados pacientes fueron tratados con el esquema terapéutico que exponemos a continuación. Se realizó estudio y apoyo psicológico y de trabajo social.

ESQUEMA TERAPEUTICO

1. Lavado gástrico con solución salina al 0,9% más permanganato de potasio, en los pacientes con una ingesta del tóxico menor de 24 horas.
2. Restricción de la ingesta de alimentos hasta la estabilización del cuadro clínico y posteriormente dieta hipograsa, hipoproteica, hipercalórica, libre de lácteos.
3. Control estricto de signos vitales, ingesta/excreta y escala de coma de Glasgow.
4. D/A 10% más Electrosol K 20 ml, Electrosol Na 20 ml y Complejo B 10 ml, acorde a los requerimientos basales. Disminución de la ingesta oral de acuerdo a la tolerancia oral.
5. Vitamina C 500 mg IV c/12 horas.
6. Vitamina E 400 mg P.Oral. BID. (2 veces/día)
7. Vitamina K 1 ampolla IV acorde con los trastornos de la coagulación.
8. Cimetidina 200 mg IV cada 8 horas.
9. Metoclopramida 1 ampolla IV cada 8 horas o por razones necesarias.
10. Lactulosa 30 ml P.Oral hasta provocar deposiciones diarreicas durante el inicio del tratamiento, además de enemas evacuantes.
11. Enemas evacuantes con solución salina 0.9% más 30 ml de lactulosa cada 6-8 horas.
12. Plasma fresco congelado 1 paquete IV cada 6-8-12 horas, según la alteración de los tiempos de coagulación.

Este esquema de tratamiento se utilizó en todos los pacientes, a excepción del último caso, que presentó síntomas de encefalopatía hepática y sangrado digestivo alto, en el cual se aplicó el tratamiento pertinente.

La terapia por vía venosa continuó hasta que las condiciones de los pacientes mejoraron sustancialmente. Posteriormente se administró la dieta previamente descrita.

RESULTADOS

Caso 1: paciente masculino de 14 años de edad, quien 2 días antes de su ingreso ingiere 7 diablillos, presenta: leve ictericia con ligera hiperbilirubinemia, tiempos de coagulación elevados, transaminasas normales y fosfatasa alcalina elevada. Al séptimo día de ingesta la ictericia desaparece, las bilirrubinas bajan a valores normales así como los tiempos de coagulación, manteniéndose elevados los valores de TGP y fosfatasa alcalina (FA). Alta en buenas condiciones generales.

Caso 2: paciente masculino de 11 años que 5 días antes de su ingreso ingiere 2 diablillos, no presenta ictericia, bilirrubinas ligeramente elevadas a expensas de la indirecta (BI), tiempos de coagulación y transaminasas elevadas. A los 19 días de ingesta el paciente se presenta icterico ++, con bilirrubinas elevadas 6 veces del valor normal, tiempos de coagulación y transaminasas normales. Al momento del alta disminuye la ictericia, las bilirrubinas disminuyen a la mitad.

Caso 3: paciente masculino de 14 años, quien 9 horas previas a su ingreso ingiere 9 diablillos, no presenta ictericia, los tiempos de coagulación, bilirrubina y transaminasas son normales, considerable elevación de la FA. Al quinto día presenta leve ictericia, bilirrubinas elevadas 3 veces de su valor normal, leve incremento de TGP, disminución de la fosfatasa alcalina. Al momento del alta todos los datos de laboratorio son normales.

Caso 4: paciente femenina de 14 años, quien 3 días antes de su ingreso ingiere 8 diablillos, presenta ictericia con elevación de las bilirrubinas, transaminasas y prolongación de los tiempos de coagulación. Durante los 11 días de hospitalización los valores disminuyen a la normalidad.

Caso 5: paciente femenina de 15 años, quien 24

horas antes de su ingreso ingiere 5 diablillos; valores de bilirrubina elevados al doble sin otras alteraciones en los datos de laboratorio. Al octavo día la ictericia, bilirrubinas, transaminasas y tiempos de coagulación se elevan considerablemente. La ictericia presentó +++, BT 16 mg%, TP 46", TTP 80" y TGP 268 mg%, para disminuir a los 14 días a la mitad, tendiendo a retornar a valores normales al alta, a excepción de la BT que se encuentra en 4 mg%.

