

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN JÓVENES: ENFOQUE POSITIVO



“Las tristezas no se quedan para siempre cuando caminamos en dirección a lo que siempre deseamos” Paulo Coelho

Autora: Maite Echeverria Aleman

Director: Gregorio Tiberio.

Grado De Enfermería. 4º Curso.

Universidad Pública De Navarra Pamplona, Junio 2015

RESUMEN

La enfermedad mental de la depresión afecta cada vez con más frecuencia a los jóvenes Navarros. Se trata de una enfermedad con gran repercusión y trascendencia biológica, familiar, social y factor de influencia directa en las expectativas de futuro de este grupo etario. Actualmente, en una situación de crisis económica, y en consecuencia, social, de valores, política, etc. los jóvenes se encuentran desamparados y desprotegidos.

La investigación tiene el deber de analizar y tratar de resolver los problemas sociales. Este trabajo, nace con la intención de prevenir y mejorar la situación mental en los jóvenes. Concretamente, en los jóvenes del curso de 4º de la ESO del instituto de Lekaroz.

PALABRAS CLAVES

Depresión, autoestima, expectativas de futuro, estilos de vida.

ABSTRACT

Depression, as a mental condition, is increasingly affecting the youth of Navarra. It is a disease with a very high impact; a biological, familiar and social importance, as well as it is a main factor of influence in forward expectations for this particular age-group. Nowadays, taking in account the economical crisis situation, which implies also a social, political and principles one, young people feel currently helpless and unprotected.

It is research's duty to analyze and try to solve social issues. This work also intends to take precautions against depression, as well as increase and improve the youth mental health. Specifically, for young people and students in 4th grade of Complusory Secondary Education in the Lekaroz High School.

KEYWORDS

Depression, self-esteem, forward expectations, lifestyles.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Estado actual	2
2.1. Definición	2
2.2. Factores de riesgo	2
2.3. Riesgo de suicidio.....	4
2.4. Diagnóstico	5
2.5. Tratamiento:	8
2.6. Evaluación	12
3. Hipótesis	15
4. Objetivos.....	15
5. Metodología	16
5.1. Matriz DAFO.....	16
5.2. Análisis matriz DAFO	17
5.3. Diagrama causa-efecto	18
5.4. Cronograma TFG	18
5.5. Plan de mejora	20
5.6. Los Principios de Bioetica.....	35
6. Conclusiones	36
7. Bibliografía.....	37
8. Anexo 1: folleto educativo.....	43
9. Anexo 2: consejos para aumentar la autoestima	45

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha asistido a la aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial, disminuyendo a la vez la edad de comienzo de ésta. Así, la OMS califica este fenómeno como importante problema de salud pública a abordar. Este organismo considera además, que uno de cada cinco personas llegará a desarrollar la depresión a lo largo de su vida y que esta prevalencia aumentará si se dan ciertas condiciones, como por ejemplo, enfermedades médicas o situaciones de estrés.

Los trastornos depresivos pueden afectar a personas de cualquier condición sin hacer distinción de edad, nivel socioeconómico, cultura, etnia, etc. acarreando un elevado coste tanto al individuo, como a la familia, la comunidad o al sistema sanitario. Aunque existen múltiples estudios acerca de estas enfermedades en personas adultas y mayores, cabe destacar que hay una ausencia de investigaciones en el ámbito juvenil. Es por eso, que adquieren relevancia y actualidad los programas y estudios dirigidos a la formación y prevención de las depresiones en personas jóvenes.

Según el Instituto Nacional de Estadística¹ (INE) en 2011-2012 la tasa de depresión osciló entre el 8,7% en mujeres y el 3% en hombres mayores de 15 años. En Navarra, afirma la Clínica Universidad de Navarra que aproximadamente el 5%, o uno de cada 20 niños y adolescentes, padecerá un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años².

La depresión mayor en jóvenes tiene un gran impacto en el crecimiento y el desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Ésto puede provocar una continuidad de los trastornos depresivos a lo largo de su vida, lo cual ha sido reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas.

Por otra parte, estos trastornos pueden estar afectados por varios factores, así como, las drogas, situaciones de estrés (desempleo, nivel socioeconómico bajo...), baja autoestima y auto-valía.

También, cabe destacar que la depresión mayor es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los jóvenes. Según la OMS³, este fenómeno es la segunda causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-29 años y además el dato más preocupante es el aumento del éste en edades jóvenes, siendo mayor sobre todo en varones.

Aunque la depresión es una enfermedad relativamente frecuente y un problema para la salud por su alteración de la calidad de vida y por su discapacidad, se infradiagnostica a menudo en esta edad.

Además, España es uno de los países que presenta un gasto sanitario público en salud mental muy por debajo de la media Europea. Mientras en la Unión Europea (UE) se encuentra la media en 10%, en España es de 5%. Esta proporción de tasas de gastos en salud mental es claramente insuficiente en relación a la carga socio-sanitaria que suponen los trastornos mentales, siendo así un obstáculo al que se debe hacer frente⁴.

Ante la ascendencia de las tasas de depresión en jóvenes y su correspondiente repercusión en el ámbito personal y social, se debe imponer una actuación inmediata para poder prevenir esta enfermedad.

2. ESTADO ACTUAL

2.1. Definición

La depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por los sentimientos de tristeza, culpabilidad, apatía, irritabilidad, dificultad para concentrarse, pérdida de interés por las actividades que antes disfrutabas y falta de energía. Tiene gran impacto por su gran tasa de afectación a nivel mundial. Esta tasa se oscila aproximadamente en 350 millones de personas según la OMS⁵.

La sintomatología predominante es de tipo afectivo siguiendo por síntomas de tipo cognitivo y físicos. Los síntomas varían según la persona y tipo de enfermedad, gravedad, frecuencia y duración.

La depresión desencadena una repercusión a nivel global de la vida diaria de las personas que la padecen, predominando en primer lugar la afectación personal, y continuando con los problemas sociales y laborales o escolares. Esta repercusión puede llegar a desencadenar suicidios y según los estudios observados, alrededor de 1 millón de muertes anuales por suicidio⁵.

Los casos más frecuentes de depresión en la práctica clínica aparecen asociados a otras enfermedades psicopatológicas, siendo pocas las que se presentan con un cuadro único. Por ejemplo, los trastornos depresivos pueden aparecer asociados con manifestaciones generales de ansiedad o trastorno de la conducta alimentaria.

El comienzo de la enfermedad puede darse a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia de casos aparece entre 15-44 años⁶, por lo que es de gran importancia la educación, el funcionamiento y las relaciones personales en una edad juvenil. La sintomatología de la depresión puede variar según la edad, en los jóvenes es más frecuente encontrar síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras en adultos mayores los síntomas tienden más a ser somáticos.

La depresión toma importancia por su gran demanda en las consultas de Atención Primaria (AP). El Doctor López Rodríguez, vicepresidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP), señala que el 25-30% de las consultas de AP son ocupadas por esta enfermedad⁷. Esta cifra nos indica que existe una gran prevalencia de la patología, que requiere un manejo global y un tratamiento precoz y eficaz.

2.2. Factores de riesgo

La depresión en jóvenes es una enfermedad compleja en la que la probabilidad de desarrollarse depende de múltiples factores de riesgo que, en ocasiones, pueden interactuar entre ellos y provocar un efecto acumulativo. La carga de cada uno de ellos en relación con las circunstancias y con el momento de la vida en el que se desencadena se desconoce.

Las circunstancias que pueden incrementar la probabilidad de padecer la enfermedad son: factores personales y sociales; cognitivos; familiares y genéticos.

a. Factores personales y sociales⁸:

La prevalencia e incidencia de la enfermedad mental es mayor en la mujer que en el hombre, siendo la carga de la depresión un 50% más alta en el género femenino en la adolescencia⁹. Es una enfermedad mental que origina una discapacidad importante. Según la OMS, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad¹⁰.

Los jóvenes son un grupo de una mayor probabilidad para padecer la enfermedad mental, ya que en la etapa de adolescencia se desarrollan cambios en el estado físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que les lleva a establecer estrategias de afrontamiento para lograr un sentido de la identidad, autonomía, éxito personal y social.

Ante los cambios a nivel personal en esa etapa de juventud ciertas personas toman un rol de éxito en la sociedad mientras otras se ven discriminadas y pueden ser candidatas a recibir acoso y humillación. Esta sensación es un factor de riesgo para originar un trastorno de enfermedad psiquiátrica.

Además, este periodo es crítico para obtener y mantener unos comportamientos saludables que reduzcan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante esta edad y la adulta. En particular, diversos estudios afirman que individuos con antecedentes de depresión en la adolescencia manifiestan un alto porcentaje de progresión del trastorno mayor en una edad adulta^{11 6}.

El consumo de drogas como por ejemplo el tabaco y el alcohol son perjudiciales para la enfermedad mental, potenciando de manera importante la probabilidad de mostrar este trastorno.

Las circunstancias sociales como el desempleo y el bajo nivel socioeconómico son otros de los factores más frecuentes que se relacionan con la depresión. Los últimos estudios demuestran que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos presentan una mayor incidencia de depresiones¹².

También enfermedades crónicas como enfermedad cardíaca, diabetes, hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Chusing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia aumentan la probabilidad de padecer depresión en una edad más adulta¹³.

Por último, el estado civil (soltero, divorciado o viudo), el estrés crónico y la exposición a adversidades en la vida, ayudan a desencadenar un trastorno depresivo.

b. Factores cognitivos^{14 15}:

Las investigaciones más destacadas sobre los factores cognitivos se asocian con el modelo Beck. Este modelo cognitivo considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

En este trastorno, están activados una serie de esquemas mentales, es decir, formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones, que favorecen su aparición. Estas estructuras cognitivas se forman a través de la cultura y la educación que ha vivido cada individuo desde la infancia. Estos esquemas pueden permanecer latentes (inactivos) o activarse cuando el individuo se encuentra en situaciones de estrés similares a aquellas en que se formaron, y provocar así la aparición de la enfermedad.

El esquema propuesto por Aaron Beck se denomina “triada cognitiva” y la persona que padece la enfermedad refiere un sesgo negativo de sí mismo, del entorno y del futuro.

Estos esquemas serán manifestados en la consciencia de la persona a través de pensamientos automáticos como “soy inútil”, “mi vida es un fracaso”, “¿para qué quiero vivir?”, provocando así un estado de ánimo de tristeza.

Se entiende que las manifestaciones de los esquemas en pensamientos automáticos dependen entre otras cosas, de la activación de éstas por un procesamiento de información distorsionada.

c. Factores familiares y genéticos⁸:

El antecedente de depresión en los padres es considerado un importante factor de riesgo, asociado con la aparición en los hijos. Así, los hijos de madres con depresión presentan una probabilidad de tres y cuatro veces mayor de padecer un trastorno de humor¹⁶. No obstante, no se conoce con claridad la carga del factor genético y del factor ambiental para su evolución.

También el alcoholismo familiar puede ser un factor desencadenante para que brote un episodio depresivo.

El contexto de una familia juega un papel fundamental a la hora de padecer una depresión. Los conflictos entre la pareja o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el hijo, maltrato físico, psicológico o sexual, divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida o la muerte de un familiar o amigo son factores asociados con la enfermedad.

Según recientes estudios genéticos, la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina produciría una disminución de transporte de ese neurotransmisor, influyendo así en la posibilidad de padecer depresión¹⁷. Por eso, en su tratamiento, se emplean los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, con el fin de modificar los niveles que se encuentran alterados en estos pacientes.

