

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST-GRADO

**MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO,
ADOLESCENTE Y FAMILIA**



**“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL BAJO RENDIMIENTO
ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS DE SECUNDARIA
DEL CENTRO EDUCATIVO CASIMIRO CUADROS DE AREQUIPA 2008”**

Tesis presentada por la Bachiller:
ELSA NOELIA BEJARANO VERGARA
Para optar por el Grado Académico de
Magister en Salud Mental del Niño,
Adolescente y Familia

A mi familia, en especial a
Papá Carlitos, quien me cuida
Desde el cielo...



INDICE GENERAL

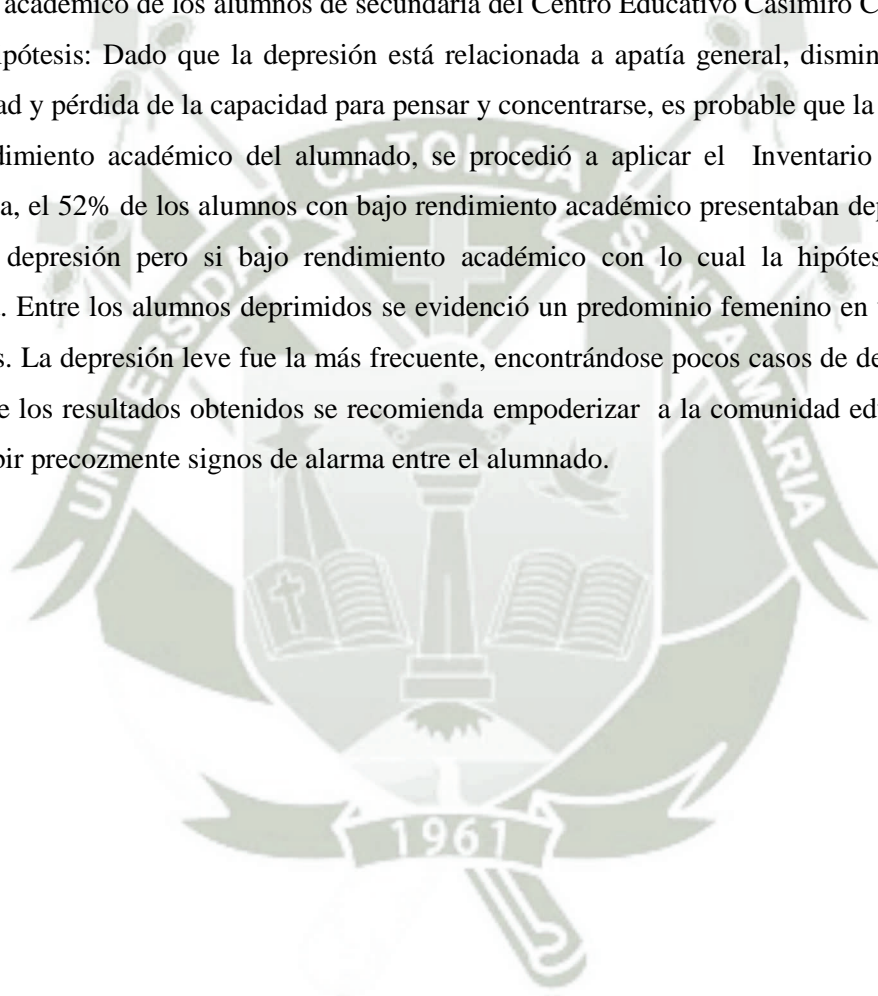
| | Pág. |
|--|------|
| RESUMEN..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| CAPITULO I: RESULTADOS..... | 7 |
| CAPITULO II: CONCLUSIONES..... | 46 |
| CAPITULO III: SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES..... | 48 |
| PROPUESTA..... | 50 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 57 |
| ANEXOS..... | 62 |
| PROYECTO DE INVESTIGACIÓN | 63 |
| MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS..... | 120 |

RESUMEN

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL BAJO RENDIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO CASIMIRO CUADROS DE AREQUIPA 2008

La presente investigación tiene como objetivo determinar la influencia de la depresión en el bajo rendimiento académico de los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros.

Siendo la hipótesis: Dado que la depresión está relacionada a apatía general, disminución de la energía, hipo actividad y pérdida de la capacidad para pensar y concentrarse, es probable que la depresión influya en el bajo rendimiento académico del alumnado, se procedió a aplicar el Inventario de Depresión en la Adolescencia, el 52% de los alumnos con bajo rendimiento académico presentaban depresión, y el 48% no presentaron depresión pero si bajo rendimiento académico con lo cual la hipótesis fue parcialmente comprobada. Entre los alumnos deprimidos se evidenció un predominio femenino en un rango de edad de 13 a 16 años. La depresión leve fue la más frecuente, encontrándose pocos casos de depresión severa. Tras el análisis de los resultados obtenidos se recomienda empoderizar a la comunidad educativa, a fin de que pueda percibir precozmente signos de alarma entre el alumnado.



ABSTRACT

INFLUENCE OF THE DEPRESSION IN UNDER PERFORMANCE OF THE STUDENTS OF SECONDARY OF THE EDUCATIONAL CENTER CASIMIRO AREQUIPA 2008

The present investigation has as objective to determine the influence of the depression in the low academic performance of the students of secondary of the Educational Center Casimiro Cuadros.

Being the hypothesis: Provided that the depression is related to general apathy, decrease of the energy, hiccup activity and loss of the aptitude to think and to center, it is probable that the depression influences the low academic performance of the student body. One proceeded to apply the Inventory of Depression in the Adolescence, 52 % of the students with low academic performance was presenting a depression, and 48 % did not present depression but if low academic performance and with which the hypothesis was partially verified. Between the depressed students a feminine predominance was demonstrated in a range of age from 13 to 16 years. The slight depression was the most frequent, being few cases of severe depression. After the analysis of the obtained results it is recommended empowering and to qualify to the educational community, so that it could perceive prematurely signs of alarm between the students.

INTRODUCCIÓN

La depresión es considerada la enfermedad del siglo XXI porque se calcula que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo. No es exclusiva de los adultos, también puede presentarse en adolescentes y niños.

En el adolescente presenta un cuadro clínico más difícil de reconocer con mayor probabilidad de desarrollar una depresión crónica. En casos extremos los jóvenes con depresión profunda intentan el suicidio, la autoeliminación se está convirtiendo en una salida para menores en edad escolar, cuando en años anteriores este tipo de muerte se registraba en personas mayores a 45 años ¹

Aunque se considera que es una patología multicausal, la familia y el entorno en el que se desarrolla el adolescente desempeñan un papel importante. Una atmósfera familiar negativa, que afecta su autoestima, dificultades en el colegio, así como condiciones sociales propias de nuestro Perú que incluyen la pobreza y la violencia social, aumentan las posibilidades de que los adolescentes se depriman.

El adolescente deprimido tiene un bajo rendimiento escolar, no muestra interés ni creatividad, no completa sus tareas, evita los amigos, se aísla y tiene conductas riesgosas como el consumo de sustancias adictivas y el alcoholismo. Estos signos pueden ser reconocidos no sólo por los padres sino también por los maestros, dado que comparten mucho tiempo con sus alumnos.

Los adolescentes a quienes se les diagnostica depresión tienen mayores posibilidades de recuperarse que los adultos, ya que son más abiertos a las indicaciones del especialista y colaboran con la terapia. Desafortunadamente, en nuestro país de cada 10 adolescentes deprimidos solo dos reciben tratamiento, En muchas ocasiones la causa de que estos jóvenes enfermos no lleguen a un especialista radica en la inexperiencia de médicos generales, maestros y padres.

¹ ALAEZ FERNÁNDEZ, Máximo, PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO. En *Psicothema* Vol. 12, N° 4, Colegio Oficial de Psicólogos de España 2005, pp 525-532

La familia y los maestros no están capacitados para establecer la diferencia entre la turbulencia típica del adolescente y la depresión, ya que una característica importante del cuadro es un estado de ánimo irritable más que deprimido, es por este motivo que tanto la familia como la comunidad educativa necesitan estar adecuadamente informadas sobre el problema y puedan reconocer síntomas iniciales en el adolescente.

Afortunadamente, cuando obtienen ayuda para su depresión logran llevar adelante una adolescencia y una adultez feliz y satisfactoria; más aún pueden disfrutar de la vida y sentirse mejor con respecto a sí mismos.²

La preocupación nacida de observar pasivamente este fenómeno, me ha motivado a buscar alguna forma de contribuir para la solución de este problema, encontrando en la incorporación de la promoción y prevención de la salud mental de los adolescentes dentro de la labor educativa una buena alternativa.

Por lo que en base a la información suministrada, quisiera destacar dos aspectos: el primero que el bajo rendimiento académico constituye un signo que puede orientar hacia el diagnóstico de depresión, consecuentemente los alumnos que presenten esta característica deben ser evaluados para determinar si están pasando por un episodio depresivo. En segundo lugar, ya que la vida escolar constituye una etapa básica en el desarrollo del adolescente, debe aprovecharse para implementar medidas preventivas con la colaboración de la comunidad educativa.

Espero por tanto poder mediante esta investigación contribuir positivamente al conocimiento sobre depresión en adolescentes así como al final de la misma establecer una relación causal y obtener un elemento que permita la detección y tratamiento precoz de la depresión entre los alumnos de secundaria a fin de poder evitar futuras consecuencias lamentables.

² WICKS-NELSON, Rita E Israel, Allen C., PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Editorial McGraw, Madrid 2005



TABLA 1

POBLACIÓN SEGÚN AÑO DE ESTUDIOS

| AÑO DE ESTUDIOS | ALUMNOS | |
|-----------------|------------|------------|
| | FR | % |
| PRIMERO | 25 | 22.3 |
| SEGUNDO | 19 | 17.0 |
| TERCERO | 16 | 14.2 |
| CUARTO | 22 | 19.6 |
| QUINTO | 30 | 26.8 |
| Total | 112 | 100 |

Fuente : Elaboración propia

El Centro Educativo Casimiro Cuadros cuenta con 658 alumnos de secundaria, de los cuales 112 cumplieron los criterios de inclusión de bajo rendimiento académico. Los años extremos (primero y quinto) presentan mayor número de casos con una tendencia ascendente hacia los años finales, esto puede relacionarse al aumento de la presión académica.

FIGURA 1

POBLACIÓN SEGÚN AÑO DE ESTUDIOS

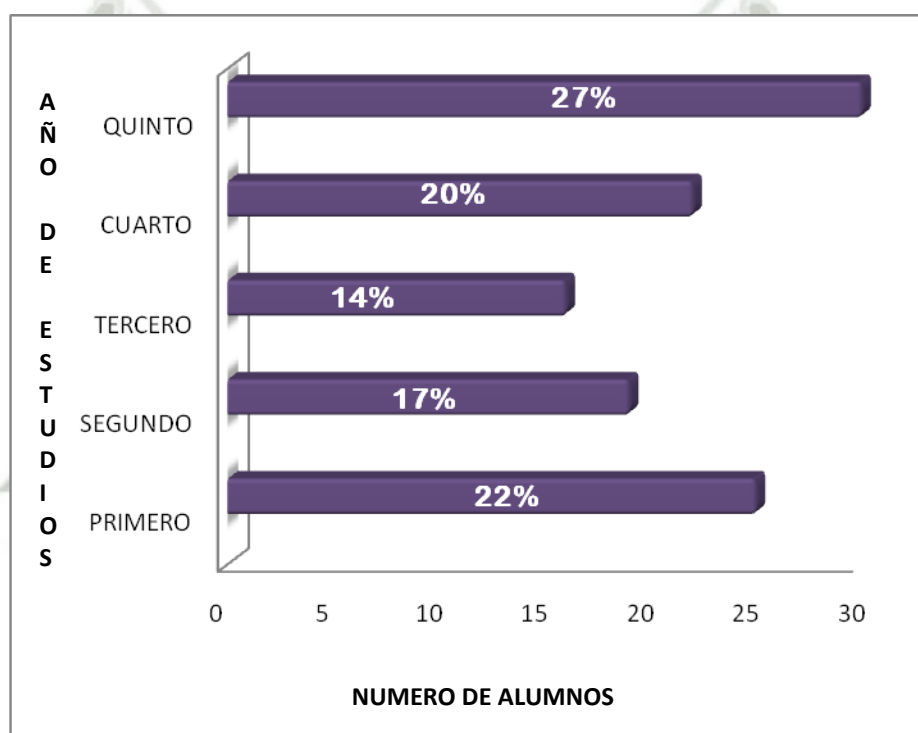


TABLA 2

POBLACIÓN SEGÚN SEXO

| SEXO | AÑO DE ESTUDIOS | | | | | | | | | | TOTAL ALUMNOS |
|------------------|-----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------------|
| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| MASCULINO | 15 | 60 | 11 | 58 | 7 | 44 | 10 | 45 | 16 | 53 | 59 |
| FEMENINO | 10 | 40 | 8 | 42 | 9 | 56 | 12 | 55 | 14 | 47 | 53 |
| | 25 | 100 | 19 | 100 | 16 | 100 | 22 | 100 | 30 | 100 | 112 |

Fuente : Elaboración propia

Podemos ver que los alumnos con bajo rendimiento académico son en su mayoría varones, en los primeros años, en los años intermedios son mujeres y en el último año hay predominio masculino.

FIGURA 2

POBLACIÓN SEGÚN SEXO

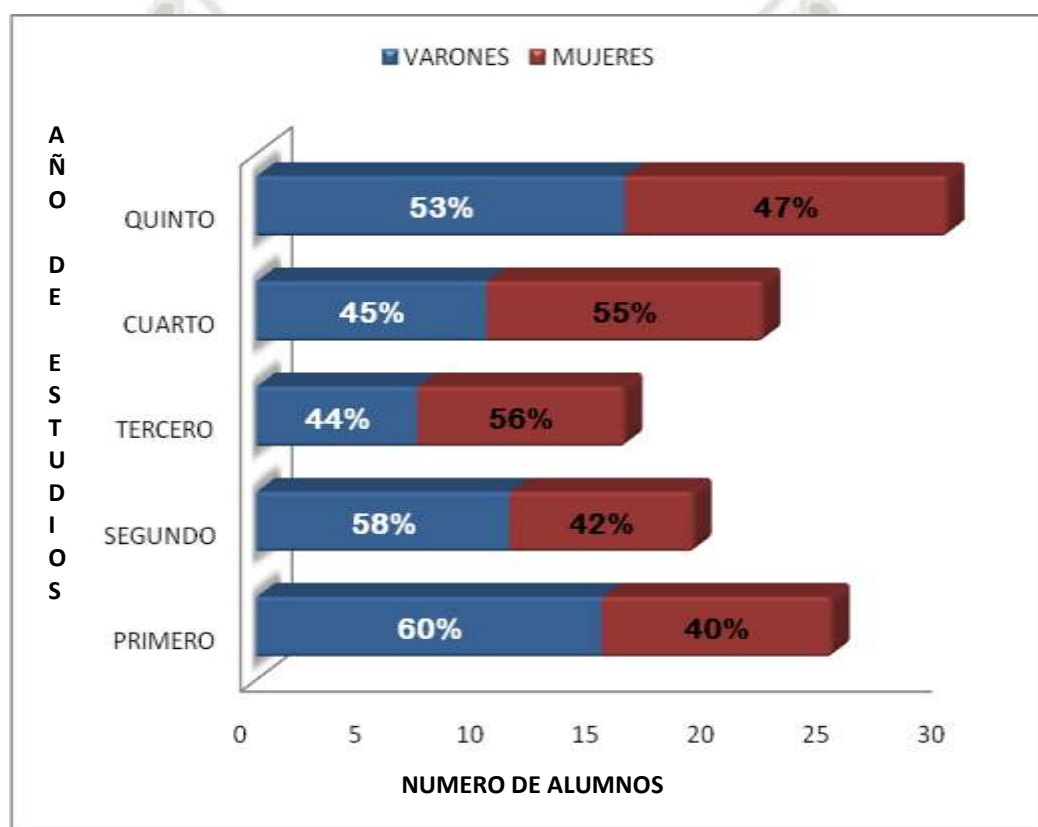


TABLA 3

POBLACIÓN SEGÚN EDAD

| EDAD | Fr | % |
|----------------------|------------|-------------|
| 11 | 4 | 3.6 |
| 12 | 19 | 17.0 |
| 13 | 26 | 23.2 |
| 14 | 23 | 20.5 |
| 15 | 18 | 16.1 |
| 16 | 19 | 17.0 |
| 17 | 2 | 1.8 |
| 18 | 1 | 0.9 |
| TOTAL ALUMNOS | 112 | 100% |

Fuente : Elaboración propia

Promedio: 13.9 años

Media geométrica: 13.8 años

Mediana: 14 años

Moda: 13 años

Varianza: 2.38 años

Desviación Media: 1.55 años

Máximo: 18 años

Mínimo: 11 años

El promedio de edad de la población estudiada fue de 13.9 años. La edad mínima es 11 años y la máxima 18 años. Además debido a que los años intermedios presentan mayor número de alumnos su rango de edad predomina.