Caso 6: paciente femenina de 16 años, que 1 día antes de su ingreso ingiere 5 diablillos; todos los valores de laboratorio son normales, presenta ictericia +++ en el día 8, BT 6,1 mg%, TGP duplica su valor normal. Al momento del alta se normalizan valores de laboratorio.

Casos 7, 8 y 9: pacientes de sexo femenino y 13 años de edad y paciente de sexo masculino de 9 años, que antes de su ingreso ingieren 2, 4 y 2 diablillos, respectivamente; el primero 5 días antes y los otros 25 días antes. Durante su hospitalización presentaron únicamente elevación de la FA los casos 7 y 9; ninguna alteración el caso 8.

Caso 10: paciente femenina de 15 años, que 24 horas antes de su ingreso ingiere 10 diablillos, aproximadamente 50 tabletas de levotiroxina y 500 ml de sales metilmercuríicas (Pix). Cabe anotar que a pesar de la ingestión de las 3 sustancias indicadas la paciente no presentó ninguna alteración de laboratorio atribuible a intoxicación por fósforo blanco, presentando crisis hipertiroidea que fue tratada específicamente.

Caso 11: paciente femenina de 14 años, que ingiere 8 diablillos 24 horas antes de su ingreso, momento en el cual todos los valores de laboratorio son normales e inician su elevación al cuarto día; al noveno presenta ictericia marcada (+++), BT 13 mg%, TP 40", TTP más de 3 minutos, TGO 1771, TGP 1216. Al momento se encuentra bajo 9 días de hospitalización y se mantiene en el servicio donde presentó datos clínicos de encefalopatía hepática; actualmente permanece en mejores condiciones bajo tratamiento específico.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO:

- Edad: entre 9 y 16 años.
- Sexo predominante: femenino (7 casos).
- Tiempo transcurrido entre ingesta e ingreso: 1 a 25 días).
- Ingirieron los diablillos con agua (8), con vino (1), con saliva (1), con insecticida líquido (1).
- Combinaron con otros tóxicos, levotiroxina (1).
- Promedio de hospitalización: 14 días.

Riesgo de intoxicación universal: hepatitis tóxica.

Tabla 1 - Resultados de los exámenes de laboratorio clínico efectuados al ingreso

CASO	EDAD	SEXO	# TABLETAS INGERIDAS	DIAS INGESTION	BILIRRUBINAS			TP	TTP	TGO	TGP	FA
					D	I	T					
1	14	M	7	2	1.1	-1.7	-2.8	30	54	5	-	220
2	11	M	2	5	0.3	-1.4	-1.8	21	45	277	101	-
3	14	M	9	1	0.1	-0.5	-0.6	13	38	16	12	559
4	14	F	8	3	1.6	-1.5	-3.1	17	39	161	122	191
5	15	F	5	1	1.1	-1.0	-2.1	-	53	-	2	56
6	16	F	5	1	0.4	-0.2	-0.6	-	44	-	6	76
7	13	F	2	5	0.6	-0.4	1.0	28	48	75	56	850
8	13	F	4	25	0.8	-1.0	-1.8	13	35	-	43	73
9	9	M	2	25	0.4	-0.9	-1.3	12	35	44	56	256
10	15	F	10	1	0.3	-0.1	-0.4	13	36	25	20	425
11	14	F	8	1	-	-	-	14	38	43	43	218

ANÁLISIS SOCIAL

- 1 caso se desarrolla en la completa indigencia.
- 7 casos proceden de hogares numerosos en los cuales resulta difícil la subsistencia. Estos 7 adolescentes aportan económicamente a su hogar y se ven obligados a trabajar en labores no calificadas (empleadas domésticas).
- 3 casos se desarrollan en condiciones económicas aceptables.
- 7 de estas familias han tenido que reducirse a vivir en 1-2 habitaciones en hacinamiento y sin los servicios indispensables.
- 4 familias han tenido la oportunidad de adquirir una vivienda.
- 8 de estos pacientes manifestaron verbalmente que intentaron suicidarse como un sentimiento de protesta y rebeldía frente a la situación familiar conflictiva, la mayor parte de las veces desencadenada por infidelidad, problemas económicos, alcoholismo paterno, etc.
- 2 pacientes tuvieron conflicto escolar.

