

Titulillo: PROYECTO DE GRADO

Proyecto Educativo Sobre la Prevención de la Depresión Infantil para Agentes Educativos

Sara M. Echeverri; Katherine Dennis; Ana M. Castillejo & Paula Jaramillo

Universidad Ces

Medellín

Tabla De Contenido

	Pagina
❖ Introducción	3
❖ Planteamiento del problema	4
❖ Justificación	9
❖ Objetivos	12
❖ Marco teórico	12
♦ Depresión	12
♦ Niñez	16
♦ Prevención	17
♦ Agentes educativos	18
♦ Educación	21
♦ Salud mental	22
❖ Diseño metodológico	22
♦ Enfoque	22
♦ Población	23
♦ Descripción de actividades	23
❖ Monitoreo y evaluación	36
❖ Plan operativo	38
❖ Cronograma	45
❖ Presupuesto	48
❖ Bibliografía	50
❖ Anexos	55
♦ Directorio telefónico de apoyo	55
♦ Caso clínico	57
♦ Guion	58

Introducción

A continuación se encontrará el desarrollo de un proyecto educativo sobre la depresión infantil para agentes educativos de la ciudad de Medellín, Colombia. Por medio de este proyecto se espera capacitar, informar y sensibilizar a los agentes educativos sobre la depresión infantil y su detección e intervención adecuada con el fin de aportar a su prevención.

Este trabajo consta de dos momentos principales, en un primer momento se identificó la depresión infantil como una situación problemática, con sus posibles causas y consecuencias, esto se realizó a través de un rastreo de antecedentes sobre estudios e investigaciones, leyes, proyectos vigentes e información general de la depresión infantil con el fin de sustentar esta situación como una problemática actual.

En un segundo momento, se realizó el diseño de una propuesta de un proyecto educativo con el fin de aportar a la de prevención de la depresión infantil, basado en los diferentes resultados obtenidos del rastreo mencionado anteriormente.

Planteamiento Del Problema

La Depresión Infantil es entendida como una entidad independiente psicopatológica formada por una agrupación de diversos síntomas y causas, y también como una psicopatología que puede afectar continuamente el desarrollo de un sujeto (Harrington, R. 2005).

Aunque la depresión infantil se conciba como una entidad independiente, no suele presentarse de forma aislada como un cuadro único, sino que es más habitual su asociación a otras entidades psicopatológicas (Yunes R, Braier M. 2008). En general, la depresión infantil tiene un modo de presentación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. Es precisamente este carácter polimorfo lo que hace difícil su detección e intervención (Yunes R, Braier M. 2008). Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo, por ejemplo, la irritabilidad, la cual constituye un síntoma característico de la depresión infantil. La depresión en los adolescentes tiene a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta (Yunes R, Braier M. 2008).

Las dificultades que se pueden experimentar en la identificación y delimitación de esta patología hacen que muchas veces, aun hoy en día, pase desapercibida por los maestros y los familiares que conviven diariamente con los niños (Yunes R, Braier M. 2008). No diagnosticar estos niños afectados a tiempo puede generar fracaso escolar y alteraciones cognitivas y afectivas del niño y el futuro adolescente (Harrington, R. 2005). Por lo tanto es importante hacer programas de prevención y detección en etapas muy tempranas ya que se ha observado que varios comportamientos de la infancia pueden ser predictores de conductas depresivas a lo largo de la vida.

Actualmente a nivel nacional, departamental y municipal no se han establecido programas o proyectos que estén directamente relacionados con la depresión infantil, ya que las investigaciones en la que se basan estos proyectos no arrojan resultados epidemiológicos concretos los cuales permitan que la depresión infantil se posicione como un problema prioritario ante el cual se deba intervenir y/o realizar proyectos. Otra de las razones por las cuales hay ausencia de proyectos es que estas investigaciones no se han enfocado en estudiar la depresión infantil como una entidad independiente si no que estas apuntan a hacer una correlación con otras situaciones como la violencia, maltrato infantil, el suicidio, entre otras (Vélez G. P., Restrepo O. D., Besi F. D. & Trejos C. E., 2013)

Sin embargo los estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional, los cuales pretendían encontrar una relación directa entre la depresión y los diferentes factores ambientales, han arrojado como resultado que estos factores no están tan estrechamente ligados a la depresión, sino que esta se asocia más que todo con bajos niveles de autoesquemas y entornos familiares (Vélez G. P. et al. 2013). No obstante es importante tener en cuenta que las diferentes investigaciones proporcionan una información ambigua, no solo en cuanto a temas de definición, causas y síntomas, sino también en cuanto a la tasa de prevalencia (Vélez G. P. et al. 2013).

En un estudio realizado en España con 404 niños, se encontró que los trastornos depresivos eran el segundo diagnóstico más frecuente (tras los trastornos de conducta) con un 14,6% de los casos que demandaron atención. En este porcentaje se incluyó también el diagnóstico de trastorno de adaptación, subtipo depresivo. Si solo se incluía el trastorno depresivo mayor y la distimia, la prevalencia de los trastornos depresivos fue del 7,4% de la muestra total (Alaéz M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. 2000)

“Estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4-2,5% y del 5-8,3% entre adolescentes 10-12. Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%¹³, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario” (Petti TA. 1998).

Según lo encontrado en la búsqueda realizada, no existe una sola razón por la cual se puede dar la depresión en la infancia, pero hay diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que ésta se pueda desarrollar, dentro de los cuales la familia y el entorno son los principales (Cruz, J. 2005). Estos factores de riesgo tienden a ser de carácter no predecible en el ambiente diario, son recurrentes a lo largo del tiempo y el niño los percibe como fuera de su control. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre padres e hijos; también son factores de riesgo las distintas formas de maltrato incluyendo el abuso físico, sexual, emocional y la negligencia en el cuidado, así como eventos vitales negativos, el divorcio (National Collaborating Centre for Mental Health, CCMH, 2005), pérdida de amistades o la muerte de un familiar o amigo (CCMH, 2005). La depresión en los padres como también el alcoholismo familiar, se consideran factores de riesgo importantes ya que se ha visto que hijos de padres con estas características presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar el mismo (CCMH, 2005). El bullying (o acoso por parte de iguales) es también un factor de riesgo importante de depresión (Aslund C, Nilsson KW, Starrin B, Sjoberg RL, 2007).

Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión (Costello EJ. 1989), sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental (Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. 2003).

Es importante tener presente que según la Ley 1616 (2013) y la Ley 1098 (2006), se deben establecer acciones en promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, en acción conjunta con el derecho a la psicoeducación, la cual se debe brindar tanto a nivel individual como familiar; de esta forma se garantiza la participación efectiva y vinculante de comunidades, sectores sociales y ciudadanía. Estas acciones deben incluirse en los planes decenales y nacionales en salud pública, afectando positivamente los determinantes de la salud mental, tales como: inclusión social, disminución de la discriminación, prevención de la violencia, acoso escolar, prevención del suicidio, y priorizando niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, pues la salud es entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo ausencia de enfermedad (Congreso de Colombia, 2006; congreso de la Republica, 2013).

Por otro lado, el departamento de prosperidad social en asesoría del Ministerio de Salud debe constituir y participar en asociaciones fundaciones o entidades que promuevan programas de atención; a su vez, el Ministerio de Educación y el de Salud y Protección Social deben diseñar acciones intersectoriales, fomentando competencias para los estudiantes, tales como la convivencia escolar, haciendo énfasis en promoción de la salud, diseño de estrategias que

favorezcan la integración y garanticen la atención oportuna, continua y pertinente. (Congreso de la Republica, 2013)

A nivel general y planteado desde la Constitución Política de Colombia (1991), los niños y adolescentes merecen una atención prioritaria; estos tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Los agentes encargados de velar por este derecho son los padres, establecimientos educativos y el sistema de seguridad en salud, los cuales deben cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley 1098 (2006). (Congreso de Colombia, 2006)

Por último, es fundamental conocer que el Estado tiene como obligación adelantar una política de prevención, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran, pues todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano, en donde se incluya la participación activa de la comunidad. El proceso educativo se desarrolla en la familia, en el establecimiento educativo, en el ambiente y en la sociedad, pues este va de la mano con la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre. (Constitución política de Colombia, 1991; Congreso de la Republica, 1994)