2.3. Riesgo de suicidio

La conducta suicida es el resultado de diferentes circunstancias y factores de la vida que van evolucionando hasta desarrollar una ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación de suicidio) hasta poder llegar al suicidio consumado. Para el psicólogo Ángel Peralbo, una de cada cuatro personas que se suicidan corresponde a jóvenes menores de 25 años¹⁸.

Según el instituto nacional de estadística (INE) entre las defunciones de los jóvenes de 15 a 24 años el suicidio alcanzó el 13,6% de fallecimientos en 2012, y entre los jóvenes de 25 a 34 años, el suicidio fue la segunda causa de muerte tras los tumores; en total 15% de los exitus. Sin embargo, entre los hombres de ese grupo de edad el suicidio fue la primera causa de muerte 17,8% del total¹⁹.

El suicidio es un problema de salud pública de primer orden por su aumento de tasas en los últimos años. En el país español, la cifra de los fallecidos en 2012¹⁹ (2.724 hombres y

815 mujeres) supuso un 11,3% más que en el año 2011 (3180)²⁰, siendo ésta la tasa más alta de 2005.

La depresión es un factor importante como desencadenante de riesgo de suicidio. Los siguientes factores se asocian con una probabilidad mayor de padecer un suicidio en personas con depresión: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, mayor gravedad de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos (especialmente ansiedad y abuso de drogas), el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad.

Entre el 79% y el 98% de los pacientes suicidas están afectados por un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia, afirma así Julio Vallejo²¹. Por lo cual, la presencia de síntomas depresivos aumenta el riesgo de tener una conducta o ideación suicida.

Ante este grave problema de salud pública se deberá reforzar el diagnóstico precoz para actuar urgentemente y derivar a una atención especializada para su atención precoz e integral y evitar las muertes. Si este fenómeno no se encauza adecuadamente para el 2020, se estima que se producirán un millón y medio de suicidios anuales, es decir medio millón más que actualmente²¹.

2.4. Diagnóstico

Las enfermedades psiquiátricas suelen estar infradiagnosticadas en los jóvenes sobre todo por las bajas visitas al médico, la falta de adecuación de los criterios actuales para identificar manifestaciones depresivas, la falta de formación de los profesionales y por su gran estigmatización en la sociedad causando así un gran problema de salud pública.

Se estima que sólo la mitad de los pacientes con depresión mayor son detectados y diagnosticados correctamente, y de éstos no todos reciben un tratamiento adecuado²².

El curso depresivo de los jóvenes puede llegar a la cronicidad, y la prevalencia es mayor cuando se da un inicio temprano de los síntomas y cuando no se recibe tratamiento. Entre el 15% y el 39% de las personas con depresión puede seguir con la misma clínica un año después de la primera sintomatología, y el 22% puede continuar deprimida dos años después. La aparición de cada uno de los episodios depresivos incrementa en un 16% las probabilidades de recurrencias²³.

Se debe tener en cuenta que el trastorno depresivo se encuentra, con frecuencia, asociado a otra enfermedad como el abuso de drogas, la ansiedad, trastorno de alimentación u otras enfermedades físicas¹³.

Es importante destacar a la hora de diagnosticar una persona de depresión, el riesgo de suicidio. Ya que aproximadamente el 65-90% de las personas suicidas presentan algún síntoma depresivo. Se ha estimado que los individuos con depresión muestran un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general²⁴.

El diagnóstico se fundamenta en la entrevista clínica en la que se valoran los síntomas-signos presentes en los jóvenes: conductas negativistas y disociales, abuso de sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo o intentos de fugas,

sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia, cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima), y, ocasiones, tener pensamientos relativos al suicidio.

Los criterios para diagnosticar la depresión aparecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (trastornos mentales y de comportamiento, CIE-10), que se reflejan en la tabla 1 y tabla 2.²⁵

Tabla 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN EL CIE-10
A. El episodio depresivo debe durar por lo menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos e endogenomorfos. <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras -Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta -Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual -Empeoramiento matutino del humor depresivo -Presencia de enlentecimiento motor o agitación -Pérdida marcada del apetito -Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes -Notable disminución del interés sexual

Tabla 2

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN EL CIE-10
A. Criterios generales para episodio depresivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteración del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios de apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático

Según estos criterios, la depresión se clasifica en tres niveles dependiendo de la gravedad.

La *depresión leve* se manifiesta cuando se encuentran dos o tres síntomas del criterio B. En esta situación la persona afectada es capaz de seguir con la mayoría de las actividades.

La *depresión moderada* la persona tiene al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para mantener sus actividades de vida diaria.

La *depresión grave* en que deberá haber 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con esta gravedad presentan principalmente síntomas de la pérdida de la autoestima y sentimientos de culpa e inutilidad. También son frecuentes las ideas y acciones de suicidas y los síntomas somáticos importantes. En ocasiones pueden presentarse síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, dando lugar a un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Estos síntomas psicóticos pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

También se puede emplear los criterios de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR), como viene reflejado en la tabla 3²⁵.

Tabla 3

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-IV-TR

- A. Presencia mínima de cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas y representar un cambio de funcionamiento previo (un síntoma debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer):
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicando por el relato subjetivo o por observación de otros.
 2. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales durante la mayor parte del día.
 3. Disminución o aumento del peso sin estar a dieta o del apetito casi todos los días

<ul style="list-style-type: none"> 4. Insomnio o somnolencia casi todos los días 5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi todos los días 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días 8. Menos capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días 9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
B. No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (maníacos y depresivos), trastornos esquizofrénicos o trastornos esquizoafectivos.
C. El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
D. Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
E. No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

La categorización de este criterio es:

La *depresión leve* se manifiesta con pocos síntomas o ninguno, aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y originan sólo un deterioro menor en el desempeño laboral o en las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

La *depresión moderada* se refiere cuando la sintomatología se encuentra entre la depresión leve y depresión grave.

La *depresión grave* puede aparecer sin características psicóticas cuando el paciente presenta varios síntomas aparte de los requeridos para el diagnóstico y que interfieren con el desempeño laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás. Pero la depresión grave puede aparecer asociada con síntomas psicóticos, con ideas delirantes y alucinaciones.

2.5. Tratamiento:

La depresión se debe tratar de una manera integral y abarcando todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas para lograr el bienestar y la capacidad funcional del individuo. Para ello se deberán incluir las siguientes técnicas: psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular de estado mental y físico.

La elección del tratamiento dependerá de la clínica y otros factores como la historia previa, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y la capacidad de apoyo y contención del entorno.

En los últimos años han aumentado las investigaciones científicas para poder desarrollar diferentes modelos que atiendan a las personas con esta enfermedad mental. Entre la diversidad de modelos, el más adecuado para este objetivo es el modelo escalonado²⁶.

El abordaje del manejo de la depresión mediante el modelo escalonado consiste en que las intervenciones y los tratamientos se van intensificando según el estado y la evolución del paciente. Se ha visto que este modelo, que intenta potenciar el trabajo multidisciplinar y la colaboración entre la atención primaria y especializada, es muy apropiado para el manejo de la depresión mayor (tabla 4)²⁷.

Este método de tratamiento es habitualmente propuesto por el *NICE (National Institute for Health and Care Excellence)* para el tratamiento de la depresión. En España también se está implantando este procedimiento para su manejo²⁷.

Tabla 4

MODELO ESCALONADO EN EL MANEJO DE DEPRESION	
Tipo de depresión	Intervenciones
Depresión grave o/y resistente	Estrategias farmacológicas Intervenciones psicológicas Tratamiento combinado TEC
Depresión moderada	Intervenciones psicológicas Tratamiento combinado Antidepresivos
Depresión leve	Evaluación, apoyo, psicoeducación Intervenciones psicológicas Antidepresivos

a. Tratamiento farmacológico^{13 16}:

El tratamiento farmacológico utilizado son los antidepresivos, que provocan una mejora de los síntomas asociados a la depresión mediante la inhibición de la receptación de serotonina y noradrenalina. Estos fármacos se clasifican según su estructura química y su mecanismo de acción. El tiempo de latencia para el comienzo del efecto terapéutico es de 2 a 4 semanas (tabla 5)⁶.

En la elección hay que tener en cuenta la edad del paciente, las medicaciones que toma, la gravedad del cuadro, la respuesta anterior a otros tratamientos, su comorbilidad y el estado orgánico del paciente. También si hay insomnio o somnolencia, si el paciente es delgado u obeso, y si existen dificultades en la vida sexual, y de qué tipo. Esta valoración se debe hacer para observar las interacciones y los efectos adversos que pueden causar los antidepresivos.

Aunque la eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión mayor está identificada, existe un debate sobre qué antidepresivo es el más conveniente, sobre todo en personas jóvenes en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.

Cuando los síntomas de la depresión son más graves, mayor suele ser el beneficio que produce el medicamento.

Tabla 5

CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES ANTIDEPRESIVOS COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA		
Antidepresivos clásicos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	IMAO selectivo MAO-A	Moclobernida
	Heterociclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clonipramina, Trimipramina, Arnitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Abreviaturas: IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ADT: Antidepresivos tricíclicos (inhibidores de la recaptación de 5-HT y NA); ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR: Antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

b. Tratamiento psicoterapéutico^{11 28}:

Según la *European Association for Psychotherapy* (EAP) la psicoterapia se define como una terapia integral planificada, basada en una formación amplia y específica en las alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias del desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos.

El objetivo de esta terapia consiste en potenciar las capacidades del paciente para paliar o suprimir su sufrimiento y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar. Para eso, se deberá modificar la conducta, el pensamiento y el afecto, adaptar al entorno y, en definitiva, reducir o eliminar los trastornos mentales.

La psicoterapia se lleva a cabo mediante la utilización de los métodos psicoterapéuticos científicos en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas.

Existe evidencia de que la psicoterapia es beneficiosa para tratar la depresión, especialmente la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal en jóvenes²⁹.

A pesar de que haya consenso en los resultados beneficiosos de la psicoterapia en la depresión, existen una serie de dificultades en los ensayos clínicos aleatorizados cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, ya que a la hora de medir este tratamiento aparecen muchos factores (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica, etc.) que causan sesgos que dan resultados inexactos.

Entre las diferentes terapias existentes las más desarrolladas y utilizadas son las dos siguientes³⁰:

Terapia cognitivo-conductual: La terapia cognitiva originada por A. T. Beck consiste en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo, buscando la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas y ensaye nuevas conductas.

Terapia interpersonal: La terapia interpersonal fue desarrollada por Klerman y Weissman con el fin de tratar la depresión, aunque posteriormente también se ha empleado para tratar otros trastornos mentales. La terapia se centra en los problemas interpersonales y psicosociales actuales del paciente. El objetivo de la terapia es reducir los síntomas depresivos resolviendo y afrontando las situaciones difíciles.

El tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia tiene una mayor eficacia en depresiones moderadas o graves. Por una parte los medicamentos alivian relativamente rápido los síntomas de depresión y la psicoterapia ayuda a aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión.

c. Terapia electroconvulsiva:

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en estimular una crisis epiléptica generalizada con una estimulación eléctrica del sistema nervioso central. Diversos estudios han mostrado que la técnica es eficaz en episodios depresivos graves y en depresión resistente y además, se puede considerar un tratamiento de primera elección en circunstancias agudas de riesgo de suicidio o en pacientes con grave deterioro cognitivo²⁹
³¹.