DISCUSION

La conducta suicida es hoy en día un problema grave de la adolescencia. Los intentos de suicidio son bastante infrecuentes antes de la pubertad; la incidencia aumenta a los 12 - 13 años de edad y alcanza un pico entre los 16 y los 17 años antes de declinar a niveles más bajos en la edad adulta¹.

Los intentos suicidas comienzan a surgir con cierta frecuencia durante la adolescencia intermedia, y alcanzan una incidencia pico a principios de la tercera década, que se mantiene durante la mayor parte del resto de la vida. Aunque esto se adapta mejor a un modelo de enfermedad adulta que con menos frecuencia tiene su comienzo precoz durante la adolescencia, el suicidio es una de las 3 causas más importantes de mortalidad en los adolescentes. Los suicidios son la tercera causa de muerte entre los hombres y la cuarta entre las mujeres en el grupo de edad entre los 15 y 24 años. El porcentaje de muertes por suicidio ha aumentado en las últimas

décadas en varios países del continente: en los EUA, por ejemplo, la tasa de mortalidad juvenil por suicidio creció en un 150% en los últimos 20 años. Es necesario recordar que las tasas publicadas son en general subestimaciones, ya que muchos registros de muerte encubren el suicidio bajo la rúbrica de accidente o muerte por causa natural. Además de la mortalidad por suicidio existe la mortalidad por intento de suicidio, que es varias veces superior a la primera: se estima que por cada suicidio completado hay de 5 a 10 intentos. Por otra parte, una vez que ha habido un intento de suicidio fallido debe temerse su repetición²; de 6 a 16% vuelven a tratar de hacerlo antes de los 12 meses consecutivos, a veces exitosamente³. En este estudio 3 casos fueron reincidentes.

Las actitudes hacia el suicidio, la muerte y la vida del más allá difieren de una cultura a otra, como se ilustra muy bien con el estudio del fenómeno de suicidio en Escandinavia, las elevadas tasas de suicidio en Suecia y en Dinamarca y la tasa sorprendentemente baja en Noruega⁴. El máximo interés es el hecho de que el paciente suicida es totalmente diferente en cada uno de los 3 países escandinavos, y estas diferencias reflejan en sumo grado las diferentes actitudes y presiones psicológicas.

Entre las causas del aumento de las conductas suicidas pueden citarse:

- Aumento en las tasas de desempleo.
- Aumento de problemas conyugales e inestabilidad familiar.
- Mayor acceso y disponibilidad de armas de fuego.
- Menor incidencia de la religión y de los sistemas de valores que prohíben estas conductas.
- Mayor incidencia de abuso infantil.
- Aumento del uso del alcohol y de otras sustancias químicas.

Ninguna teoría puede explicar todos los casos y situaciones de comportamientos suicidas, porque se deben a varios factores que actúan de manera recíproca y específica en cada individuo y están relacionados con la constitución del individuo, la evolución de su

Renato Pérez Morgan, Mónica Esteves, Antonio Salas R.,
Carlos Arroba, Juan Carlos Arévalo, Jorge Cahueñas, Irma Hinojosa
Diego Morales, Mariana Rivera, Martha Morales