FIGURA 3

POBLACIÓN SEGÚN EDAD

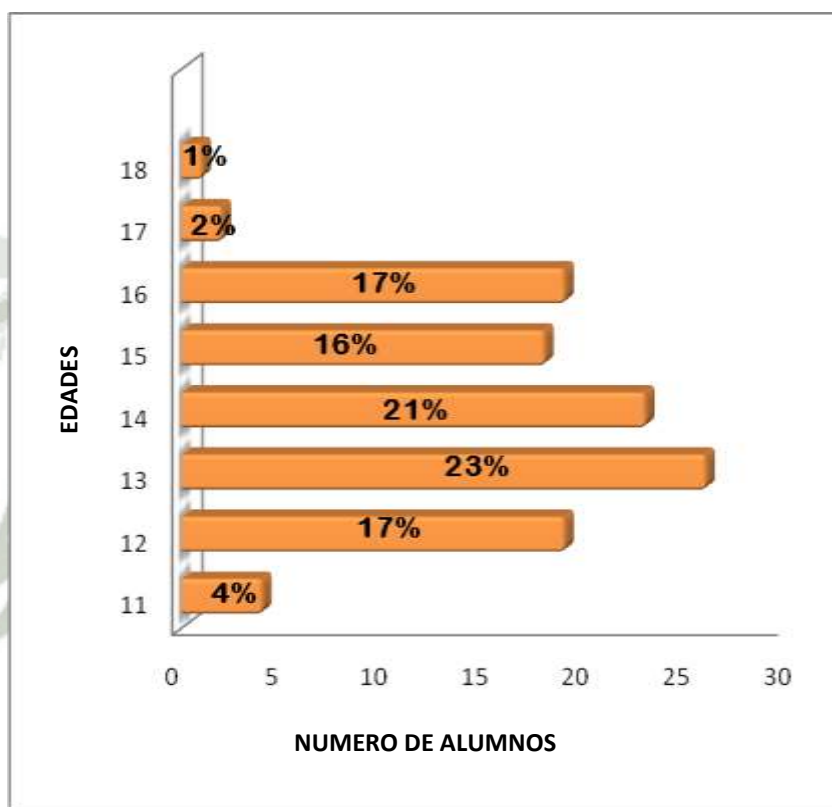


TABLA 4

POBLACIÓN SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR

| CONVIVE CON | Fr | % |
|--------------------------|------------|------------|
| AMBOS PADRES | 56 | 50 |
| SOLO MADRE | 40 | 35 |
| ABUELOS | 10 | 9 |
| PADRES + ABUELOS | 5 | 5 |
| MADRE + PADRASTRO | 1 | 1 |
| TOTAL | 112 | 100 |

Fuente : Elaboración propia

El 50% de los estudiantes con bajo rendimiento académico viven con ambos padres, en segundo lugar se encuentran los alumnos que viven solo con la madre. El modelo mono parental en muchos casos se debe a desintegración familiar por separación o fallecimiento.

FIGURA 4

POBLACIÓN SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR

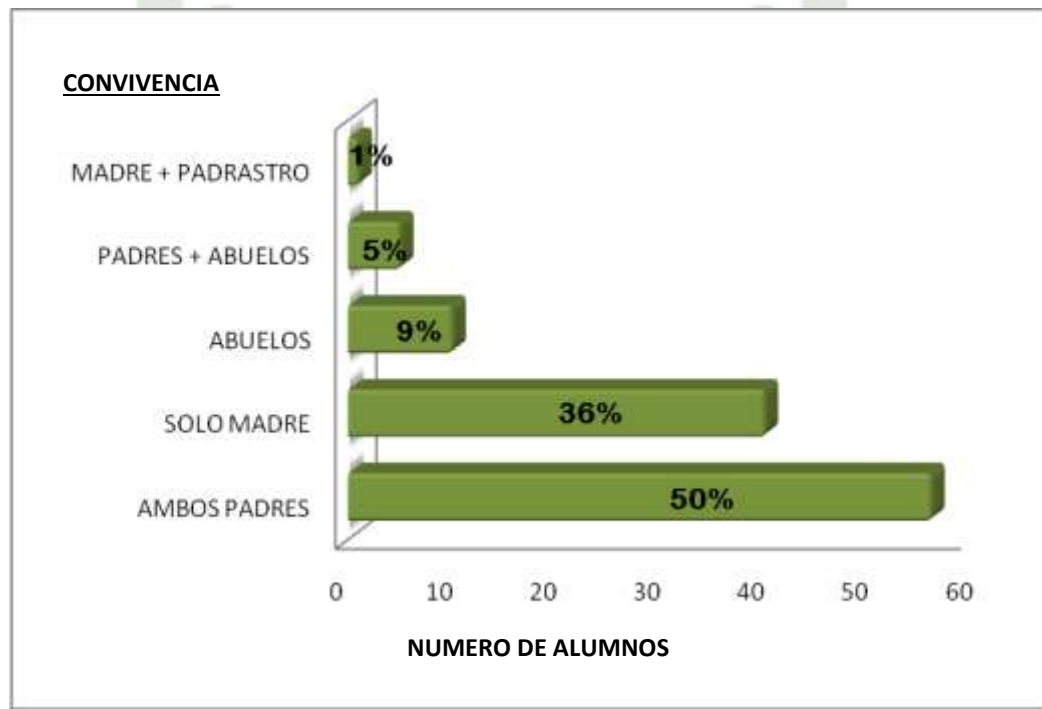


TABLA 5
POBLACIÓN SEGÚN SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | TOTAL ALUMNOS |
|------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| BAJA | 16 | 64 | 9 | 47 | 8 | 50 | 10 | 46 | 18 | 60 | 61 |
| POBREZA | 4 | 16 | 5 | 26 | 5 | 31 | 8 | 37 | 10 | 34 | 32 |
| CLASE MEDIA | 3 | 12 | 4 | 21 | 2 | 13 | 2 | 9 | 1 | 3 | 12 |
| POBREZA EXTREMA | 2 | 8 | 1 | 5 | 1 | 6 | 2 | 9 | 1 | 3 | 7 |
| | 25 | 100 | 19 | 100 | 16 | 100 | 22 | 100 | 30 | 100 | 112 |

Fuente : Elaboración propia

En general la situación socioeconómica deficiente es predominante. En primer lugar se encuentran los alumnos de situación socioeconómica baja, en segundo lugar los alumnos que viven en la pobreza, en tercer lugar quienes pertenecen a la clase media y finalmente los que viven en extrema pobreza.

FIGURA 5
POBLACIÓN SEGÚN SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

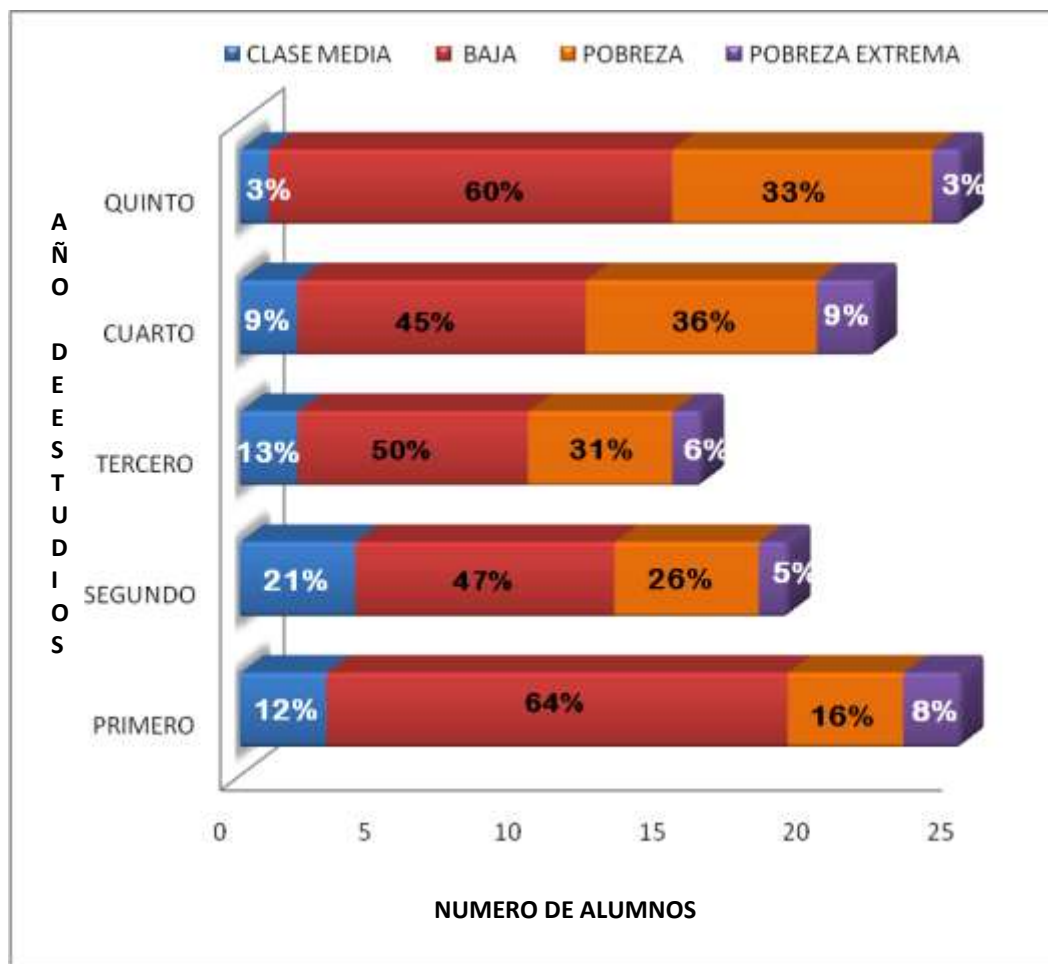


TABLA 6

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN SEGÚN APLICACIÓN DE I.D.A

| | Fr | % |
|------------------------------|------------|------------|
| ALUMNOS CON DEPRESIÓN | 58 | 52 |
| ALUMNOS SIN DEPRESIÓN | 54 | 48 |
| TOTAL | 112 | 100 |

Fuente : Elaboración propia

Tras la aplicación del Inventario de Depresión en la Adolescencia (IDA), se detectó que el 52% de la población de estudio presentaba algún grado de depresión. Asimismo 48% de los alumnos no presentaban depresión pero si bajo rendimiento académico.

FIGURA 6

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN SEGÚN APLICACIÓN DE I.D.A

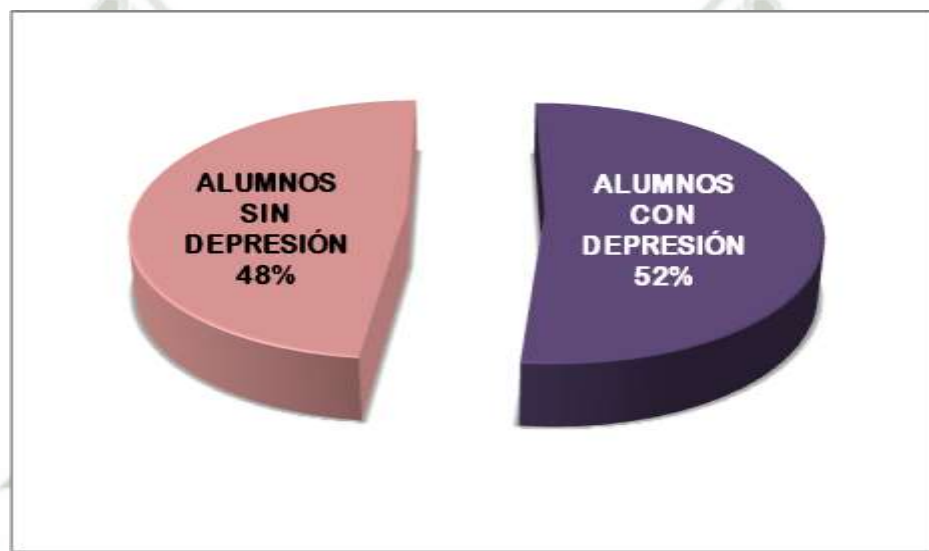


TABLA 7

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN SEGÚN SEXO

| | Fr | % |
|------------------|-----------|-------------|
| FEMENINO | 32 | 55 |
| MASCULINO | 26 | 45 |
| TOTAL | 58 | 100% |

Fuente : Elaboración propia

La mayor frecuencia se observa entre las mujeres, mientras que los varones ocupan el segundo lugar. Este predominio femenino concuerda con lo descrito en la literatura.

FIGURA 7

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN SEGÚN SEXO

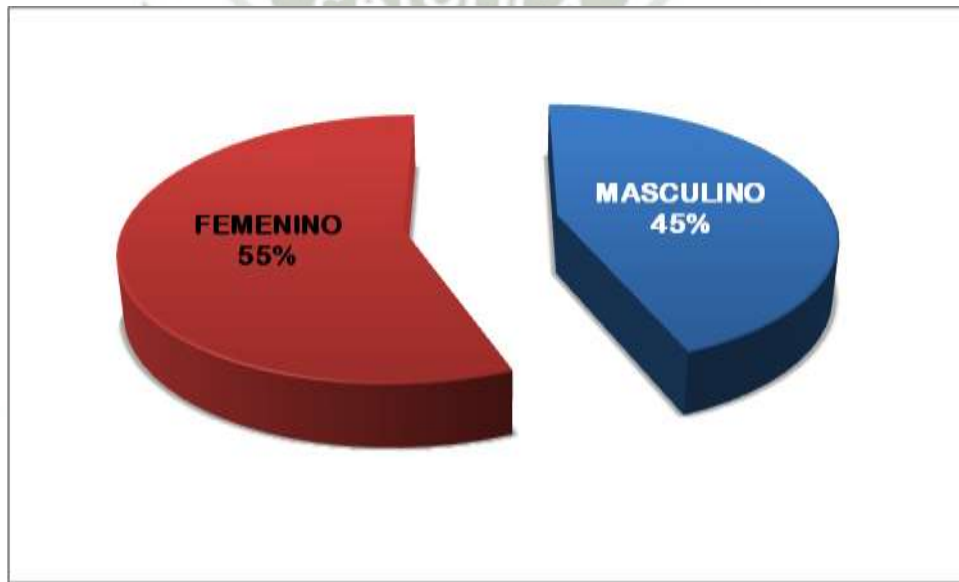


TABLA 8

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN SEGÚN EDAD

| EDAD | Fr | % |
|--------------|-----------|-------------|
| 11 | 3 | 5 |
| 12 | 7 | 12 |
| 13 | 12 | 21 |
| 14 | 10 | 17 |
| 15 | 12 | 21 |
| 16 | 11 | 19 |
| 17 | 2 | 3 |
| 18 | 1 | 2 |
| TOTAL | 58 | 100% |

Fuente : Elaboración propia

El análisis de los alumnos deprimidos según la edad muestra que el rango de edad de 13-16 años presenta mayor número de casos, con similar porcentaje de alumnos de 13 y 15 años (21%), seguidos de 16 años (19%).

FIGURA 8

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN SEGÚN EDAD

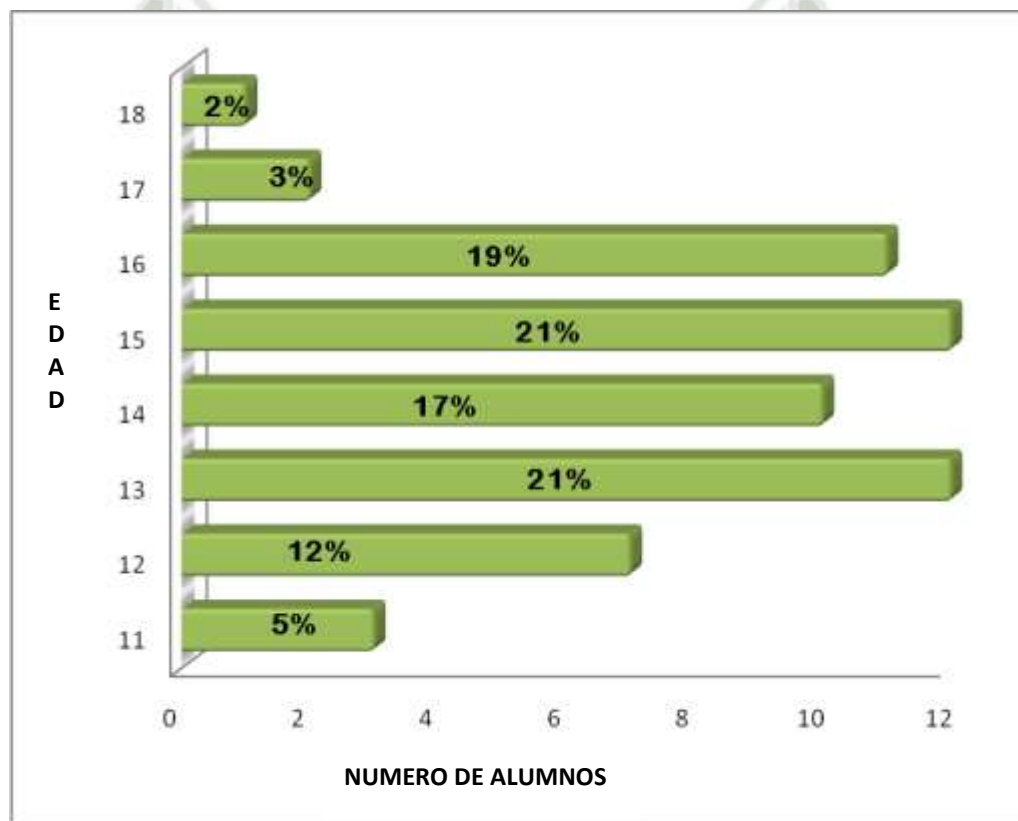


TABLA 9

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y NIVEL DETECTADO

| | Fr | % |
|-----------------|-----------|------------|
| LEVE | 27 | 46 |
| MODERADO | 23 | 40 |
| SEVERO | 8 | 14 |
| TOTAL | 58 | 100 |

Fuente : Elaboración propia

La mayoría de alumnos (46%) padecen de depresión leve, en segundo lugar se encuentran los que presentan depresión moderada (40%) y finalmente los casos de depresión severa (14%).