Sin embargo la TEC es una técnica que causa controversia entre diferentes profesionales. Muchos defienden su forma segura y efectiva para tratar depresiones graves, mientras otros consideran una terapia antigua y potencialmente dañina.

El tratamiento mediante esta terapia no suele ser habitual en los jóvenes.

d. Otras intervenciones terapéuticas:

Además del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico existen otras intervenciones que pueden ayudar en el pronóstico de la enfermedad. Estas terapias consisten en la ejecución de las técnicas de autoayuda, ejercicio físico, unos estilos de vida de ocio saludables, ayuda familiar y del entorno.

Mediante estas técnicas adicionales el individuo puede fomentar unos estilos de vida más saludables y afrontar los factores de riesgo; logrando así un estado de ánimo más deseable y una mayor autoestima.

2.6. Evaluación

La evaluación de los pacientes depresivos se debe realizar con un enfoque amplio, cada cierto tiempo concreto y no basándose solo en el recuento de los síntomas. En la evaluación se deberán valorar ciertas características debido a la existencia de diferentes factores que pueden influir en el desarrollo, curso y gravedad de la depresión. Estas son las áreas a evaluar³²:

1. Las características del episodio: duración, cantidad e intensidad de síntomas, comorbilidad.
2. Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
3. Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
4. Respuesta previa al tratamiento.
5. Evaluación de la seguridad y del riesgo de suicidio.

Anteriormente comentado, la evaluación del riesgo de suicidio es una de las acciones más fundamentales a realizar en este tipo de paciente debido a su gran asociación. Para ello se deberán valorar³²: presencia de intentos suicidios previos, abuso de sustancias, síntomas como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación de suicida, factores sociales, antecedentes familiares, discapacidad, cronicidad, etc.

En el momento de la evaluación también es importante mantener un establecimiento de relación y alianza terapéutica con el paciente, en un ambiente empático y respetuoso.

Para la evaluación de la depresión se utilizan escalas y entrevistas clínicas. Mediante éstas se evalúa la sintomatología del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la graduación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

Las escalas más frecuentes utilizadas para la evaluación de la depresión son la de Hamilton (figura 6), la escala de Clasificación de la Depresión Montgomery-Åsbergg (MADRS) y la clasificación de pacientes según el Inventario de Depresión de Beck (BDI). A continuación se desarrolla una de las escalas, la de Hamilton³³:

Figura 6

ESCALA DE HAMILTON	
Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
• Ausente	0
• Expresa solamente al preguntar cómo se siente	1
• Relata espontáneamente esta sensación	2
• Manifiesta en una comunicación verbal y no verbal en forma espontanea	3
Sentimientos de culpabilidad	
• Ausente	0
• Se culpa asimismo, cree haber decepcionado a la gente	1
• Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
• Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
• Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
• Ausente	0
• Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
• Desearía estar muerto o tiene pensamiento sobre la posibilidad de morirse	2
• Ideas de suicidio o amenazas	3
• Intentos de suicidios	4
Insomnio precoz	
• No tiene dificultad	0
• Dificultad ocasional para dormir	1
• Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
• No hay dificultad	0
• Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
• Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
• No hay dificultad	0
• Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
• No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
• No hay dificultad	0
• Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad	1
• Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
• Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
• Deja de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar éstas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
• Palabra y pensamiento normales	0
• Ligero retraso en el habla	1
• Evidente retraso en el habla	2
• Dificultad para expresarse	3
• Incapacidad para expresarse	4

Agitación psicomotora	
• Ninguna	0
• Juega con sus dedos	1
• Juega con sus manos, cabello, etc.	2
• No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
• Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
• No hay dificultad	0
• Tensión subjetiva e irritabilidad	1
• Preocupación por pequeñas cosas	2
• Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
• Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, palpitaciones, cefaleas, hiperventilación, suspiros, aumento de frecuencia y micción, etc.)	
• Ausente	0
• Ligera	1
• Moderada	2
• Severa	3
• Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
• Ninguno	0
• Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimules. Sensación de pesadez en el abdomen	1
• Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
• Ninguno	0
• Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad	1
• Cualquier síntoma bien definido	2
Síntomas genitales (disminución de la libido, trastornos menstruales, etc.)	
• Ausente	0
• Débil	1
• Grave	2
Hipocondría	
• Ausente	0
• Preocupación de sí mismo (corporalmente)	1
• Preocupación por su salud	2
• Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
• Inferior a 500gr. en una semana	0
• Más de 500gr. en una semana	1
• Más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección	
• Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
• Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
• No se da cuenta que está enfermo	2

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE 2009 (National Institute for Health and Care Excellence), recomienda los siguientes puntos de corte:

GRAVEDAD	PUNTUACION
No deprimido	0-7
Depresión ligera/menor	8-13
Depresión moderada	14-18
Depresión severa	19-22
Depresión muy severa	>23

3. HIPOTESIS

Dado el aumento de la incidencia de la enfermedad (depresión) entre los jóvenes en los últimos años, y su papel influyente como factor de riesgo de suicidio junto a su gran repercusión a nivel personal, familiar y social, es pertinente proponer la elaboración de un proyecto con el fin de prevenir o detectar precozmente las depresiones en jóvenes.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Principal:

Preparar a jóvenes de 4º curso de la ESO del instituto de Lekaroz (Navarra) para prevenir la aparición de las depresiones mayores en su desarrollo vital.

4.2. Objetivos Secundarios:

1. Evaluar los conocimientos y concepciones que presentan los jóvenes sobre la importancia de la salud mental.
2. Conocer los problemas que les preocupan en la sociedad actual.
3. Potenciar su autoestima, valía personal y desarrollar su autonomía.
4. Formar sobre estilos de vida saludables de ocio.
5. Informar sobre instituciones y recursos sociosanitarios que se encuentran a su disposición en su localidad.

5. METODOLOGIA

5.1. Matriz DAFO

La matriz DAFO, es una herramienta o metodología de estudio de la situación de un proyecto. Es una matriz cuadrada, con la cual analizando las características internas (Debilidades y Fortalezas) y la situación externa (Amenazas y Oportunidades), se puede estudiar la situación real de un proyecto o las condiciones existentes para llevarla a cabo.

INTERNO	EXTERNO
<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none">- Imposibilidad de realizar trabajo de campo- Falta de experiencia- Falta de especialización en el tema- Poco tiempo- Mucha carga lectiva- Déficit de programas de prevención y promoción de la SM	<p>Amenaza</p> <ul style="list-style-type: none">- Falta de conocimiento de la importancia de la SM en la población- Estigmas sociales- Crisis económica y social- Sociedad consumista y competitiva- Déficit en la investigación clínica y epidemiológica- Edad crítica del grupo diana- Cambios sociales en el grupo familiar- Aumento del consumo de drogas y alcohol- Automedicación- Aumento del desempleo- Dificultades para la emancipación- Falta de profesionales especializados- Medios de comunicación
<p>Fortaleza</p> <ul style="list-style-type: none">- Oportunidad de cambio- Área de trabajo controlable- Equipo coordinado- Disponibilidad y conocimientos sobre el manejo de recursos tecnológicos- Accesibilidad del grupo diana- Conciencia de pertenencia al grupo- Adecuado ambiente de trabajo- Apoyo del profesorado- Conocimiento bilingüe	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none">- Ley foral de SM y otras normativas de apoyo- Aumento de la sensibilidad de la sociedad- Asociaciones, movimientos grupales y otros- Contribuciones y aportaciones científicas (artículos, revistas, etc.)- Cartera de ofertas socioculturales- Medios de comunicación

5.2. Análisis matriz DAFO

Entre las situaciones planteadas anteriormente realizo la explicación de algunas características más relevantes:

a. Estigmas, medio de comunicación

Los estigmas ante las enfermedades mentales son una amenaza para las personas que las padecen. Los medios de comunicación tienen una gran repercusión en este ámbito, ya que muchas veces se habla de las enfermedades mentales de forma distinta respecto a otras patologías, con un gran componente de prejuicios. Por ejemplo, se dice “un esquizofrénico ha matado a su mujer” y no “una persona con una crisis de esquizofrenia bajo ningún tratamiento...”. Estos ejemplos no se escuchan cuando se tratan de otras patologías, como “un canceroso...”. También, se pueden oír en la calle, como “que loco estas”, “que paranoico eres”...que perjudican de manera adversa en las enfermedades mentales.

Todos estos estigmas no ayudan a tratar las enfermedades mentales de una manera más natural como otras patologías. A las personas que padecen una enfermedad mental les cuesta más comunicar a la gente su enfermedad, y se ven en muchas ocasiones marginadas y discriminadas socialmente.

b. Crisis económica y social

La crisis social actual está perjudicando en los jóvenes a la hora de encontrar trabajo. En los últimos años, ha aumentado el desempleo de los jóvenes y ésto les causa preocupaciones respecto a su futuro. Al terminar los estudios se encuentran en una situación en la que no pueden hacer nada y deben vivir bajo los recursos de sus padres durante varios años, con pérdida de autoestima, desvalorización personal y social...

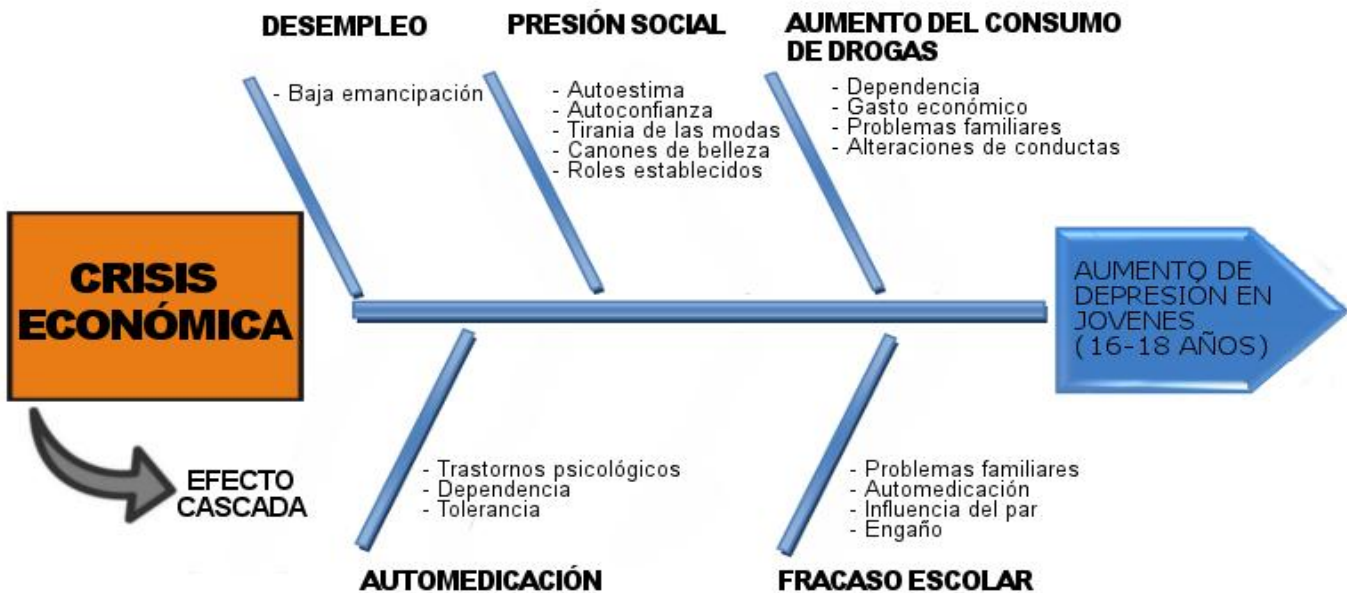
c. Cartera de ofertas socioculturales

Los recursos socioculturales que se prestan en la sociedad ayudan a los jóvenes a realizar actividades que les satisfagan y disfruten con ellas, relacionarse y conocer a otras personas, estar entretenidos en su tiempo libre, etc. Logrando así sentirse bien consigo mismos. El poder sentirse realizados y compartir sus experiencias con otras personas ayuda a llevar una vida más saludable y evitar los estados depresivos.