De acuerdo a todo lo mencionado anteriormente, podemos concluir que existe una entidad psicopatológica la cual tiene repercusiones sobre el rendimiento escolar, el entorno familiar y el continuo desarrollo del niño afectado, por lo cual es importante dar luz sobre esta

problemática. El problema central radica en que existe mucha ambigüedad y diversidad de la información, así como poca especificidad de las leyes, además el sistema de salud actual no plantea un modelo de intervención ni de detección claro. Esto ha hecho que realmente no se hayan desarrollado proyectos e intervenciones que trabajen específicamente sobre esta problemática, lo cual está afectado directamente la salud mental de la niñez en nuestro contexto. Siendo congruentes con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007) y teniendo en cuenta nuestras intenciones de aportar a la prevención de depresión infantil con este proyecto educativo, consideramos importante incluir la promoción de la salud mental ya que esta se entiende como un medio preventivo para trastornos mentales como a depresión infantil. Según la OMS (2007) el principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez. La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participan diversos sectores del gobierno como organizaciones e instituciones educativas (OMS, 2007). Por lo mencionado anteriormente se identifica la necesidad de plantear unas pautas concisas de detección y prevención para los padres de familia e instituciones educativas de la ciudad de Medellín, Colombia, con el fin de reducir la prevalencia y los problemas secundarios asociados a esta problemática.

Justificación

En los últimos años se ha visto un incremento significativo en la prevalencia de la depresión a nivel mundial, y de forma paralela, una disminución de la edad de comienzo, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la depresión como un problema de salud pública que afectaría aproximadamente a 120 millones de personas, de los cuales menos

del 25% tienen acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados (OMS, 2011). La OMS postula también que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumenta en combinación con situaciones de estrés como las que vivimos con frecuencia en nuestro país tales como el desplazamiento, la violencia, dificultades económicas, alta tasa de desempleo etc. Por todo esto se dice que la depresión pasará a ser la segunda causa de discapacidad para el 2020 (OMS, 2011)

Más de 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado (Marcelli D. 1992). Algunas de las razones posibles son según Marcelli D (1992) las siguientes:

- Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en niños y en adultos
- Mayor dificultad de los niños para identificar lo que les ocurre
- No creencia entre los padres o familiares de la existencia de depresión en estas edades, no querer reconocerla por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores.
- Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de los niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales sanitarios.
- No existencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia.

En los niños y adolescentes, la depresión tiene un impacto importante sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Es importante también resaltar la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y la edad adulta (Marcelli D. 1992). Por otro lado los trastornos depresivos son asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas

delictivas y con aumento de la violencia y la agresividad, por lo que la depresión en la niñez y la adolescencia, además de tener un alto costo personal, puede llevar a un grave costo para la sociedad (Marcelli D. 1992).

Es importante llevar a cabo este proyecto enfocado a los padres y maestros, ya que la comunidad educativa está conformada por estudiantes o educandos, educadores, padres de familia o acudientes de los estudiantes, egresados, directivos docentes y administradores escolares. Todos ellos, según su competencia, deben participar en el diseño, ejecución y evaluación de Proyectos Educativos Institucionales y en la adecuada marcha del establecimiento educativo, pues se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, la cual va de la mano con el ámbito educativo. A su vez, según lo estipulado en la Ley general de educación (1994), la familia debe informarse sobre el rendimiento académico y el comportamiento de sus hijos, y sobre la marcha de la institución educativa, y en ambos casos, participar en las acciones de mejoramiento, buscar y recibir orientación sobre la educación de sus hijos para así poder brindarles un ambiente adecuado para su desarrollo integral. (Constitución política de Colombia, 1991)

Siendo la depresión infantil uno de los principales factores de riesgo para el suicidio y sabiendo su repercusión sobre la estructura personal, familiar y social, la prevención e intervención de esta se considera de gran importancia para la sociedad. Debido a lo anterior, la elaboración de este proyecto se basa en lograr una sensibilización de los padres y los maestros, los cuales según La ley 1098 (2006) deben estar informados, capacitados y disponibles para llevar a cabo una adecuada atención prioritaria a niños y adolescentes; de esta forma podrán

prevenir, identificar y manejar la depresión infantil de forma adecuada y oportuna con el fin de reducir los problemas secundarios asociados a la depresión infantil, brindar la atención obligatoria y aclarar la ambigüedad de la información existente.

Objetivos

Objetivo General

Educar sobre la Depresión Infantil y su detección adecuada a agentes educativos con el fin de aportar a su prevención.

Objetivos Específicos

- ✓ Informar a los agentes educativos sobre las definiciones, etiología, posibles intervenciones y redes de apoyo relacionadas con la depresión infantil.
- ✓ Sensibilizar a los agentes educativos sobre la problemática y la importancia de la intervención y detección adecuada de la depresión infantil
- ✓ Capacitar a los agentes educativos sobre la oportuna detección y adecuado manejo de un niño con depresión infantil
- ✓ Fortalecer estrategias teórico-prácticas y aportarle a los agentes rutas de atención vigentes.

Marco Teórico

Depresión

Para la elaboración de este proyecto entenderemos la depresión infantil desde varias miradas. Una de ellas, es la establecida en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos

mentales, [DSM-IV-TR] (2010), en el cual se utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, que requiere una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en: leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas 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, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

<p>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).</p>
<p>E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>

Por otro lado, de acuerdo a la OMS (2004), se han establecido tanto factores de riesgo específicos de la depresión (por ejemplo depresión de los padres, condiciones depresogénicas) como factores de riesgo genéricos (por ejemplo; crianza inadecuada, abuso y abandono de menores, eventos traumáticos, intimidación de compañeros), a su vez, se establecen los factores de protección (por ejemplo, sentimiento de dominio, autoestima, autoeficacia, resistencia al estrés, apoyo social). Se ha observado que el fortalecimiento de los factores de protección en las poblaciones reduce la sintomatología depresiva. Algunos ejemplos incluyen los programas realizados en el hogar que se enfocan en el desarrollo de las habilidades cognitivas, solución de problemas y destrezas sociales de niños y adolescentes

Otra de las miradas bajo las cuales entenderemos la depresión infantil, es la planteada por Margaret Mahler (citada por Yunes & Braier, s.f.), la cual propone que en la etapa de separación/individuación, que se da entre el primer y tercer año de edad, hay cambios en la psicodinámica del niño y se da el derrumbamiento de la creencia de su propia omnipotencia, lo que producirá una reacción depresiva de base; sostiene que si bien la respuesta depresiva es una reacción afectiva normal, a partir del momento en que el niño dejando en forma gradual su omnipotencia mágica, experimenta de forma más clara los obstáculos que encuentra en su camino, y se ve confrontado con sus propias limitaciones y las de sus padres, es por otro lado la intensidad y la duración aumentada de esta respuesta depresiva en algunos niños durante el proceso de separación/individuación, lo que crea la tendencia afectiva a la depresión como proceso psicopatológico (Margaret Mahler citada por Rodríguez, s.f.), en otras palabras, es la ausencia del agente cuidador durante los momentos en que el niño se enfrenta con sus limitaciones lo que hace que se empiece a crear o se establezca un estado depresivo, pues para

esta etapa evolutiva es de vital importancia sentir la compañía y la carga emocional positiva brinda por el cuidador y en ese sentido poder adquirir las estrategias de afrontamiento necesarias para no caer en el estado depresivo mencionado anteriormente. Es de vital importancia tener presente que así como es fundamental transmitirle al niño la presencia de apoyo durante los momentos de frustración, es igual de indispensable permitirles un tiempo considerable para que éste se sienta frustrado.

Teniendo en cuenta lo anterior, cuando se logra identificar un cuadro depresivo en un niño o en un joven, habría que tener presente la controversia de si éste puede ser considerado como un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa ya un fenómeno patológico (Rodríguez, J., s.f.)

Niñez

En este punto debemos señalar que a lo largo del tiempo el concepto de niñez ha tenido algunas variaciones, así como también diferentes puntos de abordaje; es por esto que debemos dejar claridad en que para este proyecto será entendida la primera infancia como el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de un individuo (OMS, 2013). Para todos los niños, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y la participación permanentes, previniendo posibles retrasos del desarrollo y discapacidades (OMS, 2013). Además de la definición mencionada anteriormente de la infancia incluiremos los estadios evolutivos que plantea Piaget, ante lo cual, entenderemos que la etapa sensoriomotora va desde el nacimiento hasta los 2 años; esta se caracteriza por una conducta del niño esencialmente motora,

donde no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni se piensa mediante conceptos; es el estadio de los mecanismos reflejos congénitos (Piaget, 1942).