FIGURA 9

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y NIVEL DETECTADO

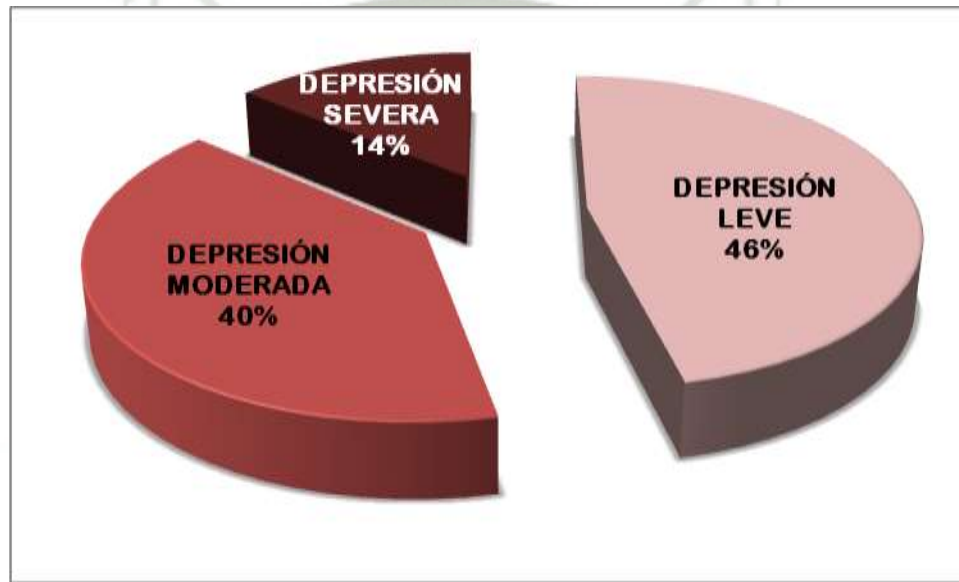


TABLA 10

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y SEXO

| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | TOTAL | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----|-----|----|-----|----|-----|----|---|----|-----------|
| | M | | F | | M | | F | | M | | | F | | | | | | | | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | | Fr | % | | | | | | | | |
| LEVE | 4 | 66 | 2 | 29 | 4 | 80 | 1 | 20 | 3 | 100 | 2 | 33 | 2 | 50 | 2 | 29 | 5 | 71 | 2 | 22 | 27 |
| MODERADO | 1 | 17 | 4 | 57 | 1 | 20 | 2 | 60 | 0 | 0 | 3 | 50 | 1 | 25 | 5 | 71 | 2 | 29 | 4 | 44 | 23 |
| SEVERO | 1 | 17 | 1 | 14 | 0 | 0 | 1 | 20 | 0 | 0 | 1 | 17 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 33 | 8 |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | | | |
| TOTAL VARONES/MUJERES | 6 | 7 | 5 | 4 | 3 | 6 | 4 | 7 | 7 | 9 | 58 | | | | | | | | | | |
| TOTAL POR AÑO | 13 | | 9 | | 9 | | 11 | | 16 | | 58 | | | | | | | | | | |

Fuente : Elaboración propia

M= Masculino F= Femenino

El análisis muestra entre los deprimidos leves la mayoría (19) son varones y las mujeres ocupan el segundo lugar (8). En los casos de depresión moderada hay predominio femenino (18) mientras que menor cantidad de varones (5). Finalmente entre los alumnos con depresión severa hay más mujeres (6) que varones (2).

FIGURA 10

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y SEXO

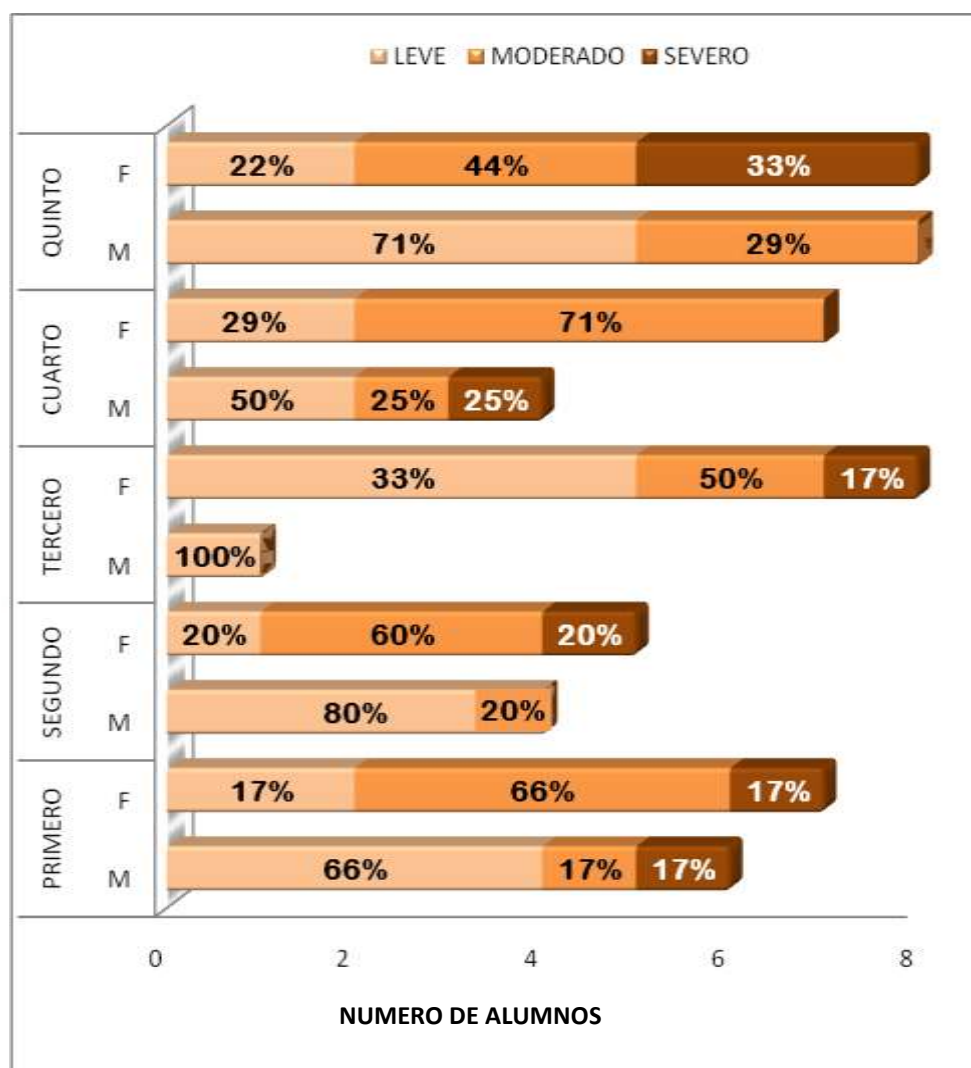


TABLA 11

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD

| EDAD | LEVE | | MODERADO | | SEVERO | | TOTAL | |
|------|-----------|-----|-----------|----|----------|-----|-----------|-----|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| 11 | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 100 |
| 12 | 2 | 28 | 3 | 44 | 2 | 28 | 7 | 100 |
| 13 | 4 | 33 | 7 | 58 | 1 | 9 | 12 | 100 |
| 14 | 7 | 70 | 3 | 30 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| 15 | 5 | 42 | 6 | 50 | 1 | 8 | 12 | 100 |
| 16 | 5 | 45 | 4 | 36 | 2 | 19 | 11 | 100 |
| 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 100 |
| 18 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 |
| | 27 | | 23 | | 8 | | 58 | |

Fuente : Elaboración propia

A menor edad (11 y 12 años) es más frecuente la depresión leve y moderada, entre los 13 y 16 años destaca la depresión moderada. La depresión severa tiene similitud de casos a los 12, 16 y 17 años.

FIGURA 11

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y EDAD

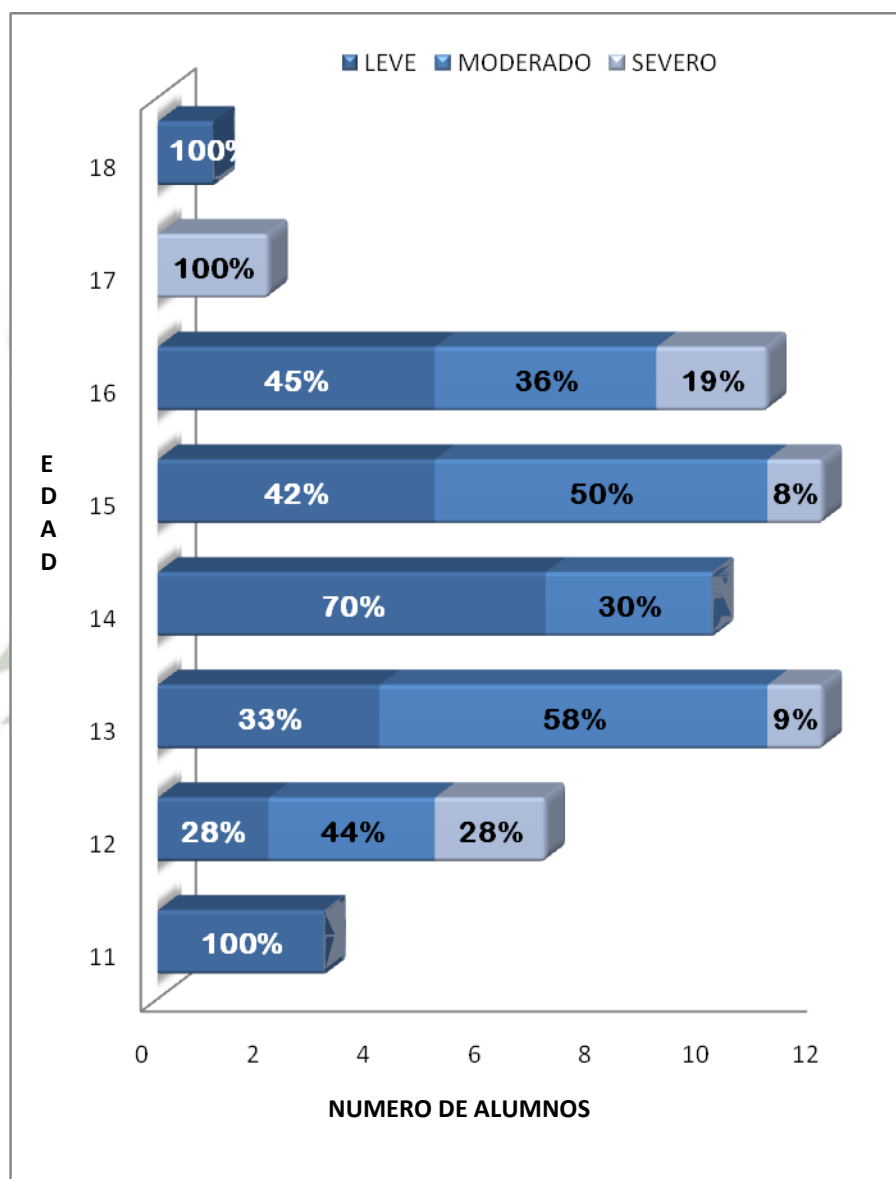


TABLA 12

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y AÑO DE ESTUDIOS

| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | TOTAL |
|-----------------|-----------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| LEVE | 5 | 38 | 5 | 56 | 5 | 56 | 4 | 36 | 7 | 44 | 27 |
| MODERADO | 6 | 46 | 3 | 33 | 3 | 33 | 6 | 55 | 6 | 38 | 23 |
| SEVERO | 2 | 16 | 1 | 11 | 1 | 11 | 1 | 9 | 3 | 18 | 8 |
| | 13 | 100 | 9 | 100 | 9 | 100 | 11 | 100 | 16 | 100 | 58 |

Fuente : Elaboración propia

Observamos que los casos de depresión leve son más frecuentes en segundo, tercero y quinto año, los casos de depresión moderada son mayores en primero y cuarto mientras que en los años restantes presentan porcentajes similares, finalmente la depresión severa tiene su mayor representación en los años extremos, con porcentajes bajos en los años intermedios.

FIGURA 12

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y AÑO DE ESTUDIOS

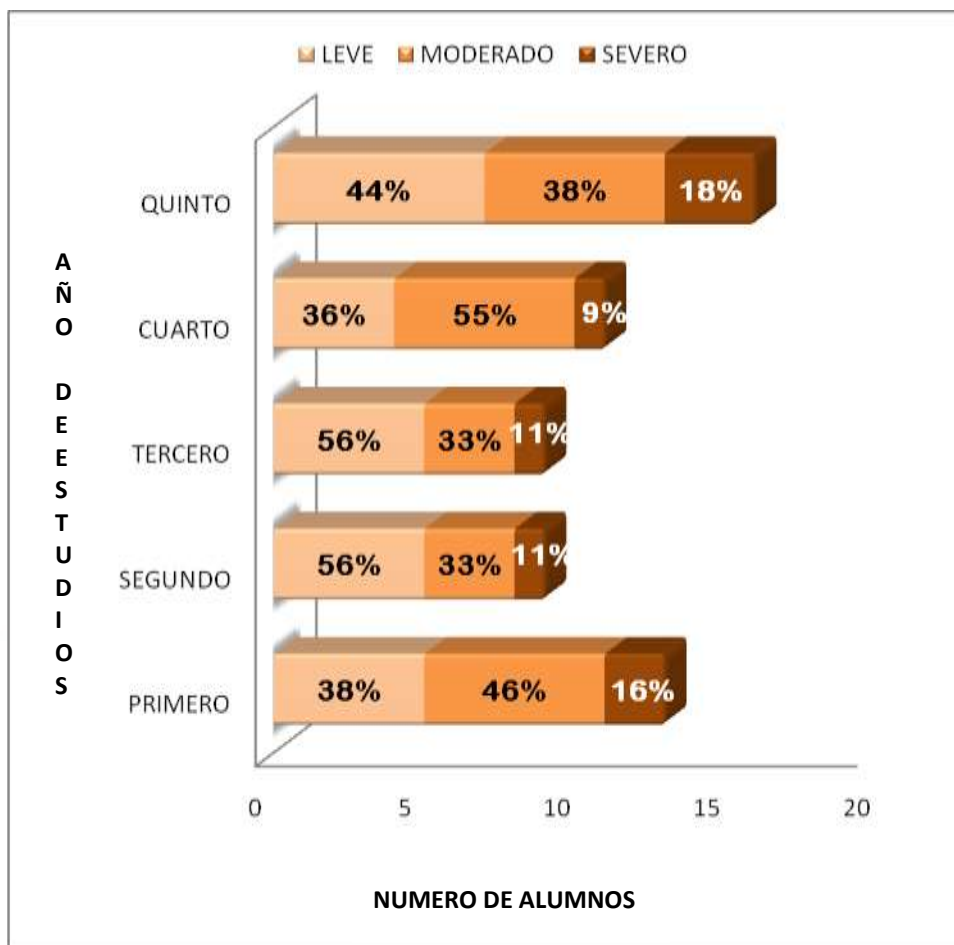


TABLA 13

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y NÚMERO DE ASIGNATURAS DESAPROBADAS

| | AÑO DE ESTUDIOS | | | | | | | | | | TOTAL |
|---------------------------|-----------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| TRES ASIGNATURAS | 7 | 54 | 5 | 56 | 6 | 67 | 6 | 55 | 5 | 31 | 29 |
| CUATRO ASIGNATURAS | 5 | 43 | 2 | 22 | 2 | 22 | 3 | 27 | 10 | 63 | 22 |
| CINCO ASIGNATURAS | 1 | 3 | 2 | 22 | 1 | 11 | 2 | 18 | 1 | 6 | 7 |
| | 13 | 100 | 9 | 100 | 9 | 100 | 11 | 100 | 16 | 100 | 58 |

Fuente : Elaboración propia

Se toma en consideración el número de asignaturas desaprobadas por los alumnos con depresión con la finalidad de enfatizar la alteración de su rendimiento académico. Observamos que la mayoría de alumnos deprimidos desaprobaron tres asignaturas, en segundo lugar se encuentran los que desaprobaron cuatro asignaturas y finalmente quienes desaprobaron cinco asignaturas.