Tabla 2 - Resultados de los exámenes de control

CASO	DIAS ING.	BILIRRUBINAS			TP	TTP	TGO	TGP	FA
		D	I	T					
1	7	0.4	0.7	1.1	18	-	-	137	230
2	19	4.7	2.2	6.9	28	60	-	64	131
3	5	1.3	1.6	2.9	17	46	-	99	228
4	10	1.3	0.8	2.1	-	-	-	123	88
5	8	11.7	6.1	16.8	46	80	-	268	180
6	8	3.8	3.2	6.1	22	46	-	123	160
7	11	0.6	0.4	1.0	13	30	-	-	-
8	33	0.3	0.4	0.7	11	35	-	-	48
9	25	0.4	0.9	1.4	12	35	44	56	256
10	8	0.3	0.4	0.7	-	-	17	-	-
11	4	3.5	6.1	9.6	40	180	1771	1216	200

Tabla 3 - Resultados de los exámenes de laboratorio clínico efectuados al alta

CASO	DIAS ING.	BILIRRUBINAS			TP	TTP	TGO	TGP	FA
		D	I	T					
1	12	0.4	0.7	1.1	18	-	-	137	230
2	26	2.2	1.4	3.6	13	-	-	45	102
3	10	0.6	0.3	0.9	13	41	-	101	168
4	14	0.8	0.8	1.6	13	41	-	61	60
5	23	2.5	1.5	4.0	12	35	-	43	64
6	21	0.8	0.8	1.6	11	37	-	-	-
7	16	0.4	0.5	0.9	12	29	-	-	90
8	33	0.3	0.4	0.7	11	35	-	-	48
9	31	0.4	0.9	1.4	12	35	44	56	256
10	16	0.3	0.4	0.7	-	-	17	-	-
11	7	11.0	2.8	13.8	17	56	277	479	-

ANALISIS GENERAL

- 7 son adolescentes menores (10-14 años).
- 4 son adolescentes mayores (15-19 años).
- La modalidad utilizada es la ingesta de fósforo blanco (diablillos) en 9 pacientes.
- 2 pacientes combinaron la ingesta de diablillos con otras sustancias.
- Los 11 casos presentaron bajo rendimiento escolar. Sólo 6 de ellos continúan estudios secundarios.

ANALISIS INTELECTUAL

- 2 pacientes con CI normal o superior.
- 6 pacientes con CI normal o bueno.
- 3 pacientes con CI normal inferior.

Rasgos de personalidad: todos los pacientes estudiados presentaron varios de los siguientes rasgos de personalidad:

- Ansiedad
- Dependencia
- Depresión
- Timidez
- Rebeldía
- Hostilidad
- Baja autoestima
- Terquedad
- Irritabilidad
- Inmadurez emocional
- Impulsividad
- Agresividad
- Necesidad de afecto
- Retraimiento

Pediatrica Baca Ortiz. Organo oficial de difusión
científico del Hospital de Niños de Baca Ortiz

Quito - Ecuador.

Intento de suicidio con fósforo blanco en adolescentes
atendidos en el Servicio de Pediatría y Adolescencia
del Hospital "Eugenio Espejo"

duo de 70 Kg de peso es de 30 mg; no obstante, si es ingerido con agua o con alcohol basta 1 mg para producir la muerte del mismo individuo⁷. Su toxicidad aumenta con el alcohol, grasas y aceites digeribles⁸. Luego de su ingestión produce acciones locales en el trayecto de las vías digestivas para, luego de ser absorbido, producir sintomatología dependiente de patología hepática, renal, del sistema nervioso central y muscular⁷.

La sintomatología de esta intoxicación podemos estudiarla en 3 periodos⁷⁻⁸:

1. Acción local en la mucosa buco-esófago-gástrica: ardor y dolor retroesternal y epigástrico severos acompañados de náusea y vómito profusos (que pueden llevar al paciente al shock); en ocasiones aparece diarrea. El aliento y el vómito tienen un olor aliaceo (olor a ajo); asimismo, el contenido vomitado es fluorescente. El primer período puede prolongarse durante 12-24 horas.
2. Asintomático: dura entre 8 horas y 7 días.
3. La sintomatología del tercer período responde a cambios y desequilibrios que pueden conducir a la muerte. Así, se presenta vómitos con estrias de sangre, diarrea sanguinolenta, hipocondralgia derecha y epigastralgia que pueden ser severas. Existe anemia, ictericia, petequias, colapso vascular, convulsiones, delirio, inconsciencia y muerte. El colapso vascular se debe a las perturbaciones metabólicas y a la acción tóxica que el fósforo inorgánico ejerce sobre el miocardio y los vasos sanguíneos. El daño hepático se caracteriza por una baja inmediata de glicemia, hipoprotrombinemia y aumento del tiempo de coagulación. El daño renal se manifiesta por disminución del volumen urinario, albuminuria y presencia de grasa en la orina y, además, hematuria; la orina puede ser fluorescente.