Del análisis realizado mediante el método DAFO, sobre el problema de aumento de la depresión en jóvenes, concluimos los siguientes puntos:

Son muchas las amenazas a afrontar a raíz de la crisis económica así como de las políticas gubernamentales. Todo ello tiene repercusiones en el colectivo más vulnerable, que son jóvenes a las puertas del mercado de trabajo. Muchos de ellos además, altamente cualificados, de los que se tenía altas expectativas, no pueden cumplir sus objetivos en el marco social que se les presenta. En consecuencia se deriva el problema de aumento de la depresión en jóvenes.

5.3. Diagrama causa-efecto



El aumento de la depresión en jóvenes es un problema de causa multifactorial, que se derivan a su vez, todos ellos del efecto cascada de la crisis económica actual. Esta situación es una crisis económica pero también, social, cultural, de valores, expectativas, etc. que afectan a uno de los colectivos más vulnerables como los jóvenes y especialmente a sus expectativas de futuro.

Mediante este diagrama causa-efecto, recogemos algunas de estas causas con sus respectivos efectos que se dan como consecuencia de la crisis; como son, el desempleo, la presión social a la que están expuestos los adultos jóvenes, el aumento del consumo de drogas, automedicación y fracaso escolar.

5.4. Cronograma TFG

La concepción del TFG surge al realizar un trabajo en la asignatura de proyectos sobre enfermedad mental y por una preferencia por esta especialidad de enfermería.

El cronograma comienza en los meses de finales de octubre, noviembre y primeros de diciembre con una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos para la realización del proyecto de TFG. Durante las últimas semanas de diciembre, la búsqueda se ha compaginado con la redacción de los primeros puntos del tema, siguiendo en el mes de enero. En febrero entrego mi primer parte del TFG.

Debido a que no encontraba suficiente información para seguir redactando, realicé una nueva búsqueda bibliográfica en los siguientes dos meses. Después, el mes de marzo

estuvo destinado al análisis de toda la información encontrada, haciendo una criba entre la información “válida” y “no válida”.

A finales de marzo, abril y mayo, procedo a redactar el borrador del TFG para facilitar después la redacción del trabajo definitivo.

La exposición del TFG se realizará con el apoyo de una presentación de diapositivas, la cual se elaborará utilizando el programa de Power Point. Para ello, dedicaré las primeras semanas de junio.

Finalmente se entregará el TFG los días 5-9 de junio y se presentara oficialmente en la tercera semana de junio.

ACTIVIDADES	MES						
	Noviembre/Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Búsqueda bibliográfica en los diferentes bases de datos							
Redactar la Rúbrica 1							
Entregar la Rúbrica 1							
Búsqueda bibliográfica en los diferentes bases de datos para realizar el TFG							
Analizar y seleccionar la información seleccionada							
Redactar el borrador del TFG							
Redactar el TFG							
Redactar la exposición a presentar en formato Power Point							
Inscripción y entrega de TFG							
Defensa pública del TFG							

5.5. Plan de mejora

Consiste en un *Plan de Educación para la Salud*, multidisciplinar (DUEs, psicóloga y trabajadora social), que pretende incidir en la conducta y estilos de vida de los jóvenes. Sabemos que es un grupo diana con potencialidades de futuro inmensurables y sobre los cuales las enfermedades mentales como la depresión influyen frecuentemente. El prevenir, promocionar y proyectar la salud en relación con este tipo de enfermedades que evidencian una gran trascendencia personal, económica, social y laboral, debe considerarse una prioridad.

Se puede concluir, que constituye un plan de mejora con proyección de futuro, potenciando y mejorando la salud de los jóvenes.

Cronograma

OBJETIVOS	SEPTIEMBRE		OCTUBRE		
	3.SEMANA Día 15	4.SEMANA Día 22	1.SEMANA Día 29	2.SEMANA Día 6	3.SEMANA Día 13
1. Evaluar los conocimientos y concepciones de los jóvenes sobre la salud mental					
2. Conocer los problemas que les preocupan en la sociedad actual					
3. Potenciar su autoestima, valía personal y desarrollar su autonomía					
4. Formar sobre estilos de vida saludables de ocio					
5. Informar sobre instituciones y recursos socio-sanitarios a su disposición					

Como ya se ha comentado, mediante este programa de educación para la salud pretendemos promover la salud mental en jóvenes y prevenir así la enfermedad más relevante en estos grupos de edad como es la depresión mayor.

El cronograma se compone de 5 sesiones con una media de 55 minutos por sesión. Habitualmente se impartirán en su misma clase, y en algunos casos se desarrollaran en aulas. La clase estará formada aproximadamente por 27-29 alumnos.

Con el fin de no alterar la dinámica de sus clases sería prudente desarrollarlas en horas de tutoría.

Las cinco sesiones corresponden con los objetivos secundarios planteados en un comienzo. Para lograr la consecución de los mismos, las actividades estarán adaptadas a cada sesión. La metodología es grupal, mediante diferentes técnicas, y delimitadas al momento evolutivo del programa, para lo que su participación será imprescindible.

Para poder lograr los objetivos y planteamiento establecidos es necesario contar con un equipo multidisciplinar y coordinado, que mediante sus conocimientos y especializaciones contribuirán en un abordaje integral y más eficaz de los problemas de los jóvenes.

Este equipo estará formado por 4 especialistas:

- Un profesional psicólogo o psicóloga especializada en jóvenes
- Un profesional trabajador o trabajadora social
- Dos enfermeras o enfermeros de su centro de salud con unos conocimientos del tema

En este proyecto contemplamos intervenir mediante unas clases didácticas, a través del apoyo de diapositivas, ejercicios de análisis y reflexión, folletos informativos, videos, experiencias, etc.

Primera sesión: 1ª objetivo

Objetivo: Evaluar los conocimientos y concepciones que presentan los jóvenes sobre la importancia de la salud mental

Contenidos:

- Presentación y contacto
- ¿qué es la salud mental?
- Repercusiones y dificultades en la sociedad
- Estigmatización social

Metodología:

Presentación y contrato: Recibir y saludar al grupo. Presentación de los profesionales y del programa que se ha planteado, mediante la exposición durante 5 min.

¿Qué sabemos de salud mental y de las patologías mentales?, se les preguntará a los jóvenes para saber los conocimientos, opiniones o expectativas que presentan sobre este concepto mediante una lluvia de ideas.

Después, la enfermera expondrá una presentación sobre la salud mental, en la que se trabajarán los siguientes puntos:

- Tipos de enfermedades mentales, haciendo hincapié en la depresión por su gran prevalencia en este rango de edad.
- Factores de riesgo y causas: consumo de tóxicos, desempleo, fracaso escolar, presión social, problemas familiares.
- Repercusiones y dificultades que presentan los afectados en la sociedad
- Estigmatización social

Tras de la exposición general se llevará a cabo una actividad de análisis en grupos de dos personas en los que se rellenará el material A1, para conocer la opinión y la visión que tienen los jóvenes sobre las repercusiones y dificultades que presentan estos pacientes en la sociedad y sobre el estigma social.

Una vez realizada la actividad de análisis, lo expondrán al resto del grupo y se pondrá en común.

CONTENIDOS	RESPONSABLE	TECNICAS	TIEMPO	RECURSOS
Recepción y contacto	Enfermera1 Enfermera2	<u>Encuentro:</u> acogida presentación contrato	5min	Aula
Expresar las ideas que presentan sobre el tema	Enfermera1 Enfermera2	<u>Investigación en aula:</u> tormenta de ideas	10min	Aula
Aumentar los conocimientos respecto a la enfermedad mental y su contexto en la sociedad	Enfermera1 Enfermera2	<u>Información:</u> exposición del tema	20min	Aula, ordenador, proyector de pantalla, diapositivas
Reflexión sobre los problemas que presentan en la sociedad y estigma social	Enfermera1 Enfermera2	<u>Análisis:</u> ejercicio en grupos de dos personas	20min	Aula, bolígrafo, material 1A

Material 1A

Ficha 1: Reflexionar sobre la exposición anterior y responder las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo repercuten los factores sociales en las personas con depresión?

2. ¿Cuál es tu opinión respecto a la estigmatización social de la enfermedad mental? ¿Crees que estas personas sufren mucho por esta razón?

3. Frases como estas o situaciones son frecuentes escuchar en la sociedad, ¿Qué opináis sobre ellas? ¿Qué se puede hacer para que disminuyan estos casos?
 - a. *A las personas con un enfermedad mental se les llama por ejemplo “esquizofrénico”, “maniaco”, “ depresiva”, etc. en cambio a una persona que presenta un cáncer no se le llama “canceroso”*
 - b. *En los medios de comunicación, en una portada de una noticia: “Un esquizofrénico mata a su madre”*
 - c. *Esa persona está muy loca*
 - d. *Que miedo me dan las personas que están mal de la cabeza, deben estar en el manicomio*

- e. El estigma familiar se da cuando la familia tienden a negarlo; su ocultación y su retraimiento indica un sentimiento subyacente de vergüenza, que desemboca en el aislamiento. ¿Creéis que esto ocurre? ¿Por qué?
- f. Personas con una enfermedad más orgánica como puede ser un cáncer, tiene un apoyo por parte de la sociedad y campañas para apoyar a afrontar la situación. ¿Conocéis alguna campaña o este tipo de apoyo por parte de la sociedad para enfermedades mentales?

Segunda sesión: 2ª objetivo

Objetivo: Conocer los problemas que les preocupan a los alumnos en la sociedad actual.

Contenidos:

- Repaso sesión anterior y presentación de la segunda
- Problemas actuales de los jóvenes
- Factores relacionados con un riesgo de padecer una enfermedad mental en jóvenes

Metodología:

Iniciaremos la clase con una presentación de la sesión, se repasará y se sintetizará la sesión anterior mediante preguntas como “¿Que realizamos en la clase anterior?”, “¿Qué recordáis?”, con la participación del grupo se recogerá la información y se expondrá en común entre todos, resumiéndolo mediante una breve exposición. Posteriormente, los profesionales presentarán esta sesión.

En la introducción de la sesión se preguntará a los jóvenes sobre los problemas que visualizan en la actualidad o en un futuro próximo. Una vez preguntado, individualmente reflexionarán y escribirán en una hoja los problemas que presentan actualmente a nivel

personal, social y familiar (material 2A). También, se dará opción al alumnado si alguien quiere exponer sus experiencias y problemas al resto de los compañeros de clase.

Después, los jóvenes se pondrán en grupos de cinco personas y realizarán casos clínicos relacionados con los problemas actuales que presentan los más jóvenes. Mediante el análisis de casos se trabajará y se reflexionará sobre los factores de riesgo más importantes en esta edad o en los años próximos que acentúan la enfermedad mental (material 2B).