FIGURA 13

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y NÚMERO DE ASIGNATURAS DESAPROBADAS

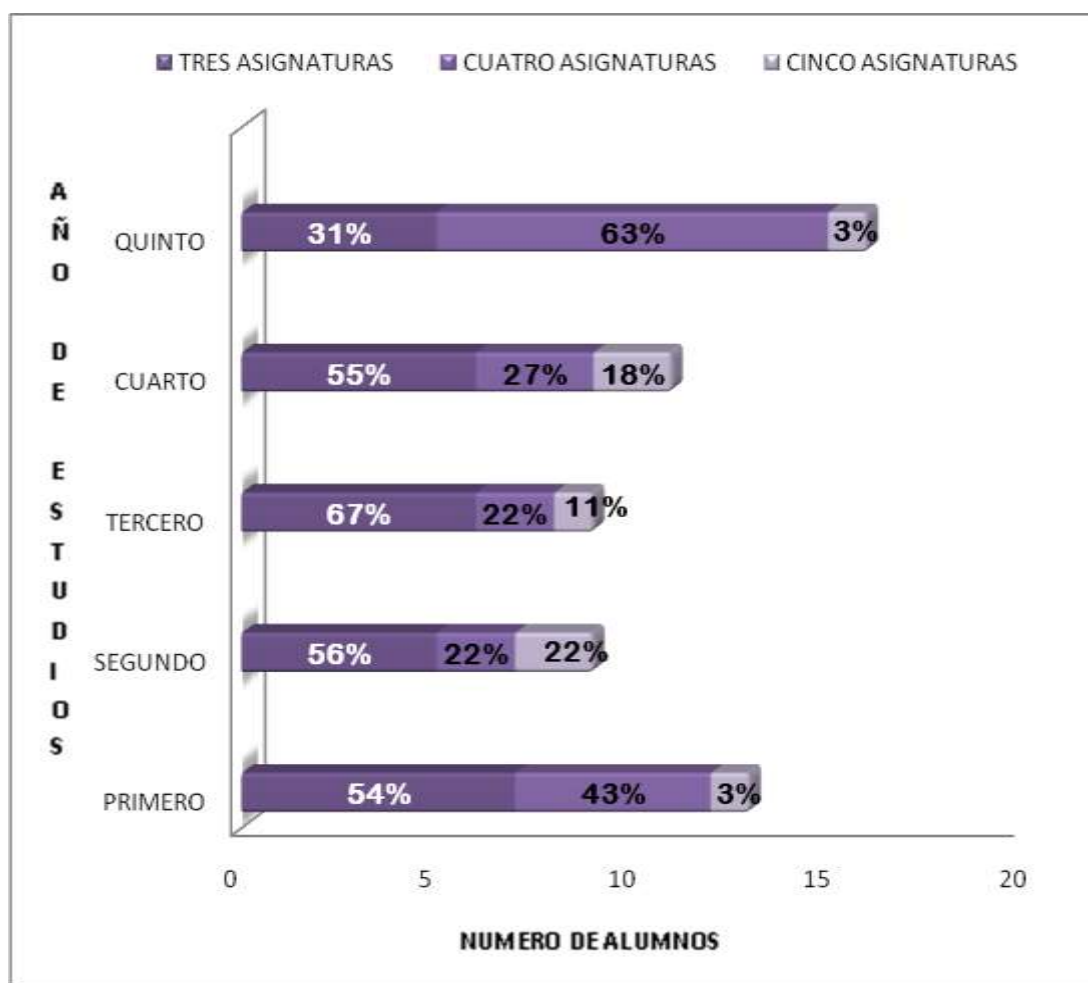


TABLA 14
POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y CALIFICACIÓN DESAPROBATORIA

| CALIFICACIÓN | AÑO DE ESTUDIOS | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--|
| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | TOTAL | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | | |
| D + MD | 7 | 54 | 6 | 67 | 3 | 33 | 4 | 36 | 5 | 31 | 25 | |
| TODAS DEFICIENTE (D) | 5 | 38 | 2 | 22 | 6 | 67 | 5 | 46 | 4 | 25 | 22 | |
| IGUAL D Y MD | 1 | 8 | 1 | 11 | 0 | 0 | 2 | 18 | 6 | 38 | 10 | |
| TODAS MUY DEFICIENTE (MD) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | |
| | 13 | 100 | 9 | 100 | 9 | 100 | 11 | 100 | 16 | 100 | 58 | |

Fuente : Elaboración propia

MD =Muy deficiente (0-5) D = Deficiente (6-10)

Se observa que la mayoría de alumnos deprimidos consigue una calificación combinada en las asignaturas, en segundo lugar se encuentran quienes obtienen una calificación deficiente, mientras que únicamente en quinto año un alumno tiene calificación muy deficiente en todas sus asignaturas.

FIGURA 14

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y CALIFICACIÓN DESAPROBATORIA

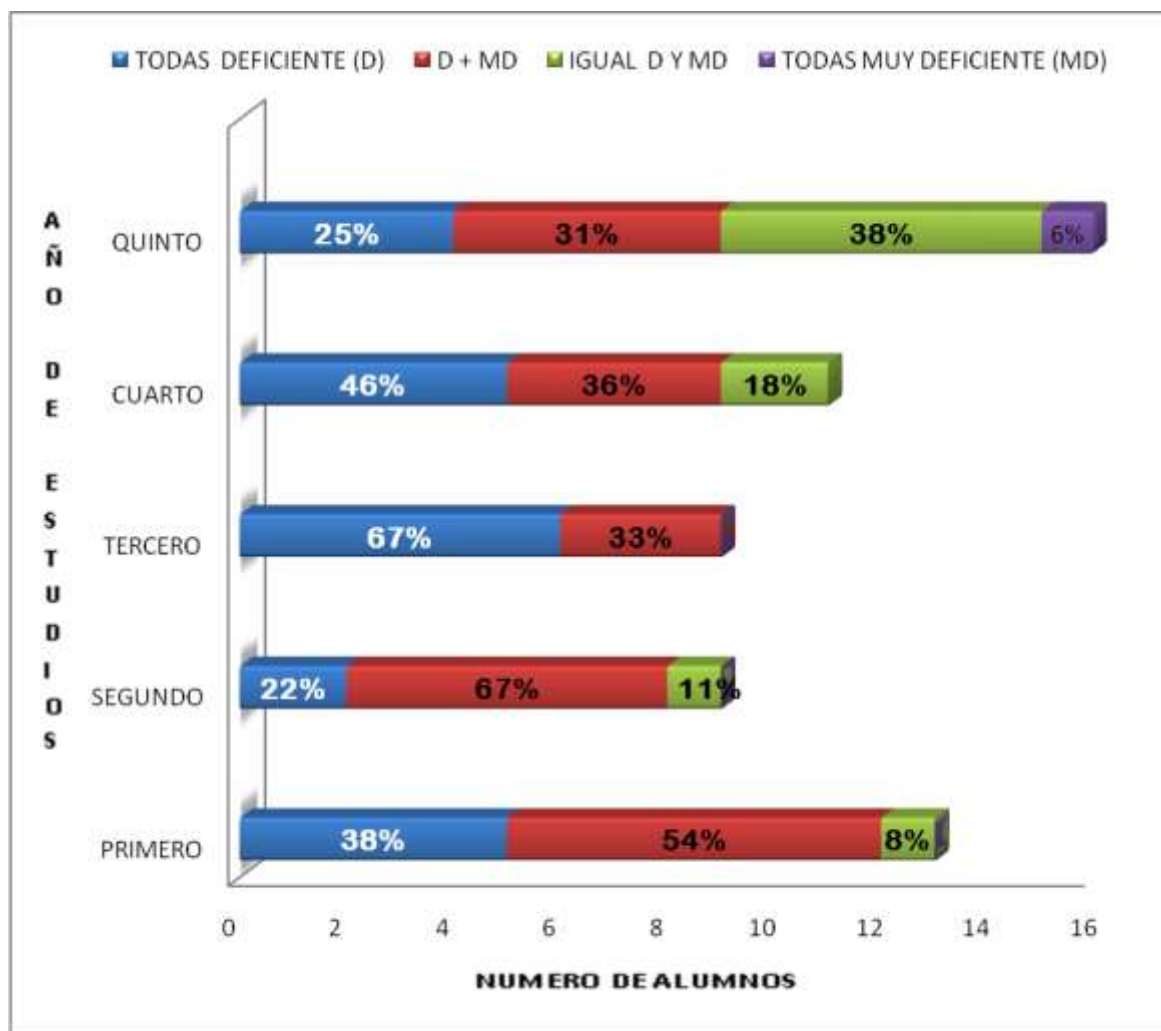


TABLA 15

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y AREAS CURRICULARES AFECTADAS

| ÁREAS DESAPROBADAS | AÑO DE ESTUDIOS | | | | | | | | | | TOTAL |
|--------------------|-----------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | |
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | |
| PS+C+LM | 3 | 23 | 1 | 11 | 5 | 56 | 2 | 18 | 7 | 44 | 18 |
| PS+LM | 2 | 15 | 3 | 33 | 2 | 22 | 2 | 18 | 3 | 19 | 12 |
| PS+C | 2 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 28 | 4 | 25 | 9 |
| PS+LM+COM | 3 | 23 | 2 | 23 | 1 | 11 | 1 | 9 | 1 | 6 | 8 |
| PS+C+LM+COM | 1 | 9 | 3 | 33 | 1 | 11 | 2 | 18 | 1 | 6 | 8 |
| C+LM | 2 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 | 3 |
| | 13 | 100 | 9 | 100 | 9 | 100 | 11 | 100 | 16 | 100 | 58 |

Fuente : Elaboración propia

Las áreas académicas constituyen un mejor reflejo del rendimiento de los alumnos, por ello se utilizan en el instrumento de recolección de datos. Observamos que la mayoría de alumnos desaprobó tres áreas académicas: Personal Social, Ciencias y Lógico-Matemática, en segundo lugar se encuentran Personal Social y Lógico-Matemática, la afectación del área de comunicaciones tiene menor número de alumnos.

FIGURA 15

POBLACIÓN CON DEPRESIÓN Y AREAS CURRICULARES AFECTADAS

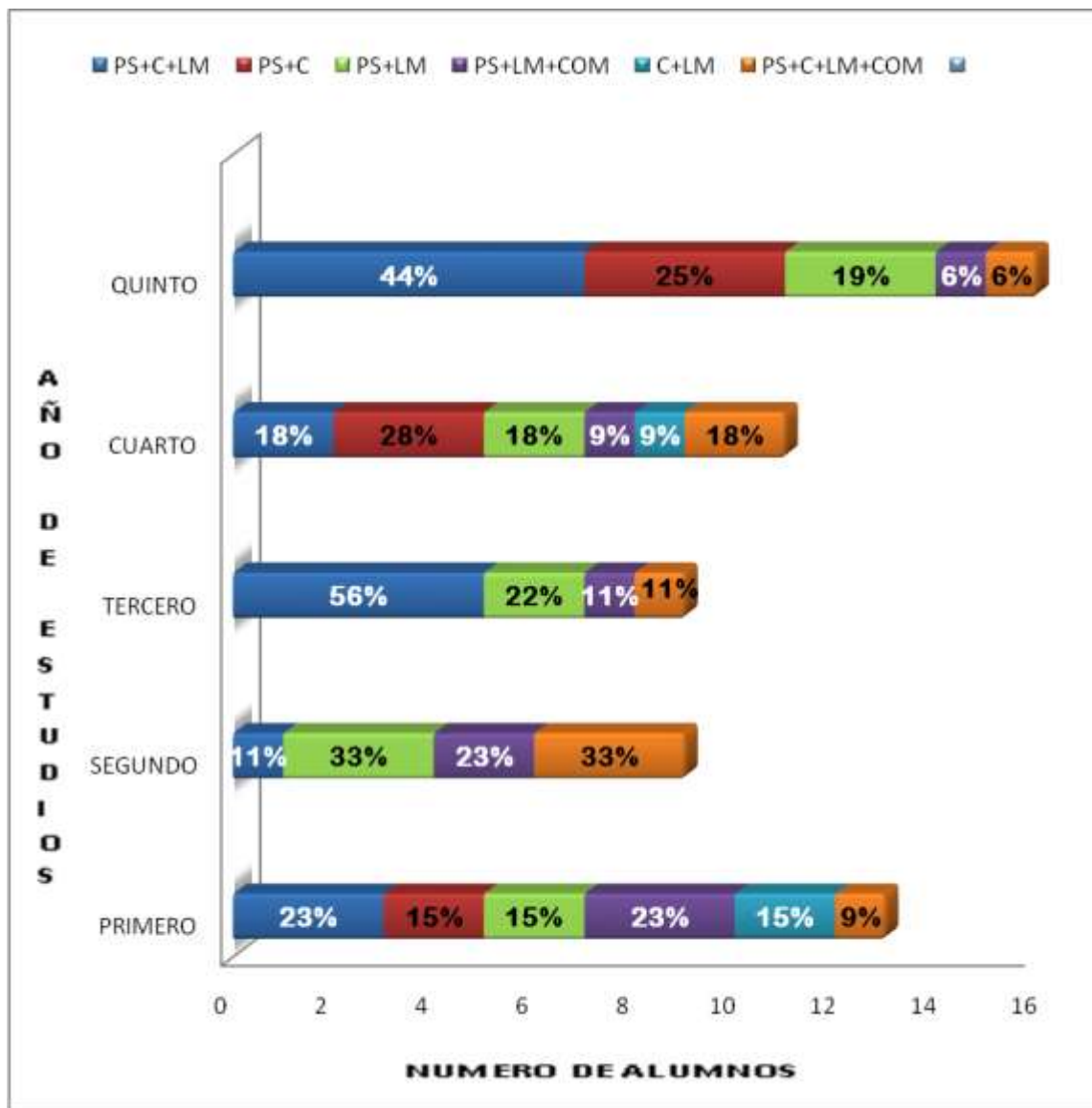


TABLA 16

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y NÚMERO DE ASIGNATURAS DESAPROBADAS

| N° ASIGNATURAS | PRIMERO | | | SEGUNDO | | | TERCERO | | | CUARTO | | | QUINTO | | | T | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------|-----|-----|---------|-----|-----|---------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|
| | L | M | S | L | M | S | L | M | S | L | M | S | L | M | S | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | F % | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 5 | 100 | 1 | 17 | 1 | 50 | 3 | 60 | 2 | 67 | 0 | 0 | 5 | 83 | 1 | 50 | 0 | 0 | 4 | 100 | 2 | 33 | 0 | 0 | 5 | 71 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| 4 | 0 | 0 | 5 | 83 | 0 | 0 | 1 | 20 | 1 | 33 | 0 | 0 | 1 | 17 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 50 | 0 | 0 | 2 | 29 | 6 | 100 | 2 | 67 | 22 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 20 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 17 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33 | 7 |
| TOTAL POR AÑO | 5 | 100 | 6 | 100 | 2 | 100 | 5 | 100 | 3 | 100 | 1 | 100 | 6 | 100 | 2 | 100 | 1 | 100 | 4 | 100 | 6 | 100 | 1 | 100 | 7 | 100 | 6 | 100 | 3 | 100 | 58 |
| | 13 | | | 9 | | | 9 | | | 11 | | | 16 | | | 58 | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente : *Elaboración propia*

L= Depresión Leve M= Depresión Moderada S= Depresión Severa TD = Total Deprimidos

El número de asignaturas es utilizado para dar énfasis a la alteración del rendimiento académico. Tras el análisis vemos que los alumnos con depresión leve presentan mayormente sólo 3 asignaturas desaprobadas, los casos de depresión moderada en su mayoría han desaprobado 4 asignaturas; finalmente en las depresiones severas en primer año hay similar porcentaje con 3 y 5 asignaturas, en los años intermedios todos han desaprobado 5 asignaturas y en quinto año mayormente los alumnos desaprobaron 4 asignaturas. Estos datos proporcionan un reflejo de la relación entre el nivel depresivo y el rendimiento obtenido.