Además entenderemos por niñez la etapa que corresponde al ingreso del niño en la escuela, lo que significa la convivencia con seres de su misma edad y, por lo tanto, iguales en derechos y deberes, lo cual influye en su proceso de socialización; en esta etapa se desarrolla también su pensamiento lógico, controlando la imaginación desbordante que imperaba en la etapa anterior, el niño se vuelve más objetivo, siendo ya capaz de ver la realidad, tal como esta es y no como se la imaginaba.

Ya que este proyecto pretende abarcar las edades entre 6 y 12 años también tendremos en cuenta la etapa de operaciones concretas de Piaget la cual va desde los 18 meses hasta los 12 años, esta se caracteriza por juego simbólico, evocación de objeto ausente, lenguaje, imagen mental gráfica y recuerdo. (Piaget, 1942). Es importante tomar en cuenta estas consideraciones puesto que dependiendo de la etapa en la que se encuentre el niño sus demandas hacia los cuidadores serán diferentes y la respuesta de estos frente a dichas demandas podrá marcar para bien o para mal el futuro desempeño del niño.

Prevención

Si bien nuestro proyecto está centrado en la depresión infantil, es importante tener en cuenta que mediante éste queremos lograr un posicionamiento de las familias como agentes educativos participadores activos en la prevención de este trastorno.

En esta medida, la prevención de la enfermedad será entendida, de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2004), como la aplicación de diversas técnicas o la realización de diferentes acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de

"reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad "(Mrazek & Haggerty, citado por OMS, 2004), en otras palabras, la prevención será entendida bajo tres fines principalmente: evitar que aparezca la enfermedad (prevención primaria), hacer que desaparezca la enfermedad (prevención secundaria) y que aquellas personas afectadas por la enfermedad desarrollen capacidades que compensen las lesiones que esta origine (prevención terciaria)

Teniendo en cuenta los niveles anteriores, este proyecto estará enfocado a realizar acciones de prevención primaria, las cuales serán entendidas, de acuerdo a los lineamientos planteados por la OMS (2004), como el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada; también se incluirán actividades que busquen el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades ya sea que estén riesgo o no.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que ante la prevención es posible realizar tres tipos de intervención: universal, selectiva e indicada (OMS, 2004). En nuestro proyecto la intervención será universal ya que este será dirigido al público en general, es decir, a un grupo de agentes educativos que no han sido identificados sobre la base de mayor riesgo.

Agentes educativos

Es importante entonces entender que los agentes educativos se definen como “Todas aquellas personas vinculadas o no a las instituciones públicas o privadas que sin ser docentes han sido capacitadas formalmente o en la práctica” (Lara Lara & S. de Osorio, 1991).

También, de acuerdo al Ministerio de Educación Nacional se entiende un agente educativo como “todas estas personas que interactúan de una u otra manera con el niño y la niña agencian su desarrollo, aunque no lo hagan intencionalmente. Por esto se les llama "agentes educativos" y están involucrados en la atención integral de niños y niñas menores de cinco años. Éstos deben ejercer el principio de corresponsabilidad que nos impone la ley tanto a la familia, como al Estado y a la comunidad” (Ministerio de Educación Nacional, 2013).

De acuerdo con Amartya Sen (2000) y sus conceptos de agente y agencia, una educación debería buscar tanto dar conocimientos, como salir adelante frente a circunstancias que afectan su libertad. Desde esta perspectiva se define como agentes educativos responsables de la educación de la primera infancia aquellos que

...”deben adelantar procesos educativos intencionados, pertinentes y oportunos generados a partir de los intereses, características y capacidades de los niños y niñas, con el fin de promover el desarrollo de sus competencias, liderando un cambio cultural que impulse prácticas pedagógicas acordes con este marco. Por lo tanto, se espera que los agentes educativos asuman su papel como promotores del desarrollo de competencias, a partir de la observación, el acompañamiento intencionado, la generación de espacios educativos significativos y el conocimiento de quienes son aquellos niños y niñas” (A. Sen, 2000)

De acuerdo a lo anterior, podemos encontrar agentes educativos principalmente en los ámbitos familiares, institucionales y comunitarios, en los cuales su función principal es siempre formativa.

Dentro de estos ámbitos el más importante para la formación en la niñez es la familia, ya que es el primer ámbito en el cual se relaciona y en el cual se dan las principales pautas morales y de comportamiento en una cultura (Berger & Luckmann, 2001). La familia como primer ámbito en el cual interactúa el niño o niña será entendida para este proyecto como el más importante de los agentes educativos, ya que los hábitos, costumbres y valores, que juegan un papel fundamental en el desarrollo, se aprenden aquí. Por medio de la familia el niño o niña adquiere aspectos nucleares a la personalidad como son el auto concepto y la disciplina (Berger & Luckmann, 2001). El niño o niña acepta los roles y actitudes de aquellas personas y se apropia de ellos, y debido a esto es capaz de identificarse el mismo y de alcanzar una identidad propia (Berger & Luckmann, 2001).

Luego de la familia, la segunda agencia educativa con la que interactúa el niño es la institucional. En este ámbito se encuentran agentes educativos como son los maestros, a quienes el Ministerio de Educación Nacional (2013) define como todas aquellas personas cuya vocación es formar, educar carácter y estructurar seres humanos. Dentro del ámbito institucional se encuentran también los directivos que se encargan principalmente de gestionar los cambios dentro de la institución en pro del adecuado desarrollo del niño o niña.

Por último, el tercer ámbito que entenderemos como agente educativo, es la comunidad. La comunidad hace parte de los procesos que ocurren a nivel familiar e institucional y es la comunidad la que proporciona aquellos parámetros con los que pretende formar las personas que están inmersos en ella, influyen la educación que se brinda en la escuela y la formación que se proporciona en la familia. Además dentro de la comunidad se encuentran los demás escenarios en los que los niños aprenden y experimentan con el entorno.

Educación

Puesto que nuestra principal meta es lograr una educación por parte de los agentes educativos, en cuanto a lograr una interiorización de diferentes aspectos en relación con la Depresión infantil y salud mental, debemos tener presente que “educación es un proceso exclusivamente humano, intencional, intercomunicativo y espiritual, en virtud del cual se realizan con mayor plenitud la instrucción/ información, la personalización y la socialización del hombre” (Fermoso, 1976), razón por la cual esta puede ser llevada a cabo por cualquier agente que promueva de forma intencional una instrucción/ información. Es precisamente ésta la concepción de educación que queremos se aborde en nuestro proyecto, pues es de vital importancia que los diferentes agentes educativos, mencionados anteriormente, se comprometan en este rol educativo y formativo, más allá de las delimitaciones establecidas por una planta física o por un título de maestro.

Como principio general, nos basamos en considerar el ambiente como instancia educativa en tanto está intencionalmente manejado, -entre bastidores, por la planificación escolar, que es ya intencionalidad. Un ambiente no tratado por el aliento humano, siquiera sea la carga ancestral

contenida en la cultura, no condiciona educación alguna. (Fermoso, P., s.f.), lo que manifiesta que lo principal y primordial para la educación será la intencionalidad y el aliento humano, pues la educación transforma y hace de la personas capaces de sobresalir y llevar a cabo las proezas que el ambiente trae para sí.

Educación no solo será entendida en términos de conocimientos o destrezas, sino que también apunta a la forma como los agentes educativos logren identificar y/o abordar los diferentes síntomas que los niños manifiestan en los diferentes entornos. Esta educación, está orientada a favorecer la prevención y el cuidado de la salud mental ya que los agentes educativos pueden realizar tareas preventivas y acciones conjuntas que estén en pro de mejorar la calidad de vida en el ambiente familiar, escolar y social de los niños.

Salud Mental

Entenderemos la salud mental no solo como la ausencia de trastornos mentales sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007).