Los casos clínicos serán distintos y los temas que se trataran serán los siguientes:

- Crisis social y el desempleo
- Consumo de drogas
- Éxito /discriminación social
- Problemas familiares
- Falta de autoestima, valía personal y autonomía

En todos los casos clínicos cada grupo deberá valorar los siguientes apartados:

- ¿Cuáles son los factores que influyen?
- ¿Qué consecuencias tendrán o cómo repercuten en su vida actual y en su futuro?
- Reflexión sobre el caso

Una vez analizado y respondido a las preguntas de los casos clínicos, un alumno de cada grupo expondrá al resto de los compañeros. El caso se debatirá en clase y se opinará sobre las respuestas presentadas.

Después de cada presentación se hablará de estos factores de riesgo que ayudan a desencadenar la enfermedad mental, en concreto de la depresión; las enfermeras aportaran datos actuales de estos problemas para concienciar a la juventud de la importancia de prevenir estos problemas actuando de manera precoz.

CONTENIDOS	RESPONSABLE	TECNICAS	TIEMPO	RECURSOS
Retomar la sesión anterior y consensuar ésta	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Encuentro:</u> acogida <u>Análisis:</u> resumir y ordenar	5min	Aula
Expresar sus creencias y experiencias respecto a los problemas actuales	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Expositiva:</u> Expresión y reflexión <u>Análisis:</u> ejercicio de reflexión	10 min	Aula, bolígrafo, material 1B
Analizar los factores de riesgo que influyen en la enfermedad mental	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Investigación en aula:</u> Phillips 66 <u>Análisis:</u> ejercicio de análisis de casos <u>Expositiva:</u> exposición debate público información datos actuales	40 min	Aula, bolígrafo, material 2B ordenador, proyector de pantalla, diapositivas

Material 2A

Reflexiona y responde a las siguientes presuntas

¿Qué problemas personales, familiares o sociales presentas actualmente que te pueden afectar en tu vida diaria ahora o en los próximos años?

¿Qué problemas tienen los jóvenes hoy en día que pueden desencadenar un estado de salud depresiva?

Material 2B

Caso clínico 1: Discriminación social “bulling”

Chica de 15 años, procedente de un nivel socioeconómico deficitario con antecedentes de fracaso escolar secundario a trastorno de aprendizaje, acude al centro de salud acompañada de su madre. Ni la familia ni la chica presentan otros antecedentes médicos a destacar.

La visita al médico fue tras sufrir agresiones en el rostro con puños y lápices de madera por ocho compañeras, en la escuela. La paciente relató que sufre agresiones por parte de sus compañeros desde hace más de dos años, que incluyen insultos, burlas en relación con el trabajo de su padre, refiriéndose a ella y sus hermanas como “requecheras” y “negras muertas de hambre”, agresiones físicas de tipo empujones y tirones de cabello. Al examen se encontraba angustiada, con múltiples excoriaciones alargadas con costra en borde cubital de antebrazo derecho y en cavidad oral erosiones lineales en mucosas, sin otros elementos patológicos a descartar.

En la evolución a los 45 días aproximadamente de la agresión, la paciente desarrollo sintomatología de ansiedad, temor a ser agredida nuevamente y reexperimentación de la agresión, pesadillas donde reaparece la agresión y ve el rostro de sus compañeras atacándola, insomnio de conciliación y mantenimiento, levantándose en la noche a chequear que la puerta este cerrada. Presentó en varias oportunidades enuresis secundaria así como disminución del apetito, retraimiento de sus pares, mayor irritabilidad con auto y heteroagresividad.

La joven fue derivada a psiquiatría urgente con planteo de probable trastorno de estrés postraumático, lo cual fue confirmado, y comenzó tratamiento con psicofármacos y psicoterapia.

Caso clínico 2: Desempleo

Una mujer de 34 años acude a la consulta de salud mental, derivada por su médico de cabecera, expresando que se siente cansada y sin fuerzas para vivir. Responde con lentitud a las preguntas y en un tono de voz bajo. Dice encontrarse muy triste desde que se quedó sin trabajo hace 5 meses, lo dice con precisión. Antes trabajaba limpiando pisos. Su marido es barrendero; tiene dos hijas, una en la escuela y la otra en casa.

La paciente comenta tener problemas económicos y dificultades para pagar el piso. Ha perdido interés por la vida, se nota distinta, como si no le importara nada, ni siquiera lo que hagan su marido o sus hijas, aunque no quiere verlos sufrir. Tiene muy poco apetito, ha perdido casi 5 kg en un mes. Tarda mucho en quedarse dormida y se despierta varias veces por la noche. Se siente inútil y un estorbo en casa. La mujer manifiesta tener pensamientos de muerte, aunque no quiere quitarse la vida, porque ello va contra sus creencias religiosas. Nunca antes le había ocurrido algo parecido.

Después de realizar una valoración completa, a la mujer se le administran unos antidepresivos, y se le cita dentro de dos semanas para realizar un seguimiento y psicoterapia.

Caso clínico 3: Consumo de drogas

Un varón de 22 años acude a consulta, traído por sus familiares por conductas extrañas en casa. El paciente tiene una historia de mal rendimiento académico (abandono del colegio) y laboral. No existen antecedentes familiares de trastorno mental.

A los 14 años empezó a consumir cannabis, en cantidades de 2-3 consumos los fines de semana. Posteriormente aumentó el consumo a los 16 años, pasando a consumo diario, que aumenta de manera progresiva hasta los 8-10 consumos/día. Así mismo existía también un abuso de alcohol los fines de semana y un consumo esporádico de anfetaminas. En este periodo apareció el primer brote psicótico.

El joven fue tratado en su centro de salud mental durante 4 meses con neurolépticos, con remisión completa de la sintomatología. El diagnóstico inicial fue Trastorno Psicótico por Cannabis.

Un año después, sin nuevo consumo de tóxicos, ha reaparecido la sintomatología psicótica; la familia ha observado conductas extrañas (hablando como con una persona irreal, no mantiene como antes relaciones sociales,...). Tras una valoración individual, el chico comenta escuchar voces, no tener ganas de realizar las actividades que antes realizaba, no tiene ganas de salir de casa, etc.

En el centro se inicia tratamiento de nuevo con neurolépticos y el diagnóstico actual es el de trastorno esquizofrénico.

Caso clínico 4: baja autoestima

Una adolescente de 16 años de edad es derivada por el Servicio de Orientación Educativa de su instituto, para valoración de indicios de anorexia y malestar emocional. Desde el servicio de Orientación Educativa del IES se detectó un problema de rendimiento académico. Han trabajado con ella para mejorar su inserción social y rendimiento escolar, siendo este último una causa de desacuerdo importante entre el centro y la familia.

Tiene antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con 10 años, siendo tratada con Metilfenidato. Actualmente no tiene tratamiento.

En la entrevista la adolescente se muestra muy angustiada y dolida; comenta sentirse triste, muy sola y sin ganas de ir al instituto, ni de vivir. No ha presentado sentimientos de querer morir. No tiene amigas en su localidad pero sí tiene 3 amigas de su misma edad en un pueblo cercano. Refiere que a ellas también les habían ocurrido cosas similares a lo que está pasando ella. Manifiesta que ha recibido burlas, desprecios relacionados con su físico y en una ocasión agresión física de sus compañeros de instituto. Los episodios de abusos se iniciaron, según ella, en los primeros años de escolarización en primaria (4-6 años); tiene miedo a establecer relaciones y utiliza la imaginación como recurso de huida, sueña despierta y se imagina siendo feliz mirando a través de la ventana.

Está muy preocupada por su imagen corporal: se considera fea, gorda, y bajita; no le gusta ninguna parte de su cuerpo, está constantemente viendo en internet cosas para adelgazar y fotos de chicas anoréxicas (según la madre). No hay una distorsión de la imagen corporal pero al pintar un autorretrato lo hace de lado y no de frente. En consulta da señales de baja autoestima, trastorno del ánimo y de la alimentación.

Caso clínico 5: conflictos familiares en la adolescencia

La paciente de 19 años acude a la consulta hace cinco meses, el motivo era que presentaba una fobia desde hacía tres años a la oscuridad, además de miedo a los peces, por lo que ya no se bañaba en el mar y que había ido aumentando en el último año, provocándole irritabilidad, llanto fácil, insomnio y celos a su pareja, al parecer sin motivos. Ha sufrido fracaso escolar, ya que dejó los estudios en 3º de ESO porque se aburría.

Respecto a las conductas de riesgo reconoce consumo de alcohol (sobre todo los fines de semana) con un hábito tabáquico de 5 cigarrillos diarios y cigarrillo de cannabis al día.

La adolescente cuenta una historia de disfunción familiar: sus padres se divorciaron hace 4 años debido al maltrato psíquico y en alguna ocasión físico que sufrió su madre. Desde entonces no mantienen ningún tipo de relación con el padre, éste se ha desentendido por completo de sus dos hijos, aunque ella refiere que él nunca ha sido cariñoso con ellos. A esto se unieron graves problemas económicos: la madre que era limpiadora se quedó en paro, el domicilio familiar está embargado, ella no estudia ni trabaja y el único sustento económico lo trae su hermano mayor que trabaja de camarero en un bar.

Hace un año la adolescente discutió con su madre porque le había robado todas las joyas de oro y las había vendido para conseguir dinero (alega que la madre no podía darle más de 2 euros al día de paga). Durante un tiempo se fue a vivir con una amiga a otra ciudad donde estuvo relacionada con drogas. Tras pasar 4 meses conviviendo, ha vuelto otra vez a su casa por mantener muchos conflictos con la compañera.

La relación actual con su madre y su hermano sigue siendo muy mala. La joven sigue sin estudiar, ni trabajar y lo único que hace es levantarse al medio día y ver programas de la tele todo el día.

Tercera sesión: 3ª objetivo

Objetivo: Potenciar la autoestima, valía personal y desarrollar la autonomía.

Contenidos:

- ¿Qué es la autoestima, autovalía y autonomía?
- Conocer a uno mismo
- Reflexión sobre los sentimientos y emociones de autoestima propias
- ¿Cómo aumentar la autoestima?

Metodología:

La presencia de síntomas como baja autoestima, valía personal y autonomía suelen estar muy presentes en esta etapa de edad. Este sentimiento se relaciona mucho con una discriminación social por parte de los amigos o compañeros de clase.

La sesión empezará primero por un recordatorio de la sesión anterior en el que se realizará un breve resumen entre la enfermera y los alumnos mediante un acuerdo y exposición. Después, la psicóloga hará una exposición sobre el tema que se va a tratar:

- ¿Qué es?
- Factores de riesgo/causas
- Características de las personas afectadas
- Sentimientos y emociones que se acontecen
- Consecuencias a nivel personales, familiares y sociales
- Relación con el estado de salud

Una vez realizada la exposición se les dará la opción de si desean compartir algún sentimiento parecido que hayan tenido con los demás. Al ser un tema un poco íntimo, delicado y complicado, se les pasará una hoja de forma anónima para que se analicen y reflexionen individualmente sobre los sentimientos y emociones que hayan presentado de baja autoestima y para que se conozcan mejor a sí mismos (material 3A).

Para terminar la sesión los jóvenes verán un video donde se realiza una entrevista a un psicólogo que ha publicado un libro sobre la autoestima, y luego se concretarán los consejos a seguir para aumentar la autoestima.