FIGURA 16

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y NÚMERO DE ASIGNATURAS DESAPROBADAS

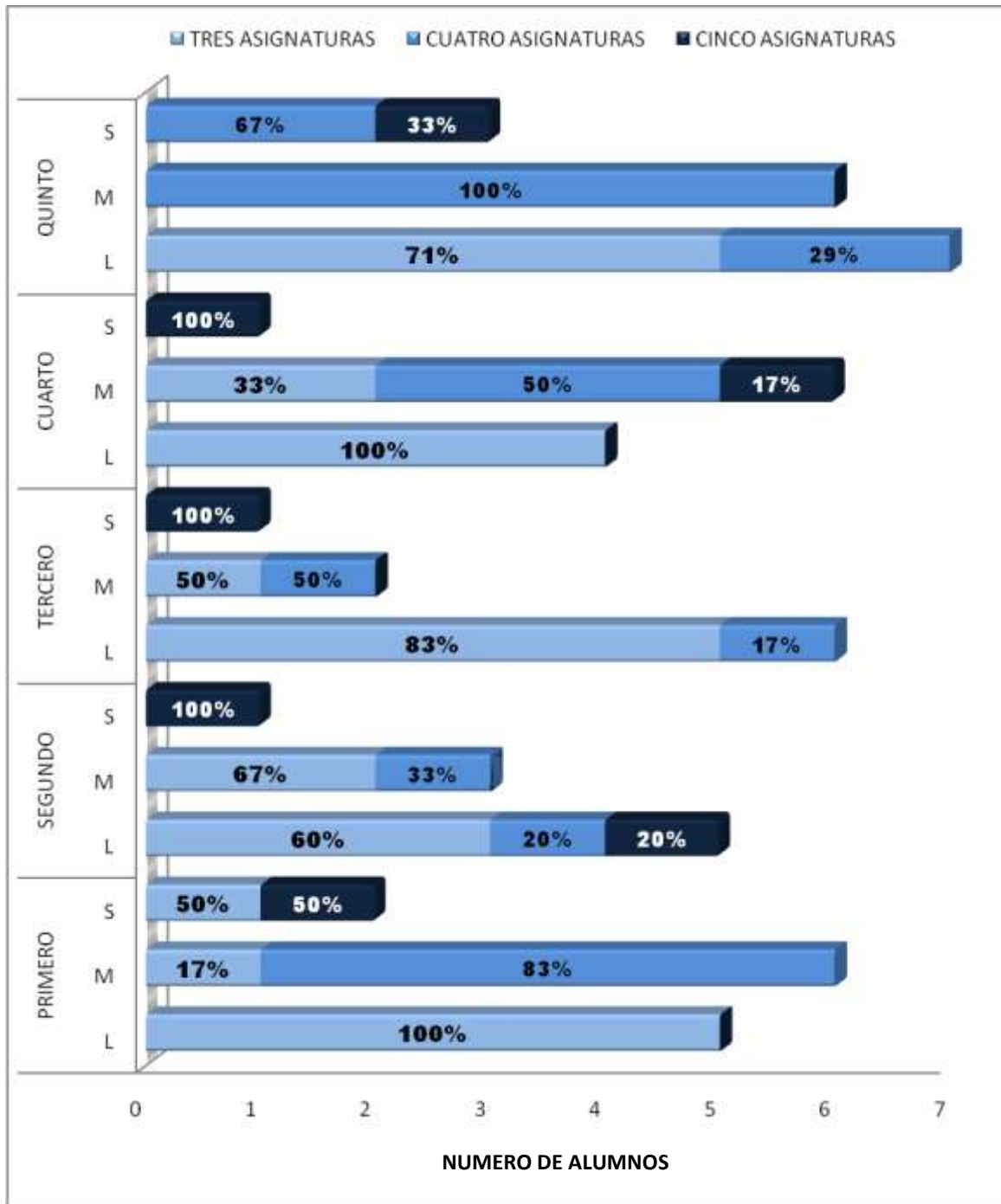


TABLA 17

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y CALIFICACIÓN DESAPROBATORIA

| CALIFICACIÓN | PRIMERO | | SEGUNDO | | TERCERO | | CUARTO | | QUINTO | | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|--------|-----|--------|-----|----|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|------|---|-----|---|-----|---|-----|---|------|------|------|----|
| | L | M | S | L | M | S | L | M | S | L | | M | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | | F | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MD + D | 1 | 20 | 4 | 66 | 2 | 100 | 3 | 60 | 2 | 67 | 1 | 100 | 2 | 33 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 25 | 2 | 33.3 | 1 | 100 | 2 | 29 | 2 | 33 | 1 | 33.3 | 25 | | |
| TODAS D | 4 | 80 | 1 | 17 | 0 | 0 | 2 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 67 | 2 | 100 | 0 | 0 | 3 | 75 | 2 | 33.3 | 0 | 0 | 4 | 57 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | | |
| IGUAL MD Y D | 0 | 0 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 14 | 4 | 67 | 1 | 33.3 | 10 |
| TODAS MD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33.3 | 1 | |
| TOTAL PO AÑO | 5 | 100 | 6 | 100 | 2 | 100 | 5 | 100 | 3 | 100 | 1 | 100 | 6 | 100 | 2 | 100 | 1 | 100 | 4 | 100 | 6 | 100 | 1 | 100 | 7 | 100 | 6 | 100 | 3 | 100 | | | |
| | 13 | | 9 | | 9 | | 11 | | 16 | | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

L= Depresión Leve M= Depresión Moderada S= Depresión Severa TD = Total de Deprimidos
D = Deficiente (6-10) MD = Muy Deficiente

Fuente : Elaboración propia

Se observa que en casi todos los años los alumnos con depresión leve obtienen calificaciones deficientes, la única excepción es segundo año; la mayoría de alumnos con depresión moderada obtienen en los años iniciales ambos tipos de calificaciones, en tercer año predominan las calificaciones deficientes y en los años finales ambas calificaciones en igual número de asignaturas; finalmente entre los alumnos con depresión severa en su mayoría obtienen ambas calificaciones, siendo en quinto año el único en presentar un porcentaje considerable de alumnos con calificación muy deficiente en todas sus asignaturas desaprobadas.

FIGURA 17

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y CALIFICACIÓN DESAPROBATORIA

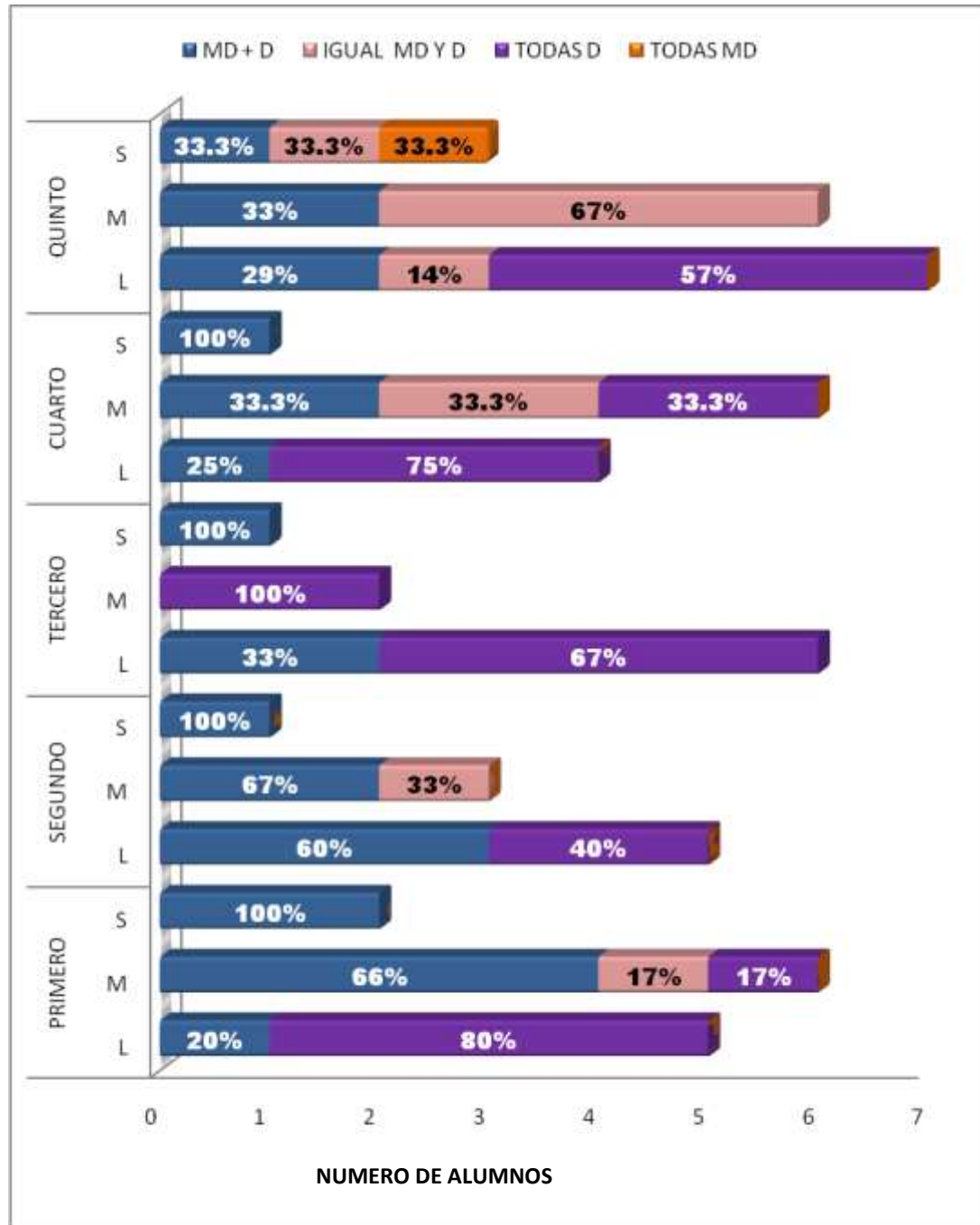


TABLA 18

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y ÁREAS CURRICULARES AFECTADAS

| ÁREAS DESAPROBADAS | PRIMERO | | | SEGUNDO | | | TERCERO | | | CUARTO | | | QUINTO | | | T | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|-----|---|---------|---|-----|---------|-----|---|--------|---|-----|--------|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|-----|---|-----|---|-----|----|
| | L | M | S | L | M | S | L | M | S | L | M | S | L | M | S | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | | % | F | % | | | | | | | | | | | | |
| PS+C | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 25 | 2 | 32 | 0 | 0 | 2 | 25 | 2 | 40 | 0 | 0 | 9 | | | | | | |
| C+LM | 0 | 0 | 2 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | | | | | | |
| PS+LM | 0 | 0 | 1 | 29 | 1 | 50 | 2 | 50 | 1 | 33.3 | 0 | 0 | 1 | 17 | 1 | 50 | 0 | 0 | 1 | 25 | 1 | 17 | 0 | 0 | 12 | | | | | | |
| PS+C+ LM | 1 | 25 | 2 | 29 | 0 | 0 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 66 | 1 | 50 | 0 | 0 | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | | | | | | |
| PS+LM + COM | 1 | 25 | 2 | 29 | 0 | 0 | 1 | 25 | 1 | 33.3 | 0 | 0 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 | 0 | 0 | 8 | | | | | | |
| PS+C+ LM+COM | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0 | 0 | 1 | 33.3 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 17 | 1 | 100 | 0 | 0 | 8 | | | | | | |
| TOTAL | 4 | 100 | 7 | 100 | 2 | 100 | 4 | 100 | 3 | 100 | 2 | 100 | 6 | 100 | 2 | 100 | 1 | 100 | 4 | 100 | 6 | 100 | 1 | 100 | 8 | 100 | 5 | 100 | 3 | 100 | 58 |
| | 13 | | | 9 | | | 9 | | | 11 | | | 16 | | | 58 | | | | | | | | | | | | | | | |

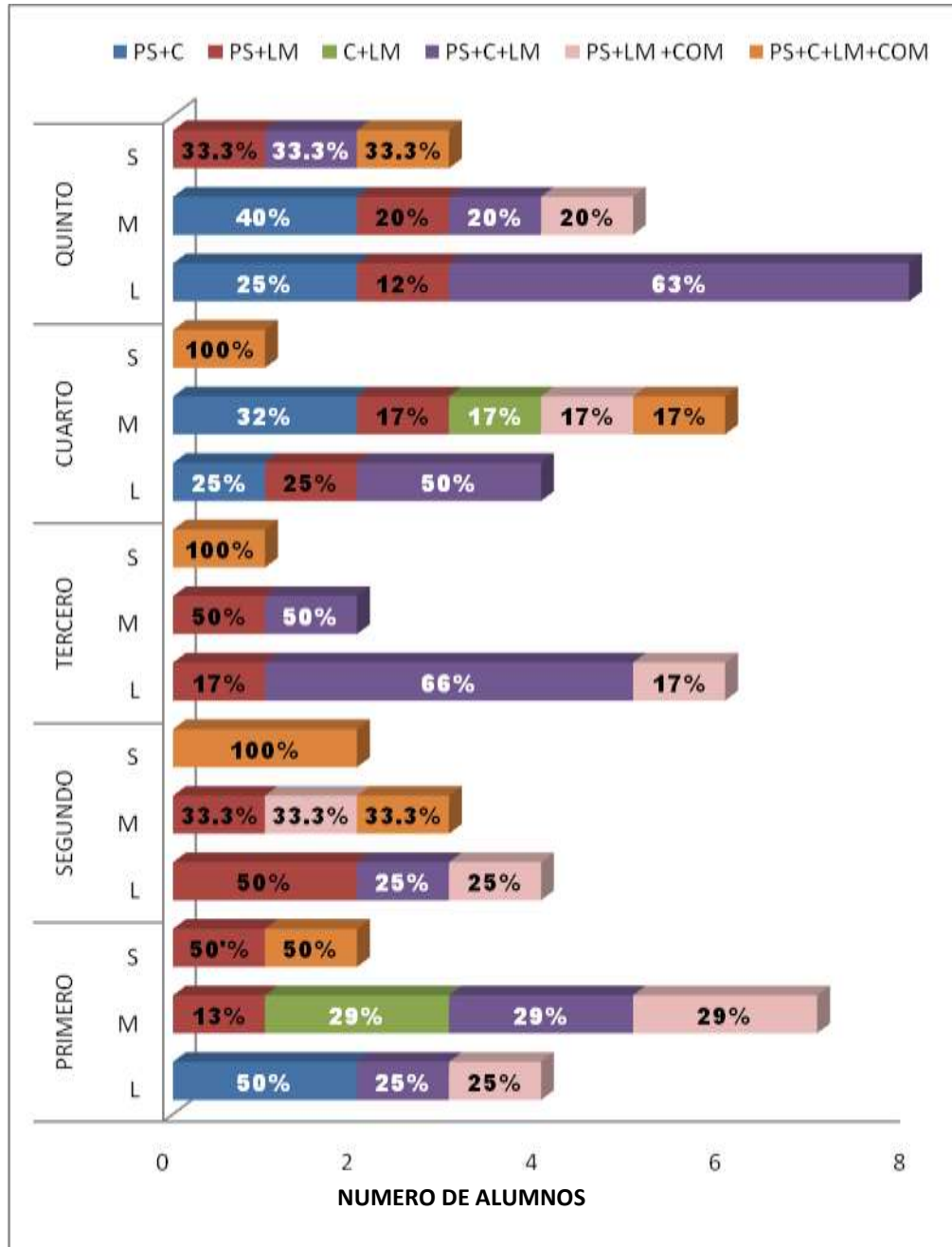
L= Depresión Leve M= Depresión Moderada S= Depresión Severa TD = Total de Deprimidos

Fuente : Elaboración propia

Todos los alumnos deprimidos tienen afectación del área de personal social. En los deprimidos leves de años iniciales principalmente se afectó personal social aunado a ciencias y lógico matemática, en los años siguientes lo hicieron en las 3 áreas mencionadas; entre los deprimidos moderados los porcentajes de las diferentes combinaciones son similares, solo en cuarto y quinto año hay un predominio de personal social aunado a ciencias; finalmente entre los deprimidos severos es destacable la desaprobación de todas las áreas curriculares.

FIGURA 18

POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN Y ÁREAS CURRICULARES AFECTADAS



DISCUSIÓN

El estudio se realizó en el Centro Educativo Casimiro Cuadros, aplicando el IDA a los alumnos de secundaria con bajo rendimiento académico, no fue necesaria la aplicación de criterios muestrales al trabajarse con la totalidad de la población.

La población de estudio fue de 112 alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión de bajo rendimiento académico, la mayoría de alumnos con bajo rendimiento eran varones.