Diseño Metodológico

Enfoque

El proyecto está planteado bajo un enfoque mixto ya que incluye perspectivas educacional-informativas y participativas (Gutiérrez, G., s.f.). El enfoque participativo se entenderá como la participación de los agentes educativos en todas las fases del proyecto, desde

el análisis de la situación hasta la evaluación de este, lo cual permitirá el empoderamiento de los participantes esperando promover la sostenibilidad del proyecto a futuro (Holt, C., Fawcett, S., Jerry, A., Loewenstein, M., Berkowitz, B. & Wolff, T., s.f.). El enfoque educacional-informativo se entenderá como la transmisión de información relevante sobre la depresión infantil con el fin de capacitar a los agentes educativos sobre su detección y manejo adecuado con el objetivo de aportar a su prevención (Gutiérrez, G., s.f.) , pues como mencionamos anteriormente, para este proyecto la educación no solo comprende el hecho de adquirir un aprendizaje sino también la capacidad de identificar y abordar diferentes problemáticas que promuevan la salud mental y aporten a la prevención, ya que los agentes educativos pueden realizar tareas preventivas y acciones conjuntas que estén en pro de mejorar la calidad de vida en los diferentes ambientes en los que se desenvuelven los niños.

Población

La población a la que está dirigida este proyecto son Agentes Educativos de la institución educativa Santa María de las Lomas de la ciudad de Medellín, Colombia. Esta institución se encuentra ubicada en el barrio Las Lomas, el cual pertenece a la zona periférica de Medellín, es un colegio mixto de alrededor de 300 alumnos. La mayoría de sus estudiantes son de escasos recursos económicos.

Descripción De Actividades

Fecha	Sesión	Objetivo	Justificación	Contenidos	Actividad	Duración
4 Agosto 2014	1	-Presentación de Programa con el fin de dar claridad sobre los temas a trabajar en el programa y los objetivos de estos.	-Es importante brindarles a los integrantes del grupo un cronograma a seguir así como una presentación inicial de los contenidos a trabajar para que estos tengan claridad sobre el objetivo del proyecto.	-Presentación de los profesionales del proyecto -Justificación del proyecto -Cronograma de las 10 sesiones a seguir	-Presentación del contenido y cronograma del programa a través de una presentación PowerPoint	30 minutos
		-Presentación de Grupo	-Es importante que los integrantes del grupo se conozcan ya que esto podrá propiciar un ambiente de confianza, lo cual facilitará el trabajo grupal en actividades posteriores.	-Presentación personal de cada integrante del grupo.	-Mesa redonda en la cual cada integrante se presenta ante el grupo mencionando su nombre, ocupación y que actividades realiza durante su tiempo libre.	15 minutos
		-Sensibilizar sobre la Depresión Infantil	-Sensibilizar al grupo sobre la Depresión Infantil permite introducir el tema, generar motivación y compromiso en los participantes.	-Video Informativo con imágenes y música relacionada con la Depresión Infantil	- Video & reflexiones posteriores al video en torno a las emociones que experimentaron los diferentes integrantes frente al contenido y la temática. Enfatizando en algunos temas que aparecen en el video como son la sintomatología, las fases y	30 minutos

		-Encuadre	-Establecer horarios, fechas y lugar donde se realizaran las actividades.	-Cronograma del proyecto	factores que influyen en la Depresión Infantil. http://www.youtube.com/watch?v=hEzmBywq0R4	15 minutos
6 Agosto 2014	2	-Indagar sobre conocimientos previos de padres y maestros sobre la Depresión Infantil	-Es importante para conocer qué aspectos se deben profundizar, cuáles deben ser aclarados y qué información se debe brindar en los talleres a seguir.	-Presentación de tres casos de depresión infantil.	-Análisis de Caso grupal: Se le pide al grupo que se dividan en tres sub grupos, a cada uno de los cuales se le asignará un caso mediante el cual se les pedirá que identifiquen posibles anomalías, síntomas, aproximación diagnóstica y cómo lo abordarían. -Mesa redonda en la cual los tres sub grupos presentarán su caso y las conclusiones a las que llegaron; se invita a los otros sub grupos a que	45 minutos

		<p>-Dar información sobre la situación del contexto actual, definiciones, tablas diagnósticas y síntomas utilizados en el sistema de salud para la depresión infantil</p>	<p>-Es importante porque permite dar una primera aproximación teórica clara y concreta de la depresión infantil en el contexto Colombiano.</p>	<p>-Diapositivas que contengan información teórica y contextualizada sobre conceptos como: la definición, síntomas, estadísticas e intervención de la depresión infantil</p>	<p>opinen sobre el caso que se acaba de presentar.</p> <p>-Presentación de diapositivas informativas sobre la Depresión Infantil. Los temas a tratar en esta serían: definición, síntomas, estadísticas, contextualización teórica e intervención.</p> <p>-Nuevamente se realiza un mesa redonda en la cual se puntualiza la información que tenían correcta y cuál de esta nueva información brindada en la presentación les serviría para mejorar y complementar el análisis de los casos.</p>	<p>45 minutos</p>
<p>11 Agosto 2014</p>	<p>3</p>	<p>-Conocer qué entienden los agentes educativos por salud mental</p>	<p>-Es importante porque este concepto es básico a la hora de trabajar y entender los diferentes trastornos mentales como la depresión infantil.</p>	<p>-Palabras claves relacionadas con la definición de salud mental</p>	<p>-Se realizará una actividad lúdica, en la cual se dividirá el grupo en 5 sub grupos a los cuales se les dará una lista de palabras claves relacionadas con la definición de salud mental; estos deberán construir una</p>	<p>35 minutos</p>

		<p>-Indagar sobre factores de riesgo y protección relacionados con la salud mental conocidos por los A.E</p>	<p>-Es importante porque nos dará herramientas de trabajo para las sesiones a seguir en cuanto nos permite identificar qué conocimientos, mitos y vacíos existen en torno a los factores de protección y riesgo.</p>	<p>-Palabras significativas relacionadas con el tema de factores de riesgo y protección que influyen en la salud mental, escritas en fichas bibliográficas</p>	<p>definición de S.M en torno a la palabra que les correspondió. Las palabras claves serian: bienestar, estado, salud, enfermedad, mente, potencialidades, cuerpo, desarrollo, contexto, familia, factores de riesgo, agentes de salud.</p> <p>-Las coordinadoras del proyecto van presentando palabras escritas y el grupo deberá llegar a un consenso que permitirá ubicar la palabra en el lado del tablero ya sea en el de los factores protectores o en el lado de los factores de riesgo.</p> <p>-Se pregunta a los A.E. sobre si consideran que trabajar la salud mental en los niños es importante, y por que</p> <p>-Posterior a la pregunta planteada a la los A.E. se</p>	<p>40 minutos</p> <p>15 minutos</p>
--	--	--	--	--	---	-------------------------------------

					pasará a informar sobre la estrecha relación entre salud mental y depresión infantil.	
13 Agosto 2014	4	-Sensibilizar a los A.E. sobre las posibles causas de la D.I.	-Es importante sensibilizar a los A.E sobre las causas de la D.I ya que genera un entendimiento e interés que les facilitará la detección oportuna, además llevará a reflexiones personales sobre su forma de relacionarse lo cual aportará a la prevención futura de esta.	-Relatos personales de los diferentes integrantes sobre situaciones, experiencias o anécdotas de su infancia que consideran que se relacionan con los factores de riesgo de la S.M trabajados en la sesión pasada.	- La actividad que realizaremos consistirá en que cada integrante escriba anónimamente una situación, experiencia o relato sobre su infancia la cual consideren podrían ser un factor de riesgo que haya influido negativamente en su salud mental, luego se coleccionarán y socializarán las diferentes experiencias o relatos con el fin de abrir espacio para hablar sobre las situaciones que vulneran la salud mental de los niños.	45 minutos
		-Informar sobre las posibles causas de la depresión infantil	-Es importante informar sobre las posibles causas ya que uno de los objetivos del proyecto es educar, y en segundo lugar porque la claridad sobre estas es una herramienta fundamental para la prevención del trastorno.	- Presentación de PowerPoint sobre las posibles causas de la D.I	-Presentación en diapositivas sobre las diversas causas de la D.I, enfatizando en las relaciones y el papel de la familia.	30 minutos