La ingestión de fósforo blanco (elemento que constituye el 60% del peso total del "diablillo") es una emergencia médica en la cual deberá efectuarse el proceso diagnóstico y el tratamiento inmediato.

CONCLUSION

La actual crisis social, familiar, económica y moral está incidiendo desfavorablemente en el comporta-

miento de estos adolescentes que, al no encontrar valores y sentido a su vida, buscan en el suicidio una alternativa de solución. Las circunstancias vitenciales que conducen a los adolescentes a desear romper el hilo de la vida y que afortunadamente en muchas ocasiones no lo logran, les permite ser conducidos a un servicio de salud especializado para integrarlos en un grupo terapéutico en el cual se encaminen las capacidades de cada uno con el fin de conseguir clarificar la realidad de vida personal evocando su interioridad, elevando su autoestima, asertividad y capacidad de decisión a través del aprecio, aceptación, apoyo y calidez humana brindados. Entre los objetivos del tratamiento está el abordaje interdisciplinario con la familia y el entorno social de estos adolescentes. Esto permitirá modificar actitudes que son favorables para que los jóvenes puedan revalorizarse, planificar un proyecto de vida saludable y ejecutarlo de la mejor manera posible, aprendiendo a vencer dificultades y lograr sus metas como seres útiles a sí mismos y a sus prójimos.

BIBLIOGRAFIA

1. Shaffer D, Hicks R.: Suicidio y conductas suicidas. En: McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, et al.: Medicina del adolescente. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994; pp 1017.
2. Vallejo-Nájera JA.: Alteraciones del instinto de conservación. En: Introducción a la Psiquiatría, 10a ed. Editorial Científico-Médica, 1981; pp 75.
3. Florenzano Urzuna R.: Suicidio, conducta suicida. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, et al (eds). Manual de Medicina de Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 1992; pp 437.
4. Freedman AM, Kaplan HI, Sacock BJ.: Suicidio. En: Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores S A, Barcelona, 1981; pp 539.
5. Cassorla RM, Knobel M.: La depresión y el suicidio en la adolescencia. En: La salud del adolescente y el joven en las Américas, publicación científica No. 489. Washington DC, 1985; pp 168.
6. Cassorla RM.: Características das familias de jovens que tentaram suicídio en Campinas, Brasil: um estudo comparativo com jovens normais e psiquiátricos. Acta Psiquiat Psicol Amér Lat 1984; 30: 125.
7. Valencia C.: Intoxicación por fósforo blanco (inorgánico). En: Accidentes, traumatismos, intoxicaciones. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1989; pp 168.
8. Robertson WD.: Envenenamientos. En: El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 8a ed española. Ediciones Doyma. Barcelona, España, pp 2803.

Vol 4 No. 1 enero - junio 1996.

Gabriel
Vizco

Renato Pérez Morgan, Mónica Esteves, Antonio Salas R.,
Carlos Arroba, Juan Carlos Arévalo, Jorge Cahueñas, Irma Hinojoza
Diego Morales, Mariana Rivera, Martha Morales

desarrollo, las circunstancias sociales y las fantasías personales sobre la muerte y el más allá⁵.