Se procedió a aplicar el I.D.A., encontrándose depresión en el 52% de alumnos con bajo rendimiento, mientras que el 48% de alumnos no presentó depresión pero sí bajo rendimiento académico. Dentro de la caracterización de los alumnos deprimidos, al analizar la variable sexo se observó que el mayor porcentaje (55%) pertenecía al sexo femenino, mientras que los varones ocupaban el segundo lugar. Este hecho es importante ya que según la bibliografía las mujeres padecen el trastorno depresivo con más frecuencia que los varones. Destacaremos entonces que los varones del estudio eran quienes tenían con mayor frecuencia bajo rendimiento, pero las mujeres eran quienes con más frecuencia se deprimían además de tener bajo rendimiento.

En cuanto a la variable edad, el rango de 13 a 16 años presentó el mayor número de casos de depresión, este dato permite reconocer a los adolescentes como un grupo de riesgo para la depresión; por otro lado incrementa la necesidad de la detección precoz para evitar que pueda pasar a la cronicidad en la vida adulta.

La mayoría de alumnos presentaban una depresión leve, en segundo lugar estaban los que padecían depresión moderada y finalmente los casos severos. En relación a los años de estudios, los años extremos (primero y quinto) presentaron el mayor número de alumnos depresivos y a su vez porcentajes más elevados de depresión moderada y severa. Esto estaría relacionado a la mayor presión académica a la que se ven sometidos tanto al cambiar de la educación primaria a la secundaria como al terminar la misma.

Se procedió también a correlacionar los niveles de depresión con las variables de bajo rendimiento académico, se observó que los alumnos que presentaban depresiones moderadas o severas tenían más asignaturas desaprobadas con calificaciones eran muy deficientes.

Después de haber relacionado los resultados del IDA con las áreas académicas desaprobadas se observó que todos los alumnos deprimidos tuvieron un mal desempeño en el área de personal social, otra área afectada fue la de lógico matemático y comunicación. Fuera de las aulas, los tutores afirmaron que los alumnos deprimidos presentaban alteraciones en sus habilidades sociales, desempeño en actividades de grupo y dificultad en la toma de decisiones, es decir existía no solo afectación académica sino también personal.

Estos cambios de conducta sin embargo habían pasado desapercibidos para padres y docentes hasta que adquirieron mayor frecuencia y gravedad, esto debido a que la depresión no es bien entendida, no se conoce sus efectos en la vida del adolescente. Por otro lado, tanto la familia como la comunidad educativa creen equívocamente que el rendimiento académico depende única y exclusivamente del esfuerzo del alumno, su coeficiente intelectual y la eficiencia del maestro, por lo cual muchos alumnos deprimidos son erróneamente catalogados como de inteligencia inferior, perezosos o simplemente rebeldes.

Si no se considera una visión integral del alumno, si no se considera también su inteligencia emocional, muchos trastornos pueden quedar sin diagnóstico y tratamiento persistiendo en la adultez. Por este motivo se requiere una reforma educativa no solo a nivel curricular, sino buscando la atención integral de la educación que permita la detección precoz de psicopatologías.

La instauración de programas preventivos es entonces la principal meta de esta investigación, buscando la atención y compromiso participativo de los padres de familia y la comunidad educativa.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se investigó un total de 112 alumnos de secundaria con bajo rendimiento académico, la mayoría de sexo masculino, con un de edad 13.9 años, perteneciendo la mayoría a una situación socioeconómica deficiente.

SEGUNDA: Tras la aplicación del Inventario de Depresión en la Adolescencia, el 52% de los alumnos con bajo rendimiento académico estaban deprimidos, mientras que el 48% de alumnos no tenían depresión pero si bajo rendimiento, con lo cual la hipótesis fue parcialmente comprobada. Los alumnos con depresión en su mayoría fueron mujeres y el rango de edad de 13 a 16 años era el más afectado

TERCERA: El nivel leve de depresión fue el más frecuente, el segundo lugar lo ocupó la depresión moderada y se encontraron pocos casos de depresión severa.

CUARTA: Los varones presentaron en su mayoría depresión leve, mientras que las mujeres presentaban sobretodo depresión moderada

QUINTA: Asimismo los niveles de depresión eran más severos en los años de estudios extremos (primero y quinto) de la secundaria.

SEXTA: Los alumnos con depresión leve y moderada en su mayoría presentaron calificaciones desaprobatorias deficientes (6-10 pts.), mientras que quienes tenían depresión severa obtuvieron calificaciones muy deficientes (0-5 pts.)

SÉPTIMA: El área curricular de Personal Social estaba afectada en todos los alumnos con depresión, en segundo lugar el área de ciencias y lógico matemática, finalmente la afectación de todas las áreas curriculares se observa solo en los casos de depresión severa.



RECOMENDACIONES

Se sugieren las siguientes recomendaciones:

- 1) Incentivar a la comunidad educativa a comprometerse con la salud mental de los alumnos, propiciando la visión integral de los mismos, evitando restringirse únicamente a la transmisión de conocimientos.
- 2) En coordinación con el psicólogo del Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, facilitar la aplicación rutinaria de test que permitan detección entre los alumnos de los principales trastornos psicológicos frecuentes en la adolescencia incluyendo depresión
- 3) La dirección del colegio puede establecer un convenio con el servicio de psicología del Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, con el fin de que los alumnos que presenten signos de alarma o un cuadro depresivo sean derivados precozmente y recibir el tratamiento adecuado
- 4) Establecer un programa preventivo del trastorno depresivo, basado en charlas educativas a padres de familia y docentes, capacitándolos para brindar consejería permanente a los alumnos y facilitar la detección de casos de depresión
- 5) Integrar esfuerzos para incrementar la investigación acerca de la depresión, buscando establecer aspectos epidemiológicos acordes a la realidad peruana, facilitando así el enfoque integral y manejo multidisciplinario del trastorno depresivo para disminuir su frecuencia entre los adolescentes

PROPUESTA

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESION EN ALUMNOS DE SECUNDARIA DEL CENTRO EDUCATIVO CASIMIRO CUADROS

La prevención busca anticiparse a los hechos para afrontar un problema, la prevención educativa es una estrategia eficaz por su influencia en la formación de valores, transmisión de conocimientos, desarrollo de actitudes y en la promoción de comportamientos saludables para el mejoramiento de la calidad de vida individual y social.

El presente programa busca enfrentar el problema de la depresión desde la prevención y promoción de la salud mental en los adolescentes del Centro Educativo Casimiro Cuadros, mediante un trabajo conjunto de docentes y padres de familia para que puedan orientar a los alumnos buscando mejorar su rendimiento académico y evitando que puedan caer en la depresión.

OBJETIVOS

- Propiciar la educación y capacitación de los maestros y padres de familia para que puedan reconocer precozmente conductas de riesgo
- Establecer en el centro educativo servicio de consejería permanente, medidas adecuadas de protección y control de los factores de riesgo con la colaboración de alumnos maestros y padres de familia
- Organizar, ejecutar y evaluar vivencias y experiencias de aprendizaje para desarrollar o afianzar hábitos, habilidades, actitudes, conocimientos y práctica de valores, para desarrollar en las personas las capacidades necesarias para hacer frente al problema de uso indebido y abuso de drogas

DURACION Y FRECUENCIA

- EDUCACIÓN A PADRES DE FAMILIA : 2 MESES
- CAPACITACION DOCENTE : 3 MESES
- SERVICIO CONSEJERIA : PERMANENTE

ESTRATEGIAS

1) EDUCACIÓN A LOS PADRES SOBRE CONCEPTOS DE DEPRESIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

Educar a los padres sobre conceptos de la depresión, señales de alarma, influencia de la vida familiar en su desarrollo e importancia de la autoestima.

Se basa en 3 aspectos principales:

♪ *Reconocer que cada hijo es único*: aprender a conocerlo y aceptarlo tal como es, asegurarse que se siente querido y demostrarle cariño permanente a través del contacto físico y verbal, confiar en él y demostrárselo, estar disponible para escucharlo y compartir pequeños momentos, respetar su privacidad, ayudarle a que tenga éxito en las cosas que emprende y a enfrentar fracasos y errores.

♪ *Fomentar la comunicación al interior de la familia*: Respetar sus opiniones, corregir sin descalificar, ridiculizar, sermonear o comparar, expresar nuestros sentimientos, buscar conciliar sus necesidades con las nuestras, promover un clima de creatividad y humor, aceptar rebeldía y críticas como parte del proceso de desarrollo, promover el uso del tiempo libre en familia.

♪ *Ayudar a los jóvenes a madurar*: Promover la toma de decisiones responsable, darles tareas y responsabilidades, no hacer las cosas en lugar de ellos, promover la autonomía, manteniendo el cariño y los límites, tener una actitud abierta, flexible y de apoyo frente a los cambios de la edad

Se realizarán sesiones educativas cada 15 días a cargo de psicólogo quien explicará a los padres los conceptos básicos de la depresión enfatizando que los adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo y por ello es vital la prevención y detección precoz de la misma.

SEÑALES DE ALARMA PARA PADRES

Las siguientes pueden ser señas de alarma de que su hijo tiene un problema:

- Comportamiento agitado o inquietud
- Sentimientos de tristeza
- Subir o bajar de peso
- Una baja en sus calificaciones
- Dificultad de concentración
- Sentimientos continuos de tristeza
- No importarle las personas ni las cosas
- Falta de motivación
- Fatiga, pérdida de energía y falta de interés en las actividades
- Auto estima baja
- Dificultad para dormir

2) CAPACITACIÓN A LOS MAESTROS EN DEPRESIÓN , CONSEJERÍA Y DETECCIÓN PRECOZ

Una de las metas claves es el desarrollo de un ambiente escolar positivo, hacer de la escuela un lugar agradable para los estudiantes, vinculado con el desarrollo de la juventud y los esfuerzos de prevención.

Los profesores están en una posición privilegiada para ayudar a los alumnos que puedan tener problemas depresivos por su cercanía diaria a los alumnos. Cuanto antes se detecte y se actúe sobre un problema, mayores son las posibilidades de que el estudiante lo supere. Aunque la evaluación y el tratamiento son responsabilidad de otros especialistas, el profesor tiene un papel fundamental en la identificación y

en la búsqueda de ayuda para los estudiantes que puedan haber comenzado a desarrollar depresión.

SEÑALES DE ALARMA EN LA ESCUELA

Algunas señales comunes de depresión son las siguientes:

- Siempre se siente triste, que nada tiene remedio o vacío.
- Expresiones del poco valor de su persona
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba
- Está lento o inquieto
- Pérdida de energía, o cansancio
- No se puede concentrar, o no puede recordar cosas o es difícil tomar decisiones
- **Malas calificaciones**
- Alejarse de las personas.
- Irritabilidad constante.
- Conducta inapropiada o desafiante
- Un patrón de actos que irrumpen o son destructivos.
- Dolores que no parecen tener una razón.

3) SERVICIO DE CONSEJERÍA

OBJETIVO: Ayudar a los estudiantes que puedan estar experimentando problemas a fin de evitar que inicien una depresión, a la par que se les apoye para mejorar su rendimiento académico en el caso que se viera afectado

Los docentes que culminaron su capacitación, pasan a ser los consejeros y desempeñar las tareas asignadas durante el año escolar, mediante la asignación de un docente por cada aula que brinde orientación a los alumnos, se asignará un tiempo en el receso de dictado de clases y al final de la jornada a fin de que el alumno pueda acceder a su consejero en privado.

Tareas Asignadas

- ☺ Entrevistar a los estudiantes

- ☺ Hacer una evaluación inicial del estudiante.

- ☺ Orientar a estudiantes.

- ☺ Implicar a los padres.

- ☺ Derivar a los recursos externos cuanto sea necesario.

- ☺ Hacer un seguimiento a los estudiantes que se envíen para evaluación o tratamiento.

- ☺ Hacer un seguimiento a los profesores cuyos alumnos que se envíen para ayuda.

- ☺ Formar orientadores juveniles (apoyo de los consejeros)

Medidas para prevenir la Depresión

Hay algunas pautas que pueden ser útiles para evitar caer en la depresión y facilitan salir de ella cuando esta es leve o moderada y se trata de una respuesta a una situación temporal:

- ***Establecer una red de soporte social y amistades.*** Permitirán al alumno participar de actividades conjuntas con otros adolescentes mejorando sus relaciones interpersonales. Ejemplo: Clubes, grupo parroquial, curso de idiomas, artes, computación, trabajo social, etc.

- ***Adolescentes que escuchan adolescentes:*** Se propone capacitar a líderes juveniles en temas como autoestima, depresión, conductas de riesgo, consumo de drogas, problemas intrafamiliares, de manera que puedan escuchar a sus propios compañeros, (dado que entre adolescentes resultara más fácil que sean sinceros), y aconsejarlos a buscar ayuda profesional mas especifica de ser necesario, compartiendo experiencias podrán sentir que no son los únicos que pasan por situaciones difíciles.

- **Mejor uso del tiempo libre:** Ocupar el tiempo en actividades nuevas y productivas, evitar caer en una rutina de actividades reducidas trae como consecuencia el empobrecimiento de las relaciones humanas, culturales y económicas. Es conveniente romper esa rutina realizando alguna actividad que hemos pospuesto.

- **Tener un programa moderado y constante de ejercicios y actividades deportivas:** Ya está comprobado que existe un compuesto hormonal relacionado al "tono vital", se le llama endorfina, que junto con la serotonina son las "hormonas de la alegría", el cuerpo las sintetiza naturalmente (sin costo alguno) al realizar ejercicio muscular intenso en forma regular. Los diferentes tipos de danza son una buena alternativa

- **Poner más atención al cuidado físico y arreglo personal:** Al inicio de la depresión se aprecia despreocupación en el cuidado de la apariencia personal, lo que a su vez hace que al vernos al espejo o recibir comentarios al respecto nos sintamos peor todavía. No hay que bajar la guardia, se debe procurar mantener la atención por lo menos en el aseo y cuidado personal.

4) ESTRATEGIAS A NIVEL DEL CENTRO EDUCATIVO

OBJETIVO: Comprometer a toda la comunidad educativa en actividades preventivas contra la depresión

A) Talleres de educación y apoyo académico:

Buscan enseñar a los adolescentes que el conocimiento del problema, es un elemento de gran importancia en cualquier programa preventivo, por ello los docentes dictarán charlas sobre depresión a los alumnos. Además, ayudar a los menores a tener más éxito en la escuela les ayuda a formar lazos pro-sociales más fuertes con sus compañeros, la escuela y la comunidad en general. Esto se lograría mediante la instauración de clases tutoriales y grupos de estudio.

B) Fortalecimiento de la Autoestima en la escuela:

- **Identificación de Talentos y Habilidades:** Los alumnos que cuenten con talentos y habilidades para el arte, la música, el teatro, etc. deben ser reconocidos y explotados en su máximo potencial

- *Ceremonias de felicitación y reconocimiento por logros académicos:* felicitar a los alumnos que consigan los primeros puestos en cada bimestre en la formación escolar, de manera que puedan sentirse orgullosos de si mismos.
- *Charlas sobre fortalecimiento de la autoestima:* a cargo de psicólogo, enfatizando su importancia para la adecuada salud mental de los alumnos

CARACTERÍSTICAS DE UN ADOLESCENTE CON AUTOESTIMA

- Actuará independientemente
- Asumirá sus responsabilidades
- Afrontará nuevos retos con entusiasmo
- Estará orgulloso de sus logros
- Demostrará amplitud de emociones y sentimientos
- Tolerará bien la frustración
- Se sentirá capaz de influir en otros



BIBLIOGRAFIA BASICA

1. ADRIANZÉN, Cecilia.” Depresión en Niños y Adolescentes”, Revista Diagnóstico, Lima, año 2006 volumen 37,85-92
2. ALAEZ FERNÁNDEZ, Máximo, “Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes, su relación con la edad y género”. En Psicothema Vol. 12, N° 4, Colegio Oficial de Psicólogos de España 2005, pp 525-532
3. ALBERT, B. Y BECK, A. ; "Incidence of Depression in Early Adolescence: A primary study Journal of Youth and Adolescence”, Atlanta 2004
4. ALIAGA TOBAR, J. (2006). “Variables personales y psicológicas relacionadas con el rendimiento académico en matemática y estadística en alumnos de secundaria” Revista de Investigación en Psicología, Vol. 4 N ° 1, 2001
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION “DSM-IV TR : Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos mentales”, Cuarta edición, 2001
6. ANASTASI, A. (2008). “Psicología educativa. La ciencia de la enseñanza y el aprendizaje”. Editorial Aguilar ,Madrid 2002
7. BECK, Aaron & SHAW, Brian F.” Enfoques cognitivos de la depresión”, Desclée de Brouwer, Bilbao 2006 pp 87-92
8. BLOS, P; "Psicoanálisis de la Adolescencia", Ed Paidos: México. 2004
9. CARLSON, L "Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad", Ed Trillas: México. 2003
10. CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS) 2004
11. CHAVARRO, Carol, Rios, Natalia “Influencia de la Depresión en el Rendimiento Escolar de Niños y Adolescentes”
www.puj.edu.co/fhumanidades/psicologia/proyectosintesis (consulta 16 junio del 2008)