		-Conocer si la información que hemos brindado a los A.E. ha sido de forma clara y se ha logrado una adquisición de esta	-Nos permite evaluar la claridad de la información que se ha brindado y las posibles mejoras que se pueden realizar.	-Encuesta	-Realización de encuesta sobre la situación actual, el contexto actual, definiciones de la D.I. tablas diagnosticas y síntomas de la D.I.	15 minutos
18 Agosto 2014	5	- Reconocer la manera en la que las personas se han relacionado a lo largo de la vida	-Es importante para conocer los patrones relacionales que evidenciarán la manera como se relacionan actualmente con sus hijos, reflejando además un tipo de estilo de crianza.	-Información acerca de sus relaciones en la infancia.	-Actividad “EL VIAJE” Se entrega a los participantes un juego de siluetas (femenina-masculina) para que escriban en ellas y se les solicita que recuerden cómo los trataban sus padres: ¿Qué era lo que mas les gustaba?, ¿Qué era lo que menos les gustaba?, ¿Cómo se sentían en cada una de esas situaciones y esos momentos? Luego se socializan los recuerdos, y se les invita a que reflexionen sobre algunas de las actitudes que nuestros padres han tenido con nosotros cuando éramos niños y cómo estas han influido en nuestra forma de	45 minutos

		-Informar sobre la importancia de los vínculos y los estilos relacionales como posible causa de la depresión infantil.	-Es importante dar a conocer las teorías relacionales ya que mediante esta información se sustenta lo discutido anteriormente sobre la importancia de la relación en la prevención de la depresión infantil.	-Volante informativo	actuar pensar y sentir las cuales es muy probable que repitan con sus hijos. -Repartir un panfleto con la información teórica sobre las teorías relacionales que influyen en la depresión infantil, pedir que se dividan por grupos y lean la información. Reunirnos posteriormente en un círculo y discutir la información dada.	30 minutos
20 Agosto 2014	6	-Indagar qué comportamientos típicos para cada etapa evolutiva conocen los A.E para empezar a identificar que conductas no son esperables para momento evolutivo.	-La actividad permite que los A.E. identifiquen sintomatología en el comportamiento cotidiano de los niños porque permite articular la teoría con la práctica. Además esta permite que reconozcan que cada etapa evolutiva tiene sintomatología diferente y que estas son diferentes a la sintomatología en la adultez.	-3 Fichas bibliográficas, cada una con un rango de edad entre los 6-12 años.	-Actividad en la cual el grupo se divide en 3, en la cual ellos identifican el desarrollo normal y comportamientos típicos del momento evolutivo que les toque. Posteriormente se socializa con el fin de hablar sobre el desarrollo y el comportamiento “normal” de las diferentes edades	45 minutos

		-Aclarar los síntomas principales correspondientes a las diferentes etapas de desarrollo en la depresión infantil.	-Fortalecer habilidades para detección y concretar síntomas respectivos para cada edad.	- No se necesita material ya que es un conversatorio	-Con base en lo anterior se identifican los síntomas de la depresión infantil que corresponden a cada edad en base en la teoría y lo acordado en el grupo.	45 minutos
25 Agosto 2014	7	-Recalcar la importancia de la detección oportuna de la D.I en edades tempranas ilustrando también los efectos secundarios de la inadecuada detección de esta.	-Es importante porque permite ver un panorama sobre las diferentes consecuencias negativas de la detección inadecuada de la D.I. sensibilizando así sobre la importancia de la detección oportuna y adecuada.	-Diapositivas con información teórica y estadística sobre los efectos secundarios de la D.I.	-Presentación de power point sobre posibles efectos secundarios derivados de una depresión infantil no tratada, tales como: trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, problemas de aprendizaje y agresividad.	45 minutos
		-Generar conciencia sobre el suicidio como problema prioritario en salud y su correlación con la D.I.	-Es importante porque permite una sensibilización y contextualización sobre esta problemática tan común en nuestro contexto que se ha convertido en un problema prioritario.	-Presentación informativa sobre el suicidio en adolescentes en nuestro contexto.	-Presentación sobre estadísticas y relación entre la D.I y el suicidio en la adolescencia.	30 minutos
		-Sensibilizar sobre el suicidio en la	-Es importante porque facilita la interiorización,	-Video sobre suicidio en adolescencia.	-Video sobre suicidio en la adolescencia.	15 minutos

		adolescencia y sobre la importancia de la detección oportuna de la D.I.	Importancia e impacto del tema.		http://www.youtube.com/watch?v=MBynom-msuQ http://www.youtube.com/watch?v=IbRc-5CSNzY	
27 Agosto 2014	8	-Llegar a conocer como los A.E según los conocimientos adquiridos en sesiones anteriores, se acercarán e intervendrán a un niño con D.I.	-Es importante porque permite conocer tanto información clara adquirida como dudas, mitos e inquietudes sobre la intervención de la D.I.	- Guion para la coordinadora que realizara la interpretación de un niño con D.I.	-Actividad de juego de roles en la cual una de las coordinadoras representará a un niño con depresión infantil relatando síntomas, pensamientos y conductas. Posteriormente el grupo se dividirá en 3 subgrupos; familiares, educadores, amigos y comunidad; se le pide a cada subgrupo que sugiera como intervenir al niño desde cada rol asignado.	45 minutos
		-Educar a los A.E sobre el acercamiento e intervención adecuada más sugeridas para la D.I.	-Es importante porque permite dar a conocer información contextualizada y actualizada sobre las rutas de intervención sugeridas y el manejo de niños con D.I.	-Presentación de Prezi con contenidos sobre intervención y manejo de la D.I.	-Presentación de Prezi sobre las posibles rutas de intervención y manejo de la D.I. teniendo en cuenta los aportes de la actividad anterior.	45 minutos
1	9	-Conocer los	-Es importante ya que	- Casos de depresión	-Se realizará análisis de	50 minutos

<p>Septiembre 2014</p>		<p>aprendizajes adquiridos durante las sesiones anteriores sobre la detección e intervención adecuada y pertinente. Y promover la aplicación de estos conocimientos a la práctica de la vida cotidiana.</p> <p>-Proveerles a los A.E las diferentes rutas de atención a seguir posteriormente a una posible detección de D.I.</p>	<p>permite aplicar los conocimientos a la vida real y así promover la internalización de la información.</p> <p>-Es importante porque permite actualizar y contextualizar a los A.E sobre las posibles rutas de atención e instituciones disponibles de nuestra ciudad. Y además permite proveerles una red de apoyo por medio de la cual pueden facilitar una intervención eficaz.</p>	<p>infantil.</p> <p>-Diapositivas y volantes informativos sobre instituciones y rutas de atención.</p>	<p>casos individuales y la socialización grupal de los casos posteriormente. Los A.E. compartirán su caso al grupo, compartiendo también sus análisis, posibles dudas y apreciaciones. Grupalmente se trabajará el caso implementando los diferentes conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores.</p> <p>-Presentación de PowerPoint sobre las diferentes rutas de atención e instituciones disponibles para la D.I. Se entregaran volantes informativos con dicha información.</p>	<p>40 minutos</p>
<p>3 Septiembre 2014</p>	<p>10</p>	<p>-Conocer las apreciaciones de los integrantes sobre el tema y el proyecto,</p>	<p>-Es la última oportunidad para aclarar información, y es importante para la aplicación del proyecto a</p>	<p>-Opiniones y reflexiones frente la D.I. y el proyecto.</p>	<p>-Mesa redonda en la cual se reflexiona sobre los contenidos del proyecto y los diferentes aprendizajes</p>	<p>40 minutos</p>

		<p>para lo cual indagaremos sobre aprendizajes adquiridos, dudas, preguntas restantes y puntos fuertes y débiles del proyecto.</p> <p>-El objetivo del compromiso por parte de los A.E. es que sigan aplicando los aprendizajes adquiridos después de finalizar el proyecto y que se genere mayor pertenencia y responsabilidad frente el tema de la D.I.</p> <p>-Finalizar el proyecto</p>	<p>futuro ya que permite conocer las apreciaciones de los integrantes. También es importante en cuanto permite la evaluación de la pertinencia y eficacia del proyecto.</p> <p>-El compromiso es importante en cuanto promueve la sostenibilidad del proyecto y la divulgación del conocimiento adquirido en la comunidad.</p> <p>-Permite una buena impresión sobre el proyecto al finalizar para favorecer la sostenibilidad de este.</p>	<p>-Cartelera de los 5 aprendizajes más pertinentes del proyecto</p> <p>-Refrigerio</p>	<p>adquiridos, se aclaran dudas, preguntas y se anotan sugerencias para el mejoramiento del proyecto a futuro. Cada integrante del grupo habla sobre que le pareció el aprendizaje más valioso, lo que más le gusto y lo que menos le gusto.</p> <p>-Actividad en la cual construimos, entre todos los participantes del proyecto, 5 aprendizajes principales que el grupo considera que se deben seguir aplicando. Estos serán escritos en una cartelera y el grupo se comprometerá a seguir practicando estos. La cartelera se dejará en la institución posterior al finalizar al proyecto como recordatorio para todos los A.E.</p> <p>-Se ofrecerá refrigerio</p>	<p>35 minutos</p> <p>15 minutos</p>
--	--	---	---	---	---	-------------------------------------