CONTENIDOS	RESPONSABLE	TECNICAS	TIEMPO	RECURSOS
Retomar la sesión anterior y consensuar ésta	Enfermera	<u>Encuentro:</u> acogida <u>Análisis:</u> resumir y ordenar	5min	Aula
Que es la baja autoestima, autovalía y autonomía	Psicóloga	<u>Expositiva:</u> exposición del tema	25min	Aula, ordenador, proyector de pantalla

Expresar sus creencias y experiencias sobre la baja autoestima, autovalía y autonomía	Psicóloga Enfermera	<u>Análisis:</u> ejercicio de reflexión	10min	Aula, bolígrafo, material 3A
“Aprende a quererte”	Psicóloga Enfermera	<u>Expositiva:</u> video <u>Desarrollo de habilidades:</u> video	25min	Aula, ordenador, proyector de pantalla, internet

Material 3A

Reflexiona sobre la exposición y responde las siguientes preguntas de manera anónima

1. ¿Qué opinas sobre la exposición de la psicóloga sobre la autoestima?
2. ¿Has sentido alguna vez este tipo de sentimiento? ¿Te has sentido alguna vez discriminado por tus amigos o por la sociedad en general? ¿Cuándo y en qué situación?
3. ¿Qué aspectos te agradan de ti mismo y cuales te gustaría modificar?

(¿Cómo describirías tu forma de actuar?, ¿cómo crees que te ven tus compañeros?, ¿qué características de tu personalidad te gustan?, ¿qué cosas les gustan a los otros de ti?, ¿en qué crees que debería cambiar?)

Video:

<http://www.rtve.es/alacarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-debate-walter-riso/1374266/>

Anexo: *consejos para aumentar tu autoestima*

Cuarta sesión: 4ª objetivo

Objetivo: Formar sobre estilos de vida saludables de ocio

Contenidos:

- Alimentación y ejercicio
- Consecuencias de consumo de drogas
- Realización de actividades en tiempo libre

Metodología:

Los primeros minutos de la sesión empezarán como siempre con una revisión y resumen de la sesión anterior para revisar los conocimientos adquiridos.

La clase será más teórica a diferencia de las otras, la enfermera realizará una exposición sobre los estilos de vida saludables de ocio, con el fin de ayudar a lograr una vida saludable y prevenir las enfermedades mentales. La exposición se llevará a cabo mediante la ayuda de diapositivas.

El contenido empezará con una pequeña introducción definiendo que son unos estilos de vida saludables, y a continuación se tratarán los contenidos de este tema: la alimentación, el ejercicio, el consumo y consecuencias de las drogas y las actividades en el ocio.

Alimentación

Existe evidencia de que una alimentación equilibrada es esencial para lograr un desarrollo óptimo del organismo en cada etapa de la vida. La dieta debe ser variada y tener en cuenta no solo los nutrientes sino componentes como la fibra, el betacaroteno o sustancias fotoquímicas presentes en los vegetales que influyen en la prevención de algunas enfermedades.

Por una parte se explicaría en qué consiste una *dieta variada y equilibrada*, teniendo como referencia una dieta mediterránea. En ella se informaría de diferentes alimentos y componentes específicos para mantener una salud mental y prevenir enfermedades.

- Alimentos como legumbres, cereales, el pescado y los frutos secos, parece ser que protegen frente al deterioro cognitivo leve.
- También, evitar postres dulces y carnes rojas.
- Alimentos como ácidos grasos omega 3, ácido fólico y vitamina del grupo B, ayudan a mantener un sistema nervioso central sano al colaborar en las reacciones bioquímicas de síntesis de neurotransmisores y en la fluidez de las membranas neuronales.

Para explicar una dieta equilibrada se clasificarán los nutrientes en los *grupos de alimentos*. En cada uno se expondrán las necesidades de cada alimento y las prioridades de ciertos alimentos.

- Hidratos de carbono
- Grasas
- Proteínas
- Frutas
- Verduras

Para finalizar con este contenido se comentaran diferentes *factores que influyen en la alimentación*.

Ejercicio

El mantener un patrón de ejercicio que les mantenga físicamente activos y activas durante toda la vida es una recomendación que se plantea a todas las personas por diferentes profesionales de salud. Se aconseja hacer una actividad física de intensidad moderada como caminar de forma rápida, pedalear o nadar, casi todos los días unos 30 minutos.

En la sesión se expondrán *los beneficios* del ejercicio físico y *los inconvenientes* de una vida sedentaria. También se hablaría de cómo podemos incluir estas actividades saludables en nuestros hábitos de vida diaria como una rutina.

Siguiendo estos consejos se reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes; se fortalece la musculatura, se logra un mejor equilibrio y se evitan las caídas; reduce los síntomas de ansiedad, de angustia y fatiga; mejora el sueño aumentando la sensación de bienestar; protege contra los síntomas de la depresión y la disminución cognitiva asociada al envejecimiento.

Consecuencia consumo de drogas

El consumo de sustancias tóxicas es un factor de riesgo que potencia la posibilidad de padecer enfermedad psiquiátrica. Las actividades de ocio, además de reforzar comportamientos saludables como obtener conocimientos, habilidades, actitudes y hábitos beneficiosos, es un factor de protección frente al tiempo de consumo de drogas.

La utilización de sustancias nocivas para la salud puede acarrear consecuencias muy adversas en diferentes campos:

- Nivel personal: cambios en el comportamiento, tolerancia a las sustancias, daños físicos e incluso la muerte, problemas de salud a corto y a largo plazo (depresión, alucinaciones, tendencias paranoicas) comportamiento agresivo, carencia de motivación para llevar a término proyectos de vida.
- Nivel social: Bajo rendimiento escolar y laboral, agresiones y conflictos laborales o familiares, deterioro en mantener relaciones sociales, abandono responsabilidades económicas y afectivas, aumento de violencia, disolución de vínculos afectivos (separación o divorcio).

Actividades en el tiempo libre

La introducción consistirá en la exposición del concepto del ocio saludable; definiendo como actividades recreativas elegidas voluntariamente, que ofrecen al individuo un bienestar y permiten desarrollar los potenciales personales y sociales, y adquirir valores.

Para que el tiempo libre sea saludable, la actividad deberá obtener varios aspectos que se explicaran de manera breve. Los aspectos a valorar son: debe ser educativo, diverso y que promueva la participación activa; debe ser impulsor de la salud, fomentando actitudes y valores, y no perjudicial para la salud; debe ser voluntario, satisfactorio y favorecer el establecimiento y consolidación de relaciones.

Después se redactaran diferentes tipos de actividades y los objetivos que se logran con ellos.

- Actividades deportivas
- Actividades culturales
- Actividades voluntariado
- Actividades lúdicas
- Actividades artísticas

CONTENIDOS	RESPONSABLE	TECNICAS	TIEMPO	RECURSOS
Retomar la sesión anterior y consensuar ésta	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Encuentro:</u> acogida <u>Análisis:</u> resumir y ordenar	5min	Aula
Alimentación y ejercicio	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Expositiva:</u> exposición del tema		
Consecuencias de las drogas	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Expositiva:</u> exposición del tema	45min	Aula, ordenador, proyector de pantalla
Actividades saludables de ocio	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Expositiva:</u> exposición del tema		
Dudas o preguntas del tema	Enfermera 1 Enfermera 2	<u>Expresión:</u> preguntas abiertas	5min	Aula

Cinta sesión: 5ª objetivo

Objetivo: Informar sobre instituciones y recursos socio-sanitarios a su disposición.

Contenidos:

- Introducción: prevención de enfermedades mentales
- Recursos sociales disponibles de apoyo y ayuda

Metodología:

La última sesión empezará como siempre presentando los contenidos de esta última y repasando la sesión anterior. En esta sesión se dará relevancia a la importancia de actuar de manera precoz con el fin de prevenir o disminuir la prevalencia de las enfermedades mentales.

Seguidamente se les concienciará de que es muy importante diagnosticar estas enfermedades para lograr el óptimo tratamiento y la mejor evolución. Para ello será imprescindible el apoyo y ayuda de los familiares, amigos y profesionales.

Después la trabajadora social, mediante la ayuda de un folleto y las diapositivas, proporcionará información sobre los servicios sociales disponibles en la provincia donde las personas que lo precisen puedan encontrar ayuda y apoyo.

A cada alumno y alumna se le administrará un folleto explicativo en el que aparecerá un poco resumido los puntos fuertes del programa y los servicios de ayuda que presentamos en Navarra (anexo).

CONTENIDOS	RESPONSABLE	TECNICAS	TIEMPO	RECURSOS
Prevención de enfermedades mentales	Enfermera 1	<u>Expositivas:</u> exposición del tema	15min	Aula, ordenador, proyector de pantalla, diapositivas
Recursos sociales disponibles de apoyo y ayuda	Trabajadora social 1	<u>Expositivas:</u> exposición del tema	25min	Aula, ordenador, proyector de pantalla, diapositivas, folleto
Evaluación Preguntas o dudas para resolver	Enfermera 1 Trabajadora social 1	<u>Análisis:</u> Ficha de evaluación	15min	Aula, bolígrafo, material 5 A: ficha de evaluación

Evaluación

La evaluación del programa es necesaria para comprobar la efectividad del proyecto. Para ello, se valorará la estructura, el proceso y los resultados. Dentro de la estructura se revisará la duración de las sesiones y el lugar, horario, recursos didácticos y personales. Por otra parte, en la evaluación del proceso se estimará a los alumnos, la participación, el grado de consecución de las actividades previstas, la adecuación de los objetivos y contenidos, los ejercicios de análisis y reflexión, etc. Y por último, se observará los resultados, la consecución de los objetivos educativos propuestos para la sesión.

El análisis y la evaluación de todos los aspectos anteriores, se llevará a cabo por parte de los alumnos y especialmente por la enfermera responsable del proyecto.

Para ello, al finalizar la quinta sesión, se les pasará a todos los alumnos un cuestionario anónimo con diversas preguntas (material 5 A). A la vez, se resolverá cualquier duda o pregunta que presenten sobre el programa. Por otro lado, el profesional de enfermería realizará otra evaluación a lo largo de las sesiones o al final de las mismas a través de la observación y análisis de los ejercicios de análisis que los jóvenes han rellenado en las clases.

Ficha de evaluación para el alumno

1. En general, ¿Qué te ha parecido este curso? ¿te ha gustado el curso?

2. Por favor, señala con una "X" el numero que consideres sobre cada aspecto del curso.
(1=muy mala 5= muy buena)

El programa	1	2	3	4	5
Los temas trabajados	1	2	3	4	5
La forma de trabajo	1	2	3	4	5
Los profesionales	1	2	3	4	5
Adecuación a tus necesidades	1	2	3	4	5
Utilidad para tu vida	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción	1	2	3	4	5
Participación	1	2	3	4	5

3. Elige la respuesta más adecuada para evaluar los contenidos de las sesiones del programa.
(0= mal 1= regular 2= bien 3= muy bien 4= excelente)

¿Cómo valorarías cada sesión teniendo en cuenta los contenidos de esta?					
1. <u>Sesión:</u> ¿qué es la salud mental?, repercusiones y dificultades en la sociedad, estigmatización social	0	1	2	3	4
2. <u>Sesión:</u> Problemas actuales, factores relacionados con un riesgo de padecer una enfermedad mental	0	1	2	3	4
3. <u>Sesión:</u> ¿Qué es la autoestima, autovalía y autonomía?, conocerse a uno mismo, reflexión sobre los sentimientos y emociones de la autoestima	0	1	2	3	4
4. <u>Sesión:</u> Alimentación y ejercicio, consecuencias del consumo de drogas, realización de actividades en tiempo libre	0	1	2	3	4
5. <u>Sesión:</u> prevención de enfermedades mentales, recursos sociales disponibles de apoyo y ayuda	0	1	2	3	4

4. ¿Qué cambiarías o añadirías al curso? (mínimo 3)

Sesión final: prevención del suicidio

Debido a la relación estrecha de la enfermedad de depresión con la ideación suicida, veo la necesidad de realizar una sesión adjunta sobre la promoción y prevención a los jóvenes y a sus familiares. La sesión se impartiría en una sala general, en la que la responsable de la exposición sería la enfermera.