12. DIAZ ATIENZA, Francisco, “Relación entre el rendimiento escolar, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes”. Revista de Psiquiatría de la Sociedad Chilena de Psiquiatría, Vol 6 N° 2, Junio 2005
13. DÍAZ, R.; Ferri, M.J. “Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos”. Osborne McGraw-Hill 2006 pp.353-374.
14. FERRÁN, A, “SPSS para Windows: Análisis estadístico”. Ed. Osborne McGraw-Hill Madrid 2004
15. GARCIA, D Y LÁZARO, J : “Manual de Psiquiatría” McGraw-Hill Interamericana de España Madrid 2007 pp 17-31
16. GOLEMAN, Daniel. “La inteligencia emocional: Porque es más importante que el cociente intelectual”. Editor. Santafé de Bogotá 2004
17. HANNAH, George, “La depresión y ansiedad en niños y adolescentes informada por la asociación de padres y maestros.”, Periódico de la Academia Americana de Psiquiatría 2006 P. 34-35
18. HURLOCK, B Elizabeth "Psicología de la adolescencia". Ed. Paidos: México2004
19. JADUE , J . “Factores Psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la dserción escolar”, Estudios Pedagógicos, N° 28, 2005 pp. 193-204
20. JONGSMA, B ; "Los Estilos de Crianza y su Vinculo con el RendimientoAcadémico" , Reporte de investigación para obtención de título: UNAM campus Iztacala 2006
21. KACZYNSKA, M.”El rendimiento escolar y la inteligencia”. Paidós. Buenos Aires 2006, pp. 16
22. LUJÁN, Miguel (2005), “Suicidio y Depresión en Adolescentes Limeños”, Revista Diagnóstico, N° 67, 2006 85-92

23. MACCRACKEN, J, “"Psicoterapia de la Depresión" Ed Paidos: Buenos Aires 2005
24. MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL PERÚ: Diseño Curricular en Educación Secundaria , Lima 2006
25. MUSS, R. "Teorías de la adolescencia" Ed Paidos: México2005
26. NISSEN, G. ; "Depresiones en la infancia y adolescencia" Ed Trillas: México. 2004
27. PAPALIA, D. Et Al "Desarrollo Humano". Ed. Mc Graw Hill: México 2003
28. PERALES A, Soi C. “Epidemiología Psiquiátrica en el Perú”. Revista Anales de Salud Mental, N° 11, 2005 pp 9-29
29. POWEL, M.C. "La Psicología de la Adolescencia", Ed. Fondo de Cultura Económica: México.2006
30. REINHERZ, Helen “Major Depression in the Transition to Adulthood: Risk and Impairments”. Journal of Abnormal Psychology, American Psychological Association 108, N°3 2005 pp 500-510.
31. REYNOLDS, William Y MAZZA, James, “Reliability and vality of the IDA Scale with Young Adolescents”. Journal of Achool Psychology, Society for the Study of School Psychology, Vol 36, N° 3 Estados Unidos 2008, pp 259-312.
32. ROTONDO, H. “Manual de Psiquiatría” 4ª edición. Editorial San Marcos. 2004
33. SADECK NOHA, Nemeroff Charles B. “Update on the Neurobiology of Depresión”, Medscape Psychiatry & Mental Health Journal 2003

34. SANZ DE ACEDO LIZARRAGA, María Luisa. “Motivación y emoción”. Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao 2007. P.p. 389-466.
35. SELLER, P, "La Técnica Cognitiva de Beck y Técnica de Solución de Problemas como Alternativas de Intervención en Personas Depresivas". Revista UNAM campus Iztacala , 2007
36. SILVERSTEIN "La Depresión un Estudio Psicoanalítico en relación a Rendimiento Escolar", Editorial Nueva Visión: Argentina 2004
37. SPITZ, M, “Major Depression in the Transition to Adulthood: Risks and Impairments”. Journal of Abnormal Psychology,. American Psychological Association, Estados Unidos, 2007 , Vol. 108, N°3, pp.500-510
38. VEGA GARCÍA, S. “Rendimiento Académico en Educación Secundaria” Editorial Madrid, México 2005
39. WELLER, Elizabeth Y WELLER, Ronald A. “Depression in adolescents growing pains or true morbidity?” Journal of Affective Disorders. N°61.2008 pp.9-13.
40. WICKS-NELSON, Rita E Israel, Allen C., “Psicopatología del niño y del Adolescente”, Editorial McGraw, Madrid 2005
41. ZUBIN, J. (2004) “Utilización de instrumentos científicos en la evaluación psicopatológica: algunas perspectivas historicas. *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* pp 21-24



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST-GRADO- ESTUDIOS A DISTANCIA**

**MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO,
ADOLESCENTE Y FAMILIA**



**“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL BAJO RENDIMIENTO
ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS DE SECUNDARIA
DEL CENTRO EDUCATIVO CASIMIRO CUADROS DE AREQUIPA 2008”**

PROYECTO DE TESIS

Presentado por la Médica- Cirujana:
ELSA NOELIA BEJARANO VERGARA

Para optar por el Grado Académico de
Magister. En Salud Mental del Niño,
Adolescente y Familia

I. PREÁMBULO

La depresión es considerada la enfermedad del siglo XXI porque se calcula que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo. No es exclusiva de los adultos, también puede presentarse en adolescentes y niños.

En el adolescente presenta un cuadro clínico más difícil de reconocer con mayor probabilidad de desarrollar una depresión crónica. En casos extremos los jóvenes con depresión profunda intentan el suicidio, en nuestro país la situación del incremento de suicidios en niños y adolescentes es “preocupante y tétrico”, la autoeliminación se está convirtiendo en una salida para menores en edad escolar, cuando en años anteriores este tipo de muerte se registraba en personas mayores a 45 años³

Aunque se considera que es una patología multicausal, la familia y el entorno en el que se desarrolla el adolescente desempeñan un papel importante. Una atmósfera familiar negativa, que afecta su autoestima, dificultades en el colegio, así como condiciones sociales propias de nuestro Perú que incluyen la pobreza y la violencia en la comunidad, aumentan las posibilidades de que los adolescentes se depriman.

El adolescente deprimido tiene un bajo rendimiento escolar, no muestra interés por ninguna actividad, evita los amigos, se aísla y tiene conductas riesgosas como el consumo de sustancias adictivas y el alcoholismo. Estos signos pueden ser reconocidos no sólo por los padres sino también por los maestros, dado que comparten mucho tiempo con sus alumnos.

Los adolescentes a quienes se les diagnostica depresión tienen mayores posibilidades de recuperarse que los adultos, ya que son más abiertos a las indicaciones del especialista y colaboran con la terapia. Desafortunadamente, en nuestro país de cada 10 adolescentes deprimidos solo dos reciben tratamiento, En muchas ocasiones la causa de que estos jóvenes enfermos no lleguen a un especialista radica en la inexperiencia de médicos generales, maestros y padres.

³ ALAEZ FERNÁNDEZ, Máximo, PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO. En *Psicothema* Vol. 12, Nº 4, Colegio Oficial de Psicólogos de España 2005, pp 525-532

La familia y los maestros no saben establecer la diferencia entre la turbulencia típica del adolescente y la depresión, ya que una característica importante del cuadro es un estado de ánimo irritable más que deprimido, es por este motivo que tanto la familia como la comunidad educativa necesitan estar adecuadamente informadas sobre el problema y puedan reconocer síntomas iniciales en el adolescente.

Los jóvenes no tratados pueden tener un episodio depresivo cada seis meses o un año, lo que significa entre seis y 12 recaídas durante la adolescencia. Cada uno de estos episodios trae consigo un riesgo potencial de cometer un suicidio. Afortunadamente, cuando obtienen ayuda para su depresión logran llevar adelante una adolescencia y una adultez feliz y satisfactoria; mas aún pueden disfrutar de la vida y sentirse mejor con respecto a sí mismos.⁴

La preocupación nacida de observar pasivamente este fenómeno, me ha motivado a buscar alguna forma de contribuir para la solución de este problema, encontrando en la incorporación de la promoción y prevención de la salud mental de los adolescentes dentro de la labor educativa una buena alternativa.

Por lo que en base a la información suministrada, quisiera destacar dos aspectos: el primero que el bajo rendimiento académico constituye un signo que puede orientar hacia el diagnóstico de depresión, consecuentemente los alumnos que presenten esta característica deben ser evaluados para determinar si están pasando por un episodio depresivo. En segundo lugar, ya que la vida escolar constituye una etapa básica en el desarrollo del adolescente, debe aprovecharse para implementar medidas preventivas con la colaboración de la comunidad educativa.

Espero por tanto poder mediante esta investigación contribuir positivamente al conocimiento sobre depresión en adolescentes así como al final de la misma establecer una relación causal y obtener un elemento que permita la detección y tratamiento precoz de la depresión entre los alumnos de secundaria a fin de poder evitar futuras consecuencias lamentables.

⁴ WICKS-NELSON, Rita E Israel, Allen C., PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Editorial McGraw, Madrid 2005

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1) PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1) Enunciado del problema

Influencia de la depresión en el bajo rendimiento académico de los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros de Cayma, Arequipa 2008

1.2) Descripción del problema

Área del conocimiento

Área: **Ciencias de la Salud**

Campo: **Salud mental**

Línea: **Depresión**

Análisis u operacionalización de variables

| Variables | Indicadores | Subindicadores |
|---|--|--|
| | <i>Características de las unidades de estudio</i> Edad Sexo Año que cursa Lugar de Procedencia Convivencia familiar | |
| Depresión (Variable independiente) Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. | Síntomas Cognitivos Síntomas Emocionales Síntomas Motivacionales Síntomas Neurovegetativos | Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa Depresión Significativa |
| Rendimiento Académico (Variable dependiente) Nivel de logro que puede alcanzar un estudiante en el ambiente escolar | Número de áreas académicas desaprobadas | Calificación vigesimal |

Interrogantes Básicas

- 1) ¿Cuáles son los niveles de depresión entre los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros?
- 2) ¿Cómo es el rendimiento académico de los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros?
- 3) ¿Cuál es la influencia de la depresión en el bajo rendimiento académico de los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros?

Tipo de investigación: Estudio de Campo

Nivel de investigación: Estudio Relacional

1.3) Justificación del problema

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y "la vida es horrible". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días. Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio.⁵

A diferencia de los adultos, en los adolescentes entre un 40 a 90 por ciento de las depresiones se presentan acompañadas de otros trastornos, es por este motivo que este grupo es más vulnerable y de alto riesgo. En nuestro medio la depresión es el segundo motivo de asistencia a la atención de salud en adolescentes, afecta a uno de cada ocho adolescentes, las investigaciones demuestran que los cuadros de depresión en adolescentes son más frecuentes entre los 13 y los 16 años, en ambos sexos.

⁵ HANNAH, George, LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFORMADA POR LA ASOCIACIÓN DE PADRES Y MAESTROS Periódico de la Academia Americana de Psiquiatría Año 2006 editorial pp. 34-35

Resulta más preocupante aún, el 29% de adolescentes ha pensado en suicidarse alguna vez en su vida, el 15% lo ha considerado en el último año y el 6,9% lo ha pensado en el último mes, mientras que el 4% ha intentado quitarse la vida. El 29% de este grupo (4%) lo volvería a hacer.⁶

Por lo tanto la depresión en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, no sólo por su alta incidencia sino por sus efectos devastadores. Ante el problema se necesita plantear soluciones viables, que puedan implementarse en diversos niveles como la familia, el colegio y los servicios de salud.

Un buen estado anímico del adolescente es fundamental para el desarrollo de sus actividades, por tanto es importante que su salud mental se mantenga bien para que pueda desempeñarse adecuadamente en el quehacer diario. Dado que su principal actividad es el estudio, encontramos en el rendimiento académico un marcador útil que puede ayudar a la detección del cuadro depresivo. Una actividad tan sencilla como revisar las actas de notas en busca de alumnos que persistentemente mantienen un bajo rendimiento académico, puede orientar hacia un problema depresivo de fondo.

Ahora bien, la detección a tiempo conlleva a una intervención oportuna, los episodios depresivos durante la adolescencia generalmente responden al tratamiento, siendo éste amplio y oportuno puede prevenir episodios posteriores. Sin embargo, cerca de la mitad de los adolescentes que experimentan una depresión grave tienen probabilidades de seguir presentando depresión continua como adultos si no se tratan adecuadamente, por este motivo la insistencia en la prevención y diagnóstico en etapas tempranas de la depresión en adolescentes adquiere vital importancia.

Se describe a continuación la relevancia que tiene esta investigación:

Relevancia Científica: En comparación con el cuadro clínico en adultos, la depresión en adolescentes difiere en algunos aspectos. El bajo rendimiento académico constituye un signo importante que puede orientar el diagnóstico en la población escolar, a fin de buscar otros síntomas y signos que permitan el reconocimiento oportuno para evitar consecuencias lamentables.

⁶ LUJÁN, Miguel SUICIDIO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES LIMEÑOS, Revista Diagnóstico, 2005, N° 68 pp. 5-92

Relevancia Humana: El presente estudio favorecerá la implementación de medidas preventivas en la institución educativa, con la colaboración de la plana docente y los padres de familia para posibilitar la detección y tratamiento precoz del cuadro entre los alumnos.

Relevancia Contemporánea: En los últimos años se ha podido observar que la depresión en adolescentes se ha incrementado considerablemente, y a diferencia de la década anterior la frecuencia de casos que culminan en suicidio es mayor, por lo tanto trabajar en la promoción de la salud mental del adolescente es de vital importancia, y las instituciones educativas son un medio adecuado para llevar a cabo esta tarea.

2) MARCO CONCEPTUAL

2.1) DEPRESIÓN

Definición de Depresión según el DSM-IV-TR

Los trastornos depresivos son clasificados por el DSM-IV-TR, como Trastornos del Estado de Ánimo porque comparten con otras entidades de la misma clase, la existencia de una particular alteración del humor. En los niños y adolescentes más que un ánimo deprimido suele presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón “niño mimado” con irritabilidad ante las frustraciones.

El estado de ánimo deprimido, que caracteriza a la depresión, es también un fenómeno común y propio de la experiencia humana. Incluso puede que esta “melancolía” tenga efectos positivos; sin embargo es posible que llegue a niveles que afectan negativamente diferentes áreas del individuo y esto puede ocurrir por diversas razones y a cualquier edad.⁷

⁷ POWEL, M.C. LA PSICOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA, Ed. Fondo de Cultura Económica: México.2005

Clasificación de la depresión

Las depresiones se dividen en dos grandes grupos: “Primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “Secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (alcoholismo, esquizofrenia, etc.) o un trastorno orgánico que explica la depresión.⁸

Principales Trastornos depresivos

Existe una diversidad de cuadros clínicos: Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno distímico, trastorno ciclotímico, trastornos depresivos no especificados, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente, depresión posparto, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Epidemiología

Los trastornos afectivos: depresión mayor y trastorno bipolar son patologías psiquiátricas frecuentes y pueden iniciarse en la infancia. Se estima que la prevalencia de vida, en población general, para depresión mayor es 15% y de 1% para trastorno bipolar". En poblaciones clínicas, la incidencia de depresión mayor oscila entre 10 a 15% y se ha encontrado que generalmente es subdiagnosticada o inapropiadamente tratada".

Los trastornos depresivos en la práctica médica se asocian a aumento en la morbi-mortalidad, en las estancias hospitalarias, no cumplimiento del tratamiento, incapacidad laboral o educacional y aumento de costos directos, indirectos e intangibles de la enfermedad". En poblaciones pediátricas, habría que sumar que durante esta etapa de la vida, la maduración y el desarrollo de las capacidades mentales superiores y de adquisición de destrezas y habilidades están en efervescencia, de modo que la patología física y/o mental reviste mayor gravedad⁹

⁸ ROTONDO, H. MANUAL DE PSIQUIATRÍA, 4ª edición. Editorial San Marcos. 2004 PP 478-486

⁹ Ibíd. P 481

Criterios Diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor Según el DSM-IV-TR

A: Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que presenta un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser : a) Estado de ánimo depresivo o b) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- 1) En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2) Incapacidad para sentir placer en las actividades
- 3) En el caso de los niños y adolescentes hay que valorar el fracaso en lograr el aumento de peso esperado
- 4) Insomnio o hipersomnio casi todo el día
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todo el día
- 6) Fatiga o pérdida de la energía casi cada día
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva casi cada día
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico de suicidio

B: Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C: Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D: Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

E: Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimientos psicomotores.