		<p>con un refrigerio de gaseosas y torta, permite cerrar el proyecto cordialmente y agradecerle a los A.E. su participación.</p>			<p>durante la sesión.</p>	
--	--	--	--	--	---------------------------	--

Monitoreo Y Evaluación

Para nuestro proyecto utilizaremos dos tipos de sistemas evaluación; uno de ellos es la evaluación de proceso, la cual será entendida como una herramienta informativa que nos permite detectar oportunamente aquellos factores que facilitan o limitan el logro de los resultados esperados (Ministerio de educación nacional de la Republica de Colombia, 2008, p. 70). Esta su vez será realizada mediante tres momentos:

1. Sensibilización: la cual será evaluada en dos momentos, al inicio y al final del proyecto, los indicadores para medir que este objetivo se logró serán: 1) que en la segunda sesión haya una asistencia del 60% de los A.E. que asistieron inicialmente. Y 2) que al menos el 90% de los A.E. que asistan a la última sesión participen de manera activa y reflexiva en la elaboración del compromiso.

2. Aprendizaje adquirido: el cual se evaluará en un momento, teniendo como referencia el desempeño realizado por los A.E. en dos sesiones (sesión 2 y sesión 9); los indicadores para evaluar que este objetivo se logró serán: 1) que el 70% de los A.E. asistentes realizaron el análisis de caso y 2) que se evidencie un avance en cuanto a la comprensión de los síntomas y manejo de la depresión infantil del 30% en el segundo análisis de caso realizado por los A.E.

3. Claridad en la información brindada: la cual se evaluará en un solo momento, es decir, en la mitad del proceso (sesión 4) y el indicador para medir que este objetivo se logró será: que el 50% de los resultados obtenidos mediante una encuesta sean positivos, es decir, que mediante una escala de valoración de 1 a 5 el promedio del 50% sea mayor a 3,8.

El segundo tipo de evaluación que utilizaremos será la evaluación de resultados, la cual se entenderá como aquella que pretende comparar lo logrado en el desarrollo del plan con lo propuesto inicialmente (Ministerio de educación nacional de la Republica de Colombia, 2008, p. 70); esta se realizará en el momento de finalizar el proyecto, es decir, en la sesión 10. Los indicadores que medirán si el resultado fue el esperado son: 1) que el 40% de apreciaciones por parte de los A.E indiquen que se sienten satisfechos frente al proyecto, contenido y aprendizaje y 2) que haya un promedio del 25% de asistencia de los A.E durante toda la ejecución del proyecto.

Plan Operativo

Sesión	Actividades	Propósitos	Materiales	Método Evaluación	Indicadores	Fuentes de Verificación
1	<p>Presentación PowerPoint del Programa</p> <p>Mesa redonda, Presentación de Grupo</p> <p>Mesa redonda, Encuadre</p> <p>Video, Sensibilización Depresión Infantil</p>	<p>Crear en los Agentes Educativos una sensibilización frente el tema de la depresión infantil, así como también la presentación del cronograma y los integrantes.</p>	<p>-Aula de clase con capacidad para 30 personas min.</p> <p>-Videobeam</p> <p>-Computador</p> <p>-Diapositivas</p>	<p>-Análisis de narrativa de los A.E.</p> <p>-Asistencia</p>	<p>-70% respondió adecuadamente el consentimiento informado</p> <p>-En la sesión dos hay un 60% de asistencia</p>	<p>-Consentimiento Informado</p> <p>-Hoja de asistencia</p>
2	<p>Análisis caso grupal: Conocimientos previos de Agentes Educativos sobre D.I.</p>	<p>Conocer las fortalezas y debilidades del grupo frente al tema.</p>	<p>-Transcripciones de casos</p>	<p>-Análisis de narrativa de los A.E.</p> <p>-Análisis de casos</p>	<p>-30% del grupo participa en la discusión posterior al análisis de casos.</p> <p>-70% realizó los análisis de casos ilustrando sus conocimientos e hipótesis frente</p>	<p>-Contenidos de los análisis de casos</p> <p>-Análisis de casos entregados</p>

	Presentación PowerPoint: Informar sobre el contexto actual	Informar de forma clara y concreta.	-Videobeam -Computador -Diapositivas	-Análisis de participación -Asistencia	la D.I. -20% los A.E. se mostraron concentrados y participativos -20% asistencia	-Participación y observaciones por parte de las coordinadoras -Hoja de asistencia
3	Actividad lúdica: Conocer qué entienden los A.E. por salud mental. Cartones de palabras: Indagar sobre factores de riesgo y factores de protección relacionados con la salud mental conocidos por los A.E.	Conocer conceptos sobre la S.M. de los agentes educativos Identificar conocimientos, mitos y vacíos existentes frente a la S.M.	-Cartones con palabras claves -Cartones de Palabras -Cinta -Tablero	-Análisis de la construcción de los A.E. -Análisis sobre el resultado de la actividad -Análisis de narrativa por parte de los A.E. durante la actividad.	-Un 50% hizo construcciones a partir de las palabras claves de forma activa -30% se involucran positivamente en la actividad. -50% de la información dada por los A.E. corresponde a los factores de	-Definiciones construidas a partir de las palabras claves -Resultados de la actividad -Justificación de los resultados

					riesgo y protectores reales.	
				-Asistencia	-20% asistencia	-Hoja de asistencia
4	Escritura anónima de situación: Sensibilización sobre la etiología de la D.I. Presentación PowerPoint: Informar sobre la etiología de la D.I. Encuesta	Sensibilizar a los A.E. sobre la D.I. Educar y brindar información clara a los A.E. sobre la etiología de la D.I. Conocer si la información si hemos brindado ha sido clara y adquirida.	-Hojas -Lápices -Diapositivas -Computador -Videobeam -Encuesta -lapiceros	-Contenido bibliográfico -Participación -Análisis de narrativa de los A.E. -Asistencia -Realización de la encuesta	-30% realizan la actividad de manera activa. -20% de los A.E. realizan preguntas e intervenciones frente al tema presentado. -20% asistencia -50% de los A.E. demuestran conocimientos adquiridos	-Relatos bibliográficos -Participación de los A.E. y análisis por parte de los coordinadores -Hoja de asistencia -Hojas de encuesta

5	<p>“El viaje”: Reconocer patrones de relación de A.E.</p> <p>Panfleto: Informar sobre la importancia de los vínculos y patrones relacionales.</p>	<p>Conocer los estilos vinculares y tipos de crianza de los A.E.</p> <p>Educar sobre la importancia de los vínculos y patrones relacionales.</p>	<p>-Hojas con silueta -Lapiceros -Marcadores</p> <p>-Plegable con información teórica</p>	<p>-Contenido de las siluetas</p> <p>-Análisis de discurso</p> <p>-Asistencia</p>	<p>-30% de los A.E. completan la actividad adecuadamente</p> <p>-30% de los A.E. se muestran participativos</p> <p>-20% asistencia</p>	<p>-Siluetas realizadas</p> <p>-Participación de los A.E. -Observaciones por parte de las coordinadoras</p> <p>-Hoja de asistencia</p>
6	<p>Actividad grupal: Indagar conocimientos previos de los A.E. sobre conductas típicas de cada etapa evolutiva.</p> <p>Conversatorio: Aclarar los síntomas principales sobre la D.I. de acuerdo a la etapa de desarrollo.</p>	<p>Lograr identificar en la práctica cotidiana la teoría frente los síntomas.</p> <p>Educar y fortalecer habilidades para la prevención y detección.</p>	<p>-Fichas bibliográficas con rango de edad -Hojas -lapiceros</p> <p>-No materiales</p>	<p>-Contenido de fichas bibliográficas</p> <p>-Participación en conversatorio</p> <p>-Asistencia</p>	<p>-50% realizaron la actividad</p> <p>-30% participación</p> <p>-10% asistencia</p>	<p>-Fichas Bibliográficas</p> <p>-Participación de las coordinadoras</p> <p>-Hoja de</p>