Los jóvenes que presentan una sintomatología depresiva como un sentimiento continuo de tristeza, falta de ganas y fuerzas de realizar las actividades que antes les satisfacían, aislamiento social, alteraciones en la alimentación y en el sueño, etc. pueden llegar a la privación voluntaria de la vida.

Para ello en esta sesión final, se expondría la importancia que tiene el fortalecimiento de los recursos psicológicos como una estrategia de promoción de la salud y prevención de intentos autolíticos.

Las personas que presentan unos mayores recursos psicológicos tanto internos (personales) como externos (familia y grupo de amigos), tienen más posibilidades y capacidades de afrontar exitosamente situaciones adversas.

Mediante las sesiones anteriores los jóvenes logran nuevos conocimientos y habilidades de aumentar la autoestima-autovalía, conocen estilos de vida saludables en el ocio, factores de riesgo que acentúan la enfermedad y recursos sociales de apoyo y ayuda.

Como resultado obtenemos a nivel **individual**, incitar el autocontrol y la recuperación del equilibrio de emociones afectivas; a nivel **social**, trabajar las habilidades para pedir ayuda y apoyo a las personas cercanas, grupos e instituciones; y para finalizar a nivel **familiar** se promoverá la sensación de unión y apoyo, la expresión de las emociones y el ambiente familiar cordial, donde los conflictos o dificultades sean poco frecuentes.

Con esta última sesión pretendo romper el tabú y fomentar una actitud positiva solucionando el problema mediante una promoción-prevención integral de la salud.

5.6. Los Principios de Bioética³⁴

La necesidad de atención de la salud mental mediante principios y valores, radica en las connotaciones históricamente atribuidas a la enfermedad.

Los principios y valores suponen la guía para el ejercicio de la profesión de enfermería y a su vez, el objeto de trabajo de las enfermedades mentales.

Partiendo de Tom L. Beauchamp y James F. Childress quienes desarrollaron los cuatro grandes principios de la bioética, nos señalan la importancia de incluir nuestros objetos de investigación en la reflexión de los principios, y ello es lo que realizamos en este trabajo.

Mediante los grandes principios de justicia, beneficencia, autonomía y no maleficencia, quiero resaltar y reconocer la importancia de prevenir la depresión, en una población juvenil, base y futuro de nuestra sociedad.

Prevenir en enfermedades mentales, supone potenciar las capacidades del individuo, proporcionándole recursos y conocimientos suficientes para que logre mantener y desarrollar su autonomía.

En cuanto al principio de justicia, prevenir en enfermedades depresivas en jóvenes, supone un ahorro a largo plazo, en un contexto en los que los recursos son escasos y limitados. Resulta más efectivo el abordaje de una enfermedad antes de que aparezca. Así como, permite evitar las consecuencias sociales que conlleva la enfermedad mental (aislamiento, abandono, etc.). De esta forma, se cumple el objetivo de sostenibilidad, garantizando la gestión de los recursos escasos, y promoviendo la equidad.

Mediante este programa pretendo influir de forma positiva sobre la salud, promoviendo estilos de vida saludables, mecanismos de defensa mental, potenciando la autoestima y autovalía en los jóvenes, en una situación de pronóstico incierto. Por lo que, en un primer lugar, se cumple el principio de beneficencia y en segundo lugar, se evitan daños que contribuyen con el principio de no maleficencia.

6. CONCLUSIONES

1. Los jóvenes, es el colectivo más amenazado en el periodo de recesión, suponiéndoles un estado de desesperanza, pérdida de autoestima y autovalía.
2. La adolescencia-juventud es una etapa de gran vulnerabilidad en el que la presencia de otros factores de riesgo como conflictos familiares, presión social, acoso (bullyng) o discriminación, aumento de consumo de drogas y fracaso escolar se ven acentuados.
3. En este contexto, crecen las enfermedades mentales, y especialmente la depresión mayor.
4. Conocemos cómo la depresión provoca grandes repercusiones biológicas, económicas, psicológicas, sociales y familiares.
5. Por todo ello, debe ser abordada desde la investigación y fundamentalmente por los cuidados de enfermeros; e invertir en la prevención de la depresión en jóvenes supone un ahorro importante a largo plazo tanto económico (gasto público, desempleo, incapacidad, bajas, etc.) como de recursos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico en población adulta según sexo y grupo de edad (población de 15 y más años) [internet]. En: Encuesta nacional de salud 2011-2012. Disponible en: www.ine.es
2. Clínica Universidad de Navarra. Depresión [internet]. Disponible en: www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion-infantil-adolescente
3. Organización mundial de la salud. Prevención del suicidio (resumen ejecutivo) [internet]. OMS; 2014. ISBN: 978 92 4 256477 8. [2 pantallas aproximadas]. Disponible en: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
4. Congreso de luces y sombras. España invierte en salud la mitad que la media de Europa [internet]. El mundo. Barcelona; 17/02/2014. Disponible en: www.elmundo.es/salud/2014/02/17/53022e3222601def018b4570.html
5. Organización Mundial de la Salud. La depresión: una crisis mundial [internet]. OMS; 10/10/2012. Pág.1. Disponible en: www.who.int/mental_health/mhgap/UN_message_mhgap_2012_es.pdf?ua=1
6. Grupo de trabajo de la GPC sobre la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el adulto [internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Pág. 35. Disponible en: www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia_t201306GPCdepresion_adulto
7. Asociación Española de Psiquiatría Privada. 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental. Entre un 20% y un 25% de la población padecerá un trastorno ansioso-depresivo a lo largo de su vida [internet]. Barcelona; 7/10/2013. Disponible en: www.asepp.es/noticias/67/10-de-octubre-dia-mundial-de-la-salud-mental-entre-un-20-y-un-25-de-la-poblacion-padecera-un-trastorno-ansioso-depresivo-a-lo-largo-de-su-vida
8. Olivan Blázquez B., Montón Franco C., Magallon Botaya R. y López del Hoyo Y. Plantándole cara a la depresión. 1ª edición. Barcelona: editorial Erasmus; 06/2011. Pág.53- 83. ISBN: 978-84- 92806-58-4.
9. Marcus M., Yasamy M.T., Ommeren M., Chisholm D. y Saxena S. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression [internet]. A Global Public Health Concern. Geneva; 10/2012. Pág. 6.
10. Organización mundial de la salud. La depresión [internet]. OMS; 10/2012. Nota descriptiva N° 369. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/
11. Gracia Alonso A. La depresión en adolescentes (documento 5). En: La salud mental de las personas jóvenes en España. Revista de estudio de juventud, nº 84. Universidad Complutense de Madrid; 03/2009. Pág. 85- 99.
12. Melchior M., Chastang J.F., Head J., Goldberg M., Zins M., Nabi H., et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study [internet]. Mol Psychiatry. 2013; 18(1): pág.112–121. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526730/

13. García-Herrera Pérez Bryan J.M., Nogueras Morillas E., Muñoz Cobos F. y Morales Asencio J.M. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria [internet]. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga. 2011. ISBN: 978-84-939453-7-4. Pag.127-198. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_compl.
14. Rivadeneira C., Dahab J. y Minici A. El modelo cognitivo de la depresión. En: Revista de terapia cognitivo conductual. Volumen 22; 4/03/2013.
15. Vázquez C., Hernangómez L. y Hervás G. Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas [internet]. En: J.L. Vázquez-Barquero (ed.), las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos. Barcelona: Masson & Elsevier. Pág. 3-6. Disponible en: pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/Modelos%20Cognitivos%20+%20Graficas%20C.%20Vazquez.
16. Ministerio de Salud. Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión [internet]. 1ª edición. Santiago: MINSAL; 06/2013. Pág. 19. Disponible en: web.minsal.cl
17. Caruncho H. y Rivera-Baltanás T. Biomarcadores de la depresión [internet]. En: Rev. Neurol. Santiago de Compostela; 2010; 50 (8): pág. 462-473. Disponible en: www.neurologia.com/pdf/Web/5008/bd080470.pdf
18. Portalatín B. Mi vida no tiene sentido [internet]. El mundo; Actualizado 01/08/2012. Disponible en: www.elmundo.es/elmundosalud/2012/07/30/psiquiatriainfantil/1343666127.html
19. Instituto Nacional de estadística. Defunciones según la causa de muerte. Notas de prensa; actualizado en 31/01/2014. Disponible en: www.ine.es
20. Instituto Nacional de estadística. Defunciones según la causa de muerte. Notas de prensa; actualizado en 27/02/2013. Disponible en: www.ine.es
21. Brofill A. y Rebollo M. Los psiquiatras sitúan la prevención y la predicción del suicidio como el principal reto para los próximos años [internet]. En: Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona; 2010. Pág. 1-5. Disponible en: [www.sepsiq.org/psiquiatriabarcelona2010/NdP%201a%20JORNADA%20CONGRESO%20ACIONAL%20PSIQUIATRIA%20\(19102010\).pdf](http://www.sepsiq.org/psiquiatriabarcelona2010/NdP%201a%20JORNADA%20CONGRESO%20ACIONAL%20PSIQUIATRIA%20(19102010).pdf)
22. Fernández Esteban I., Almudena Aníño A. y Pinar López O. Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor [internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio madrileño de salud; 08/2011. Pág. 1-24 (criterios; nº 2). Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142668339980&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024
23. Williams M., Teasdale J., Segal Z. y Kabat-Zinn J. Vencer la depresión [internet]. Editorial Paidós Iberica; 2010. Pág. 26-28. ISBN: 9788449331015. Disponible en: books.google.es/books?id=GITdBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
24. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [internet]. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Pág. 37- 113. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

25. Álvarez Arzia M., Atienza Merino G., Heras Liñero E., Fernández Martínez R., Ferrer Gómez del Valle E. et al. Criterios de gravedad según CIE-10 y DSM-IV-TR [internet]. En: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia; 07/2009. Pág. 151- 153. ISBN: 978-84-95463-66-1. Disponible en: www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/documentos/anexos/anexo1.pdf

26. Calderón Gómez C., Mosquera Metcalfe I., Balagué Gea L., Retolaza Balsategui A., Bacigalupe de la Hera A., Belaunzaran Mendizabal J., et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta- revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Pública vol.88 n.1. Madrid; 02/2014. ISSN: 1135-5727. Disponible en: www.scielo.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000100008&script=sci_arttext

27. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [internet]. La Coruña: Elsevier; 06/08/2014. Disponible en: www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-mayor-adulto-medidas-generales-tratamiento-farmacologico/

28. Chinchilla Moreno A. La depresión y sus Máscaras. Madrid; editorial panamerica; 2008. Pág. 317-329. ISBN: 978-84-7903-871-7.