La mayoría de los adolescentes cometen suicidio poco después de sufrir un estrés agudo, como el que resulta de verse en problemas de un medio u otro (v. gr., después de un arresto o de haber sido descubiertos en el acto de mentir o de faltar sin autorización a la escuela). Otras causas precipitantes como son la humillación inferida por los pares, como ser expulsado de una fiesta, perder una pelea con un par, y amenaza de ruptura o una ruptura real con el novio o la novia, y la aproximación de un evento que ha sido anticipado con temor. Muchas víctimas de suicidio han estado bebiendo con intensidad inmediatamente antes de la muerte. Hay suicidios consumados deliberados, bien planeados, que no tienen antecedentes recientes obvios, pero son poco comunes¹.

APCI

Entre los factores de riesgo individuales hacia conductas suicidas se encuentran el sexo masculino, la raza blanca, los métodos violentos, la existencia de un intento previo, la existencia de un plan con intención clara de cometer suicidio, y antecedentes de descontrol impulsivo anterior. El consumo de alcohol u otras sustancias químicas aumenta marcadamente las posibilidades de ejecutar una conducta suicida³. Cuadros psiquiátricos aumentan el riesgo suicida, entre ellos el trastorno afectivo (especialmente bipolar), las dependencias a sustancias químicas recién mencionadas, y los desórdenes conductuales. Cuando estos cuadros no son tratados, el riesgo aumenta claramente.

Los actores familiares pueden ser conductas suicidas dentro de la familia; historia familiar de trastorno afectivo, y la existencia de armas de fuego y de sustancias químicas dentro de la casa³. La importancia del ambiente familiar es indiscutible, y los jóvenes suicidas comúnmente provienen de hogares desechos⁶. Cada vez hay más hogares desechos por problemas culturales y socioeconómicos, donde falta la figura paterna⁵. En cuanto a la configuración de la pareja formada por los padres, con frecuencia hay madres sobreprotectoras y seductoras (especialmente con los hijos), madres deprimidas y enfermas, madres con dificultades para asumir su función femenina, madres represivas (especialmente con las hijas) y celosas de la sexualidad de los hijos, etc. Los padres generalmente son percibidos como ausentes o débiles, y con menor frecuencia como autoritarios y dis-

tantes. La ausencia real o imaginaria de la figura masculina no sólo complica la solución de los problemas edípicos, sino que también puede hacer que la madre se vuelva dominante y controladora, frustrando los intentos de independencia del joven. En los casos estudiados se ha observado con frecuencia un vínculo con características edípicas con el hijo y de rivalidad y vigilancia exageradas con la hija⁵.

Las escenas violentas, y especialmente el mostrar conductas suicidas, en noticiarios y en otros programas, llevan a conductas imitativas por parte de los jóvenes. Existen diferentes estudios que sugieren un aumento en el número de suicidios después de que la prensa y televisión le dan amplia cobertura a una muerte de ese tipo de algún personaje famoso.

Al evaluar a un adolescente que presenta algunos de los factores de riesgo es importante separar la ideación suicida simple y los planes manipulativos del medio ambiente, y la intención suicida severa y premeditada. A veces, el adolescente menciona la idea suicida como una manera de llamar la atención sobre sus problemas, en especial cuando siente que éstos no han sido tomados en cuenta en el hogar ("grito de ayuda"). En otros casos, el gesto suicida es un modo de manipular una situación que evoluciona de una manera diferente a los intereses del o la joven. En los casos en que es claro que el adolescente se ha planteado seriamente la posibilidad de autoeliminarse, es necesario explorar los antecedentes de esta idea, el plan suicida en sí y su letalidad, y el contexto familiar en el cual el adolescente se encuentra: es diferente el riesgo en un joven que vive en una familia numerosa y que no pasa mucho tiempo solo, que en otro que está viviendo en una ciudad distante y que carece de parientes o amigos en ella³.

Los métodos habituales para cometer suicidio varían; de entre ellos, la ingesta deliberada de tóxicos (que es por lejos el método más común al que recurren los adolescentes que desean suicidarse) es responsable de relativamente pocos intentos de suicidio consumados en este grupo etéreo¹. La intoxicación accidental o suicida por fósforo blanco en nuestro medio se debe principalmente a la utilización de los denominados "diablillos". Esta intoxicación se ha incrementado considerablemente produciendo una alta mortalidad. La dosis mínima letal para un indivi-