						asistencia
7	<p>Presentación PowerPoint: Educar sobre posibles efectos secundarios de la D.I. y la detección oportuna de esta</p> <p>Conversatorio: Informar sobre el suicidio adolescente como problema prioritario en salud y su relación con la D.I.</p> <p>Video sobre el suicidio en la adolescencia</p>	<p>Informar sobre las consecuencias secundarias de la D.I. y sensibilizar sobre la importancia de la detección oportuna y adecuada.</p> <p>Sensibilización y contextualización sobre el suicidio en la adolescencia.</p> <p>Sensibilizar sobre el suicidio en la adolescencia</p>	<p>-Diapositivas -Computador -Videobeam</p> <p>-No materiales</p> <p>-Video -Videobeam -Computador</p>	<p>-Participación -Observaciones de las coordinadoras</p> <p>-Participación -Observaciones de las coordinadoras</p> <p>-Participación -Observaciones de las coordinadoras</p> <p>-Asistencia</p>	<p>-20% participación</p> <p>-20% participación</p> <p>-30% participación</p> <p>-20% asistencia</p>	<p>-Observaciones de las coordinadoras</p> <p>-Observaciones de las coordinadoras</p> <p>-Observaciones de las coordinadoras.</p> <p>-Hoja de asistencia</p>
8	Juego de roles: Conocer la	Conocer	-Guion para	-Participación	-40%	-Observaciones

	<p>asimilación de la información adquirida frente la depresión infantil y como manejarían un caso de D.I.</p> <p>Presentación Prezi: informar intervenciones más adecuadas para la D.I.</p>	<p>información adquirida, dudas e inquietudes.</p> <p>Brindar información contextualizada y actualizada sobre rutas de intervención y manejo de niños con D.I.</p>	<p>actores.</p> <p>-Internet -Computador -Presentación en prezi</p>	<p>activa de los A.E.</p> <p>-Concentración y participación</p> <p>-Asistencia</p>	<p>participación</p> <p>-30% participación</p> <p>-25% asistencia</p>	<p>por parte de las coordinadoras</p> <p>-Observaciones por parte de las coordinadoras</p> <p>-Hoja de asistencia</p>
9	<p>Análisis individual de casos; conocer y promover aprendizajes que se han adquirido durante las sesiones.</p> <p>Presentación PowerPoint:</p>	<p>Dar cuenta de la asimilación de conocimientos adquiridos en sesiones anteriores y promover la aplicación de estos.</p> <p>Proveer a los</p>	<p>-Casos -Hojas -Lapiceros</p> <p>-Computador</p>	<p>-Análisis de caso -Comparación con los análisis de casos anteriormente realizados.</p> <p>-Participación</p>	<p>-Se ve una mejora del 30% en los análisis</p> <p>-20%</p>	<p>-Análisis de casos -Análisis de casos previos</p>

	Informar sobre diferentes rutas de atención.	A.E. las diferentes rutas de atención y redes de apoyo disponibles.	-Videobeam -Diapositivas -Plegable informativo		participación	-Observaciones coordinadoras
				-Asistencia	-25% asistencia	-Hoja de asistencia
10	Mesa redonda: reflexiones sobre el contenido y ejecución del proyecto.	Conocer apreciaciones de los A.E. sobre el contenido y ejecución del proyecto.	-No materiales	-Apreciaciones y co-evaluaciones de los A.E.	-40% de apreciaciones positivas frente al proyecto, contenido y aprendizaje	-Observación por parte de las coordinadoras y opiniones por parte de los A.E.
	El Compromiso	Promover la sostenibilidad del proyecto y la divulgación del conocimiento adquirido	-Cartulina -Marcadores -Cinta	-Participación consiente	-30% asistencia -90% participación	-Hoja de asistencia -Observaciones de las coordinadoras
	Refrigerio	Concluir el proyecto y agradecerle la	-Refrigerio	-No evaluable	-No evaluable	-No evaluable

Presupuesto

PRESUPUESTO			
PAPELERÍA			
Cantidad	Descripción	Valor Unidad (\$)	Valor Total
3	Cartulina	800	2,400
2	Paca Hojas	9,500	19,000
1	Cinta	1,100	1,100
1	Tinta de impresión	50,000	50,000
1	Paquete Marcadores (x10)	32,000	32,000
1	Paquete Marcadores tablero (x4)	10,500	10,500
35	Bolígrafos	500	17,500
40	Papel periódico	200	8,000
		SUBTOTAL =	140,500
RECURSO HUMANO			
60	Hora de trabajo de las 4 profesionales en formación.	36,000	2,160,000
		SUBTOTAL=	2,160,000
VIÁTICOS			
160	Transporte	1,800	288,000
		SUBTOTAL=	288,000
OTROS			
3	Gaseosa	3,600	10,800
70	Empanadas	400	28,000

35	Palito de Queso	1,500	52,500
1	Paquete Servilletas	2,000	2,000
1	Paquete Vasos desechables (x50)	2,000	2,000
		SUBTOTAL=	95,300
		TOTAL RUBROS =	2,683,800

Bibliografía

Alaéz M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. 2000;12(4):525-32.

Aslund C, Nilsson KW, Starrin B, Sjoberg RL. Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(5):298-304.

Congreso de Colombia. (2006, 8 de noviembre) Ley 1098 Código de la infancia y la adolescencia. Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Especiales/SRPA/CIyA-Ley-1098-de-2006.pdf>

Congreso de la república. (1994, 8 de febrero) Ley 115 general de educación. Recuperado de http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Congreso de la república. (2013, 21 de enero) Ley 1616 de salud mental. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Costello EJ. Children psychiatric disorders and their correlates: primary care pediatric sample. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1989;28:851-5.

Cruz, V. J. (2008) Depresión infantil: incidencia, intervención e implicaciones en niños de educación especial, 17-43. Recuperado de:
http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/umtesis/tesis_educacion/jcruzvergara1712.pdf

Cuñat, C. (2010) La depresión en los niños volumen nº 46 NEL

El pueblo de Colombia. (1991) Constitución política de Colombia. Recuperado de
http://www.unesco.org/culture/natlaws/media/pdf/colombia/colombia_constitucion_politica_1991_spa_orof.pdf

Fermoso, P. (2003). Relaciones familiares: pareja, paternidad y fratria. En E. Gervilla (coord..) Educación familiar, nuevas relaciones humanas y humanizadoras (p.27) Fuenlabrada, Madrid: Narcea S.A.)

Fermoso, P. (s.f.) Educación. Recuperado de
<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Fermoso%20cap%208.pdf>

Gagliardi, P. (2001) Etapas evolutivas de los niños según Jean Piaget. Recuperado de:
<http://www.slideshare.net/eliheredia/etapas-evolutivas-segun-jean-piaget>

Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med.* 2003;33:1341-55.

Gutiérrez, G. (FECHA). Técnicas prácticas de intervención psicosocial- caja de herramientas.
Retomado de:

<http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>

Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and Adolescent Psychiatry.* 4th ed. Oxford: Blackwel Publising; 2005.

Holt, C., Fawcett, S., Jerry, A., Loewenstein, M., Berkowitz, B. & Wolff, T. (s.f.). Enfoques participativos para planificar intervenciones comunitarias. Caja De Herramientas comunitarias Capitulo 18, Sección 2. Recuperado de: <http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/analizar/donde-empezar/enfoques-participativos/principal>

Marcelli D. *Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal.* Barcelona: Masson. 1992

Ministerio de educación nacional de la Republica de Colombia (2008) *Guía para el mejoramiento institucional,* p. 70

Mosqueda, M. M. (2000) Un enfoque gestáltico de la depresión infantil, 107-108.

National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 [citado 8 ene 2008]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>

OMS. UNICEF. (2013) El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate, 11-13.

Organización Mundial de la Salud (2007) Salud Mental. Retomado de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

Organización Mundial de la Salud, Prevención de los Trastornos Mentales (2004). Informe compendiado de intervenciones efectivas y opciones de políticas. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Petti TA. Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1998;17(1): 49-59.