29. Dopheide J. Como reconocer y tratar la depresión en niños y adolescentes [internet]. American Journal of farmacia salud-sistema; 2006. 63 (3):pág. 233-243. Disponible en: www.medscape.com/viewarticle/524043

30. Figueroa G. La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor [internet]. Rev. Chil. neuro-psiquiatr. vol.40 supl.1. Santiago; 10/2002. ISSN: 0717-9227. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500004&script=sci_arttext

31. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care [internet]. London: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004. Pág. 14. Disponible en: www.scamfyc.org/documentos/depresion%20NICE.pdf

32. Vázquez C., Hernangómez L., Hervás G. y Nieto M. Evaluación de la depresión [internet]. En V. Caballo (ed.) Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos. Madrid. 2005. Disponible en: www.researchgate.net/profile/Carmelo_Vazquez2/publication/228557600_EVALUACION_DE_LA_DEPRESIN/links/09e415094065fcb1d4000000.pdf

33. Purriños M.J. Escala de Hamilton- Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) [internet]. Servizo de Epidemioloxia, Dirección Xeral de Saúde Pública, Servicio Galego de Saude. Disponible en: www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf

34. Siurana Aparisi J.C. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural [internet]. Veritas, nº22. Universidad de Valencia. 03/2010. ISSN: 0717-4675. Pág. 121-157. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf

Otras bibliografías:

- Nuñez L.A. Caso clínico 4: Todo queda en familia/sobredosis/demasiado joven [internet]. Pág. 123-129. Disponible en: www.madrid.org
- Pérez Milena A., Jiménez Pulido I. Atención integral al adolescente, casos clínicos [internet]. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Granada; 2014. ISBN-10 84-697-0022-7. ISBN-13 978-84-697-0022-8. Disponible en: www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2014008.pdf
- Robles L. Dieta mediterránea y actividad física, primordiales para la salud mental [internet]. EFE: salud. Madrid; 08/10/2013. Disponible en: www.efesalud.com/noticias/dieta-mediterranea-y-actividad-fisica-primordiales-para-la-salud-mental/
- Lazkanotegi Matxiarena U. Hábitos saludables en la enfermedad mental. Ona hospitalaria. 01-02/2013. Nº 39.
- Skogen C.J., Sivertsen B., Lundervold A.J., Stormark K.M., Jakobsen R. y Hysing M. Alcohol, droga y salud mental en adolescentes [internet]. 12/01/2015. Disponible en: www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85869
- Suarez R., Caballero A., de la Guardia C., Serrano N., Pascual F., et al. Grupo de trabajo ocio saludable [internet]. Foro “la sociedad ante las drogas”; 12/2010. Disponible en: www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/OcioSaludable.pdf
- Servicio Navarro de Salud. Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra [internet]. Pamplona; 07/2012. Disponible en: www.navarra.es/NR/rdonlyres/F349F797-9858-4326-8974-2EF2B7812FCB/250077/PlanSMNaAgosto2013.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión [internet]. EEUU.01/2009. Núm. SP 09-3561. Disponible en: www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml
- Heinze Martin G. y Camacho Segura P. Guía clínica para el manejo de la depresión [internet]. En: Guías clínicas para la atención de trastornos mentales. México en instituto nacional de psiquiatría; Edición 2010; ISBN: 978-607-460-144-2. Disponible en: www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf
- Generalitat de Catalunya Departamento de Salud. La psicoterapia en la red pública de salud mental y adicciones [internet]. Primera edición. Barcelona; 01/2011. Disponible en: http://www.feap.es/documentos/Generalitat_enero_2011_FEAP.pdf

- Perez Jarauta M.J., Echauri Ozcoidi M., Ancizu Irure E., Chocarro San Martin J. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de salud pública. Impresión: ONA Industria Grafica; 2006. ISBN: 84-235-2920-7978-84-235-29209.
- Espino Granado A. Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental) [internet]. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. 34 nº120. Madrid; 06/2014. ISSN: 0211-5735. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000200010&script=sci_arttext
- Víctor. OMS: el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes [internet]. Universia; 05/09/2014. Disponible en: noticias.universia.es/ciencia-ntt/noticia/2014/09/05/1110926/oms-suicidio-segunda-causa-muerte-jovenes.html
- Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª edición. Barcelona: Masson Elsevier; 2006. Pág. 199-215. ISBN 13: 978-84-458-1659-2. ISBN 10: 84-458-1659-4.
- Soutullo Esperón C. y Mardomingo Sanz M.J. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) Madrid: Médica Panamericana; 2010. Pág. 145- 167. ISBN: 978-84-9835-229-0.
- Pérez Camarero S., Calderón M.J., Hidalgo Vega A. e Ivanova A. Efectos de la crisis económica sobre la juventud española [internet]. Instituto Max Weber; 11/2010. Disponible en: www.imw.es/userfiles/file/Crisis%20economica%20jovenes%20Rev%2001%202011%20comp.pdf
- González, A. Hay riesgo serio de depresión en los jóvenes [internet]. En: el País. Madrid; 28/06/2013. Disponible en: sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/28/actualidad/1372445882_948062.html
- Mori N. y Caballero J. Historia natural de la depresión. En: Rev. Peru. Epidemiol. Vol. 14 Nº 2. 08/2010. Pág. 1-5. ISSN-e: 1609-7211. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987256
- Kirstin M. y Klein D. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica [internet]. Psicología Conductual. Vol. 8, Nº 3. Estados Unidos. 2000. Pág. 511-523. Disponible en: www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art06.3.08.pdf
- Departamento de salud mental y toxocomanias de Organización mundial de la salud. Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal

institucional [internet]. Ginebra; 2001. Disponible en:
www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf?ua=1

- Rivera Heredia M.E. Prevención del suicidio en los adolescentes. 1ª edición. Serie 4. México; 12/2010. Pág. 1-23. ISBN de la serie: 978-607-424-055-9.

8. ANEXO 1: Folleto educativo

Realizar ejercicio físico todos los días



- El abuso de alcohol o el consumo de otras sustancias empeora el estado depresivo y genera otros problemas

**LAS DROGAS
DESTRUYEN TU
¡FUTURO!**

**DROGAS
NO!**



¿A DONDE ACUDO SI CREO QUE TENGO DEPRESION?

RECURSOS SOCIALES DE NAVARRA

1) **Tu centro de salud**
→ centro de salud mental
Centro de salud de Elizondo: 948 581833
Teléfono de urgencias: 061 o 112.

2) **Asociaciones y Federaciones**
Ayudan a las personas con dificultades sociales, económicas, personales, familiares, educativas, etc. Actividades que realizan:

- Ludotecas y actividades de educación en el tiempo libre.
- Apoyo y seguimiento escolar.
- Colonias urbanas de verano.
- Excursiones, campamentos, acampadas etc.

Asociación Aidezar (948 227183)
Federación Batean (948 129706)
Asociación Umetxea Sanduzelai (948255584)
Federación Sinarzubi (948 130171)
Asociación Etxabakoitz Bizirik (948 258677)

UPNA: Trabajo Fin de Grado de Enfermería

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN JOVENES

"Nada no es felicidad si no se comparte con otra persona, y nada es verdadera tristeza si no se sufre completamente solo"



MAITE ETXEBERRIA-ALEMAN

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

¿QUE ES LA DEPRESION?

La depresión es un trastorno mental muy frecuente que afecta a los jóvenes con una sintomatología de tristeza, culpabilidad, apatía, irritabilidad, dificultad para concentrarse, pérdida de interés por las actividades que antes disfrutabas y falta de energía.

En ocasiones, la depresión puede llevar a dañarse a si mismo.

*** Tener depresión no es culpa de nadie ***

¿QUE FACTORES DE RIESGO PRESENTA LA DEPRESIÓN?

- Problemas escolares
- Depresión en los padres
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales (amigos).
- Situaciones conflictivas en el entorno (centro escolar, familia, trato diferente por la raza)
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado
- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas
- Abusar del alcohol o consumir otras drogas no solo no ayuda, sino que empeora la depresión.

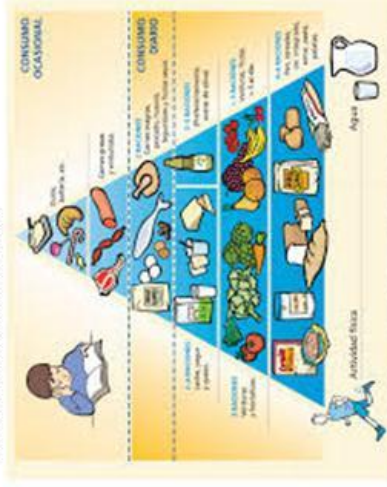
¿QUÉ PUEDO HACER SI ME SIENTO DEPRIMIDO?

- Habla con alguien de tu confianza sobre tus sentimientos: padres, algún familiar, un amigo o profesor.
- Acude a tu médico u otro profesional sanitario, para recibir ayuda y apoyo, y tratarlo.



CONSEJOS PARA LOGRAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

- Mantener una dieta equilibrada y variada para mejorar la calidad de vida



- En el ocio realiza actividades que te hagan disfrutar: deporte, bailar, música, idiomas, ir de excursión, etc.
- Mantener relaciones sociales para aumentar el bienestar personal (familia, amigos)
- Obtener un descanso mental con la meditación y relajación, eliminando así preocupaciones
- Mantén una rutina de sueño
- Aumenta tu autoestima y autovalía: concéntrate en tus logros no en tus fracasos, quita la idea de la perfección y adopta tu propio estilo, céntrate en lo positivo, explora tus pasiones, quíete más, confía en ti, no generalices ni compares, evita las personas negativas y encuentra gente que te comprenda.

9. ANEXO 2: Consejos para aumentar la autoestima

CONSEJOS PARA AUMENTAR TU AUTOESTIMA



La clave para verte y sentirte mejor es aceptarte tal y como eres.; tú eres lo más importante. ¡Cuídate y ámate!

1. Haz una lista de 10 cualidades positivas acerca de ti misma
2. Valórate dignamente y busca tu felicidad, pues si tu no lo haces ¿Quién lo hará por ti?
3. Deja de tener pensamientos negativos sobre ti mismo. En vez de criticarte, empieza a pensar en aspectos positivos que los contrarresten.
4. Pásatelo bien. Disfruta pasando tu tiempo con personas que te importan, que reconozcan tu fuerza y tu belleza interior, y realiza cosas que te gustan



5. Considera los errores como oportunidades de aprendizaje.
6. Prueba cosas nuevas. Experimenta con diferentes actividades que te pongan en contacto con tus aptitudes, así te sentirás orgullosa de las nuevas habilidades que has adquirido.
7. Identifica los aspectos que puedes cambiar y lo que no. Si hay algo tuyo que no te hace feliz y puedes cambiarlo, empieza ahora mismo.

*“ No esperes que los demas te quieran
si no sabes quererte a ti mismo”*



8. Colaborar en labores sociales (ayudar a tu compañero con sus problemas de clase, hacer voluntario de alguna asociación, etc.), te hará sentir útil. Reconocer tu ayuda hará maravillas para aumentar la autoestima.
9. ¡Haz ejercicio! Mitigaras el estrés y estarás más sano y feliz.
10. Ponte como objetivo el logro en vez de la perfección. Fíjate metas, pensando en lo que te gustaría conseguir y luego diseña el plan para lograrlo.



TÚ VALES MUCHO

*No necesitas compararte con nadie,
se tú misma
sin pretender complacer a los demás
pero siempre buscando su bien.*