Polaino- Lorente, A. Domenech, LL. E. Garcia, V. A. Ezpeleta, A. L. (1998) Las depresiones infantiles, 124-253. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=YxCXh5ZvTksC&pg=PA217&lpg=PA217&dq=dep>

[resion+infantil+bowlby&source=bl&ots=uFfTdS_8Uu&sig=xS2kEtGC29OQefnXPVvlfmsMmEs&hl=es&sa=X&ei=5Y4OU8SgFcHesASLjoJo&ved=0CC4Q6AEwAQ#v=onepage&q=depression%20infantil%20bowlby&f=false.](http://www.bowlby.com/infantile/resion+infantil+bowlby&source=bl&ots=uFfTdS_8Uu&sig=xS2kEtGC29OQefnXPVvlfmsMmEs&hl=es&sa=X&ei=5Y4OU8SgFcHesASLjoJo&ved=0CC4Q6AEwAQ#v=onepage&q=depression%20infantil%20bowlby&f=false)

Rodriguez, J. (s.f.). Adolescencia. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0012.html>

Sen, A. (2000). Desarrollo y Libertad. Barcelona: Editorial Planeta.

Yunes R, Braier M. Depresión en niños y adolescentes. Biblioteca consulta PSI Infancia y Adolescencia [Internet]. Capital Federal - República Argentina: Psygnos web recursos informáticos; 2008 [citado 7 abr 2008]. Disponible en: http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/infancia/yunes_depre.htm.

Yunes, R. & Braier, M. (s.f.). Depresión. Recuperado de http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/infancia/yunes_depre.htm

Anexos

**Directorio Telefónico De Instituciones De Apoyo y Entidades Habilitadas En Medellín
Para La Prestación De Servicios Se Tratamiento De Depresión Infantil**

LÍNEA INFANTIL 106

Dirección: Call Center: CAM - Alpujarra piso 10 – Parte administrativa: Torre Argos Of. 1104 Av. Oriental

E-mail: corpolatin.ant@gmail.com

Teléfonos: 106 - 251 20 30

Servicios: Información, asesoría, intervención en crisis y remisión a instituciones

Población beneficiaria: Niños, niñas y adolescentes que se encuentren en una situación de vulnerabilidad de sus derechos o necesiten ser escuchados-as

Costo del servicio: Gratuito

PROYECTO APS BUEN VIVIR

Teléfono: 2 91 33 44 Atendida por profesionales en Psicología: Isabel Cristina y Melva Milena

Requisitos: Tener sisben 0, 1, 2 ó 3 de Medellín y vivir en la ciudad o corregimientos de: Santa Elena, San Antonio de Prado, Altavista o San Cristóbal.

Servicios: Atención psicológica individual, grupal, psicoterapia familiar y asesoría legal. Lunes a Jueves de 8 a 5 p.m. – Viernes 8 a 4 p.m.

Tarifa: Sin costo. Servicio gratuito de la Alcaldía de Medellín a través de la Secretaría de Bienestar Social.

PERSONA Y FAMILIA

Dirección: Calle 59 # 49 - 32. Por Villanueva, hacia Prado. Sede en Bello. Calle 50 # 52-12

E-Mail: corpindes@une.net.co

Teléfono: 2 91 06 87 Telefax. **Sede Bello:** 2 75 70 64 Con cita

Servicios: Asesoría Psicológica individual y familiar

CEPAS

CORPORACIÓN PARA LA EDUCACIÓN PERMANENTE PARA LA FAMILIA

Dirección: Calle 65 # 50 B – 34. Prado Centro. Por la Clínica del Prado.

E-mail: cepas@une.net.co

Teléfonos: 2 63 20 99 – 2 63 23 03

Servicios: Atención psicológica individual, de pareja, selección de personal y capacitación a empresas, Instituciones educativas y otros

CENTRO DE FAMILIA U.P.B.

Dirección: Carrera 73 # circular 2 – 46. Laureles

E-mail: familia@logos.upb.edu.co

Teléfonos: 4 15 11 00 - 412 41 55 - 412 22 85 fax

Servicios: Promoción de la armonía familiar: terapia familiar, individual y de b. Seminarios, cursos, talleres. Apoyo en docencia, investigación, promoción, educativa y preventiva.

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA U.P.B.

Dirección: Circular 1ª # 73 - 40 Laureles

E-mail: blancaruby@logos.upb.edu.co

Teléfonos: 4 13 06 21 - 4 14 08 90

Servicios: Atención psicológica, asesoría escolar (alumnos y docentes)

CERFAMI

Dirección: Carrera 68 # 49 – 30. Sector Estadio. Dos cuadradas arriba del éxito de Colombia.

E-mail: NAN@une.net.co

Teléfonos: 2 60 14 00

Servicios: Asesoría psicológica individual, pareja. Para personas de 5 a 60 años. Asesoría jurídica solo para **mujeres, Sin costo.**

Caso Clínico

Esteban es un niño de 5 años, que aproximadamente hace tres meses y medio sufrió un gran dolor por la separación de sus padres; durante el último año sus padres habían mantenido constantes peleas que Esteban presenciaba; estas peleas se caracterizaban por fuertes gritos e insultos y por un estado de despreocupación de los padres frente a todo lo que los rodeaba, un día tras una de estas peleas el padre se fue de la casa y nunca volvió, de esta forma Esteban perdió totalmente el contacto con su padre y su madre ya no le prestaba la atención necesaria... así fue como el niño empezó a perder la alegría y vitalidad que tanto lo caracterizaba; ya no le gustaba hablar con nadie, era muy irritable e inquieto, y además en ocasiones era grosero con la madre y los profesores.

Con el paso del tiempo Esteban seguía incrementando dificultades a nivel escolar y disciplinar; sus compañeros le hacían constantes burlas por su aspecto físico, y por su bajo rendimiento, ante estas situaciones la única respuesta de la madre era regañarlo por el bajo rendimiento, o tranquilizarlo momentáneamente al decirle que estas eran cosas pasajeras. Aunque el tiempo pasara y Esteban se calmara transitoriamente, su agresión, aislamiento e irritabilidad en el colegio fueron aumentando; era común que se enfrentara y desafiara a los profesores, les desobedeciera e incluso insultara; ante estas situaciones los profesores lo sancionaban constantemente sin acercarse a preguntarle qué era lo que pensaba o sentía este “niño problema”

Guion

Juan un niño de 7 años sale con su primo al parque a jugar con el juguete nuevo que le compro la mama. Juan se muestra desanimado, sin ganas de participar en el juego ni de participar en los juegos que realizan sus compañeritos que juegan en el parque al lado del colegio. En los últimos meses ha subido mucho de peso, se ha vuelto retraído y se frustra fácilmente. Su rendimiento en la escuela ha disminuido significativamente y se enoja con facilidad.

A: Adulto

N: Niño

A: ¿Qué te pasa Juan, porque no dejas de llorar? ¿No te gusta el juguete nuevo que te compro tu mama?

N: no se que me pasa. No se. No quiero ir al colegio

A: ¿te quieres quedar en la casa hoy Juan?

N: no me quiero quedar en la casa. No me gusta estar en mi casa.

A: ¿Por qué dices que no te gusta tu casa?

N: no se. No me gusta. No se... no me preguntes mas cosas

A: ¿quieres un helado Juan? (señala a una tienda de mimos que hay a la esquina del parque)

N: no tengo hambre.

A: Tu mama dice que no almorzaste hoy.

N: no tengo hambre.

A: pero Juan, me preocupas, tu mama dice que ya no estas comiendo casi, que llamaron de la escuela a decir que tampoco estas haciendo tus trabajos para la profesora. A ti gustaba mucho el

colegio. ¿Te acuerdas? Ese día que hicimos un proyecto para tu mamá de pintura y quedaste muy feliz. ¡Dijiste incluso que querías ser pintor! ¿Todavía te gusta pintar?

N: no

A: ¿No?

N: no

A: Y cuéntame Juan, viste el partido de ayer. ¿Buenísimo no? ¡Muy bueno!

No: no me lo vi

A: pero si es tu equipo favorito. A ti te encanta el fútbol.

N: no me lo vi. ¿Por qué me estas preguntando tantas cosas? Déjame solo.

A: Juan no te pongas bravo, solo me preocupo de ti primo. Mira que tu mamá está preocupada que estas más gordito y ya no sales a jugar fútbol con tus amiguitos. Te gustaba tanto. Porque no jugamos ya, mira, allá están tus compañeritos de clase jugando.

N: ¡que me dejes solo!