Etiología de la depresión

La depresión es una enfermedad sistémica heterogénea, que involucra neurotransmisores, neurohormonas y vías neuronales. Los datos recientes indican que la depresión puede resultar de una interacción compleja entre la predisposición genética a la enfermedad y eventos vitales adversos “tempranos” como abuso o descuido infantil.¹⁰

A continuación mencionaremos algunos factores atribuibles a la depresión:¹¹

- **Factores Biológicos:** Los trastornos del estado de ánimo se asocian a alteraciones de las aminas biógenas, las mas estudiadas son la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, así como alteraciones neuroendocrinas
- **Factores genéticos:** Los datos indican que un factor genético esta implicado claramente, pero el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. Egeland y cols. Identificaron en una comunidad Amish, en los estados unidos un segmento en el brazo corto del cromosoma 11 donde se encuentra el gen que predispone a la enfermedad bipolar. Por otro lado Baron y cols. Provee evidencia de relación entre la enfermedad bipolar y dos marcadores del cromosoma X.
- **Factores Psicosociales:** Se mencionan factores psicógenos dinámicos o conductuales. Akiskal y cols. Revisaron la literatura sobre la relación entre la personalidad y trastornos del afecto, resumiendo lo siguiente:
 - 1) Ciertos rasgos de la personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos
 - 2) la personalidad subyacente modifica la forma clínica de presentación de los trastornos del afecto

¹⁰ ALAEZ FERNÁNDEZ, Máximo: Ob. Cit. P. 535

¹¹ SADECK NOHA, Nemeroff Charles B. (2003), UPDATE ON THE NEUROBIOLOGY OF DEPRESSION Medscape Psychiatry & Mental Health Journal , 35, pp 67-71

- 3) Alteraciones de la personalidad evidencian, en ciertos casos la presencia de un trastorno subyacente del afecto
- 4) Ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo

2.2) DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Aspectos históricos

Los trastornos afectivos en niños y adolescentes fueron identificados desde el siglo XVII¹². En 1621, Burton relacionó los estilos de educación con la melancolía. En 1782, Amold señaló la vulnerabilidad a desarrollar "insanía nostálgica" que se presenta en gente joven apartada de su hogar; pero fue Hofer, quien hizo las primeras descripciones clínicas¹³. Posteriormente, fue poco lo que se estudió al respecto, hasta el presente siglo cuando Kraepelin describió psicosis maniaco depresiva en un niño de 6 años.

Sin embargo, la existencia de la depresión en niños fue puesta en duda hasta cerca de los años 60. En 1934, Melanie Klein desarrolló los conceptos de "posición esquizoparanoide" y de "posición depresiva" como parte del desarrollo psicogénico del niño. Posteriormente, John Bowlby, apoyándose en trabajos etológicos, postuló la teoría del vínculo.¹³

Sostiene que el periodo más sensible oscila entre los 5 meses y los 3 años de edad y describió las siguientes fases: de protesta al momento de la separación, fase de desesperanza y fase de desvinculación. La experiencia de separación ocasiona respuestas de ansiedad y cólera; la experiencia de pérdida causa tristeza y depresión.

En 1965, Rene Spitz en su libro *The First Year of Life*, identifica dos enfermedades que se producen por privación afectiva: la privación emocional parcial o depresión analítica y la privación emocional total u hospitalismo; entidades que pueden llevar al niño al marasmo y muerte.

¹² GARCIA, D Y LÁZARO, J : HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA Madrid : McGraw-Hill-Interamericana de España 2007 pp 17-31 Pasim

¹³ SELLER, P (2007) LA TÉCNICA COGNITIVA DE BECK Y TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS DEPRESIVAS. Revista UNAM campus Iztacala, 5, pp 73-80

En el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos, realizado en Estocolmo en 1970, se concluyó que la depresión en la infancia era una entidad psiquiátrica frecuente; siete años después se publicó el libro *"Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models"* donde se enfoca este problema en la población de niños norteamericanos¹⁴. Con la publicación de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos (DSM), de la Asociación Psiquiátrica Americana, y de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, se sistematizaron los criterios diagnósticos

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos de trastornos depresivos en niños y adolescentes, han mostrado resultados diversos. Posibles explicaciones son: los diferentes tipos de población estudiados, la falta de acuerdo para definir depresión (síntoma, síndrome o trastorno) y para establecer los criterios diagnósticos; los diferentes métodos de evaluación empleados; la influencia del nivel de desarrollo y de la edad y la presencia de comorbilidad.

En el cuadro 1 se resumen los resultados de los estudios epidemiológicos sobre trastornos depresivos en niños y adolescentes.

CUADRO 1

RESULTADOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

| GRUPO ETAREO | TIPO DE POBLACION | RESULTADOS |
|--------------|----------------------|--|
| Preescolares | No clínica | Prev. de vida para depresión mayor (DM): 0.4 a 0.9 % |
| Preescolares | Clínica | Prevalencia de DM: 0.9 a 1% y de distimia: 1% (19,20) |
| Escolares | No clínica | Prev. 1 año DM: 1.8% y distimia: 2.5%. Prev. vida DM 1.1% y distimia 9.7% (21,22) |
| Escolares | Clínica | Prev. DM: 10-13% y distimia 6% (23,24) |
| Adolescentes | No clínica | Prev. DM: 4-4.7% y distimia 3.3-4.9%(25,27) Incidencia (1 año) DM: 3.3% y distimia 3.4%(28) |
| Adolescentes | Clínica psiquiátrica | Prev. DM:17.8-27% (29,30) |

En niños preescolares la prevalencia de DM es de 1%, mientras que en niños escolares alcanza una prevalencia cercana al 2%. En los adolescentes se encuentra un notorio aumento de la prevalencia de depresión mayor. En este grupo etáreo se observó además

¹⁴ CARLSON, L DESARROLLO Y PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD, Ed Trillas: México. 2006 passim

predominancia del sexo (25-26) femenino. Otros investigadores han demostrado alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, de conducta (TC), y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños con trastornos depresivos”.

En un estudio realizado en un servicio de pediatría general, con niños entre los 7 y 12 años, se encontró depresión mayor en el 7% y humor disfórico en el 38%. Los diagnósticos pediátricos entre los niños con DM fueron encopresis, vómitos recurrentes y "síndrome de intestino irritable.

En un servicio de cardiología pediátrica se estudiaron 100 niños entre los 6 y 18 años, y se halló que 13% cumplían criterios para DM, 51% tenían humor disfórico y el síntoma que más se presentó entre los niños con depresión fue dolor pectoral”.

En un servicio hematológico oncológico se encontró DM en 17% de los 35 niños estudiados y la mayoría tenía el diagnóstico de leucemia”¹⁵

Otro autor informó 23% de prevalencia de DM en niños y adolescentes que acudían a servicios ortopédicos y una prevalencia de vida para DM de 27% en niños con enfermedad intestinal inflamatoria.¹⁶

En otro estudio se comprobó que la comorbilidad entre fibromialgia y DM fue alta y que los dolores musculoesqueléticos se relacionan con problemas emocionales y de conducta”. En conclusión, la prevalencia de trastornos depresivos en poblaciones pediátricas es mayor en patologías crónicas que en las agudas, especialmente si se acompañan de desfiguración, dolores u hospitalizaciones frecuentes

Etiología

La etiología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes es menos clara que en los adultos; se postula una etiología multicausal; las principales teorías biológicas y psicológicas se presentan brevemente:

¹⁵ ALAEZ FERNÁNDEZ, Máximo: Ob. Cit. pp. 538-541

¹⁶ Vid. MACCRACKEN, J, PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN Ed Paidós: Buenos Aires 2006 pp. 45-51

*A.-Teorías biológicas*¹⁷

1. *Alteraciones del eje hipotálamo-hipofisiarioadrenal:* En niños y adolescentes con DM, al igual que en adultos, se ha detectado hipercortisolemia y no supresión al test de dexametasona (TD); sin embargo, en niños, los resultados aún no son concluyentes"". Otro autor informó hipercortisolemia y respuesta positiva (no supresión) al TD, siendo esta respuesta más prominente entre los niños pre púberes que entre los adolescentes.

Se acepta que en niños la respuesta positiva al TD es de ayuda diagnóstica y predice la evolución del cuadro y que la respuesta negativa no descarta la enfermedad.

2. *Respuesta anormal de la hormona de crecimiento (HC):* en pacientes con DM se ha demostrado aplanamiento en la secreción de HC en respuesta a la hipoglicemia inducida con insulina, y disminución en respuesta a la estimulación con clonidina.

En niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglicemia, pero durante el sueño hay hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo. Igual respuesta ha sido informada en niños no deprimidos hijos de padres con depresión lo que sugiere que sea un marcador de rasgo

3. *Teoría catecolaminérgica* (niveles de norepineffina disminuidos en pacientes con DM). En niños y adolescentes también se ha encontrado disminución del metabolito urinario de norepineffina (3metoxi-4hidroxifenilglicol), sin embargo se requiere replicarlo con muestras mayores.

4. *Estudios de sueño:* En adultos se ha demostrado acortamiento del periodo de latencia e incremento de la densidad del sueño REM, reducción del sueño delta y disminución en la eficiencia del sueño. En niños y adolescentes los resultados aún son controversiales.

5. *Estudios de familia y genéticos:* la prevalencia de enfermedad depresiva en niños y adolescentes con antecedentes familiares positivos es significativamente alta. Los valores varían entre 8 a 74% para la descendencia de padres con depresión mayor y de 23 a 92% en trastornos bipolares. Los estudios de concordancia para DM en adultos revelan que la concordancia MC/DC es 54/24`).

¹⁷ Vid. MUSS, R. TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA Ed Paidos: México 2005 pp 66-69

Los estudios de adopción han demostrado alta prevalencia de trastornos afectivos en niños adoptados descendientes de padres con enfermedades afectivas.

Se ha demostrado además que el paciente que inicia muy tempranamente su enfermedad tiene mayor probabilidad de tener familiares afectados y entre los pacientes con depresión unipolar se detecta frecuentemente alcoholismo en la familia.¹⁸

Los estudios de seguimiento de niños con padres con depresión unipolar han permitido determinar que estos niños tienen una probabilidad 3 veces mayor de padecer algún trastorno afectivo y 6 veces mayor de padecer depresión unipolar que los hijos de sujetos sanos; y que presentan con mayor frecuencia otras patologías como TC, TDAH, de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad.

El impacto de la depresión en los padres es complejo ya que los síntomas interfieren en la interacción con el niño y con el resto de la familia.

B. -Teorías psicológicas

1. *Modelo psicoanalítico*: postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa.

2. *Modelo de estrés*: postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres. También se ha detectado actitudes inadecuadas como rechazo en los familiares de niños con depresión, de modo que es difícil determinar si el estresor produce la enfermedad o la enfermedad actúa como estresor.

3. *Modelo conductual de reforzamiento*: postula que los sentimientos y comportamientos depresivos son causados por insuficientes o inadecuados reforzamientos positivos. Las habilidades sociales disminuidas en los niños con depresión, limitarían aún más la llegada de refuerzos positivos.

4. *Modelo de desesperanza aprendida*: la ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.

¹⁸ DÍAZ, R.; y FERRI, M.J.. INTERVENCIÓN EN POBLACIONES DE RIESGO: LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS Revista Adicciones, 2006 14 (Supl. 1), 353-374.

5. *Modelo de distorsión cognitiva*: la persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (triada cognitiva) con mayor probabilidad se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos. Tienden a pensar de modo dicotómico (todo o nada), a sobre generalizar, exagerar e identificar como catástrofes lo que les ocurre.

6. *Modelo de auto-control*: las personas con depresión tendrían déficits en su autoevaluación, auto reforzamiento y auto monitorización. Se centran en las consecuencias a corto plazo de su conducta, atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos.

Cuadro clínico y diagnóstico

Múltiples interrogantes surgen en tomo a la fenomenología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes; como si los criterios diagnósticos de los adultos valen también para los niños o si existen síntomas especiales o si estos cambian con la edad y la etapa del desarrollo.

En la CIE-10 los criterios son válidos para toda edad; sin embargo, existe un acápite aparte para los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

En el DSM-IV¹⁹ los criterios son válidos para adultos y niños, con algunas atingencias para estos últimos como estado de ánimo irritable y falla en alcanzar el peso esperado.

La identificación de síntomas depresivos en los niños es difícil, aún para los padres. Se recomienda que la evaluación del niño se base en el examen comprensivo del niño y de su entorno.

En las entrevistas con los niños se debe preguntar cuidadosamente, no esperar que el niño espontáneamente describa sus síntomas; usar un lenguaje apropiado, dar ejemplos (experiencias de otros niños) y parámetros de comparación en cuanto al tiempo, y no tener reparos en confrontar inconsistencias en la historias dadas por los padres y por los niños o del mismo niño en diferentes tiempos.

¹⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV TR : MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES .Cuarta edición, 2004

El uso de material lúdico facilita la entrevista.²⁰En el cuadro 2 se presenta las características del cuadro clínico de DM de acuerdo a la edad. ²¹

| CUADRO 2 | | | |
|--|---|--|---|
| CARACTERÍSTICAS DEL CUADRO CLINICO SEGUN LA EDAD | | | |
| AUTORES Año | PREESCOLARES | ESCOLARES | ADOLESCENTES |
| | Quejas semánticas, baja autoestima y apariencia depresiva. | | Anhedonia, variación diurna de los síntomas, sentimientos de desesperanza, retardo psicomotor y desilusiones. |
| | El ánimo depresivo, insomnio, de la concentración ideación suicida. | | |
| Ryan et. al. 1987 | Apariencia depresiva, quejas somáticas, agitación psicomotora, trastornos fóbicos, ansiedad de separación y alucinaciones. | | Anhedonia, hipersomnia, sentimientos de desesperanza, cambios en el peso y abuso de drogas. |
| Ajuriaguerra 1977 | Enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos. | Rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y depresión siendo la cefalea dominante como síntoma psicossomático. | |
| Carlson & abbot 1995 | Apariencia sombría o de enfermedad, llorosos, irritable, enuresis, encopresis, quejas, somáticas, conductas negativistas o autodestructivas | Conductas disruptivas, dificultades académicas y problemas con pares, agresividad, intentos, suicidas, ansiedad, tristeza, cambios en el sueño, anorexia y quejas somáticas. | Transt. de conducta y de ansiedad, disforia, apatía, anhedonia, concetración retardo psicomotor, irritabilidad, hipersomnia, síntomas psicóticos. |
| Weller, E. Weller R. & Svandijan H 1996 | Apariencia de indiferencia, cambios en el apetito y sueño, llanto. | Tristeza, llanto, retardo motor, voz monótona, autodescripciones con términos negativos, disminución del rendimiento escolar | Semejante a adultos, alta prevalencia de suicidio y consumo de drogas. |

Diagnóstico diferencial

Para fines de diagnóstico diferencial de DM se debe tener en cuenta los siguientes puntos: saber que trastornos deben ser descartados, que trastornos semejan un episodio depresivo pero no lo son, que existe la posibilidad de comorbilidad y la etapa de desarrollo.

²⁰ NISSEN, G.; DEPRESIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA Ed Trillas: México. 2004 pp. 76

²¹ Idem pp.79

El cuadro 3 ²²facilita la diferenciación según el grupo etéreo y el cuadro 4²³ presenta las condiciones médicas que semejan depresión o que se asocian a mayor riesgo de padecerla.

| CUADRO 3 | | |
|---|--|---|
| DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SEGUN LA EDAD | | |
| PREESCOLARES | ESCOLARES | ADOLESCENTES |
| <ul style="list-style-type: none"> - Negligencia - Abuso - Fallas en el crecimiento y desarrollo - Separación - Trastorno de ansiedad - Trastorno de ajuste con humor depresivo | <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ajuste con humor depresivo - Trastorno de ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> - Abuso de alcohol o drogas - Trastorno de ansiedad - Esquizofrenia |

Diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos: con el trastorno de adaptación con humor depresivo (TAHD) se hace en función al número de síntomas depresivos más que a la magnitud y tipo de estresor.

El tiempo de aparición de los síntomas para el TAHD debe estar entre los 3 a 6 meses de ocurrido el estresor, los síntomas pueden ser severos pero no está presentes en suficiente número (tres o menos síntomas) para establecer el diagnóstico de DM. Con trastornos de ansiedad y de conducta es más difícil establecer el diagnóstico diferencial ya que muchas veces coexisten y es necesario hacer ambos diagnósticos.

En adolescentes con depresión severa puede haber una pérdida importante de peso corporal acompañada de anergia y agitación lo que debe ser diferenciado de un cuadro de anorexia nerviosa (AN). Para el diagnóstico de AN debe buscarse distorsión de la imagen corporal o preocupación excesiva con el peso, maniobras para evitar ingerir alimentos y ejercicios compulsivos.

²² ALBERT, B. Y BECK, A.(2007) ; INCIDENCE OF DEPRESSION IN EARLY ADOLESCENCE: A PRIMARY STUDY JOURNAL OF YOUTH AND ADOLESCENCE Journal of Medicine , 86, pp 63-68

²³ Id.

CUADRO 4

| CONDICIONES MEDICAS QUE SE ASOCIAN A DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| INFECCIONES Y TUMORES | TRANSTORNOS NEUROLOGICOS | CARDIOVASCULAR Y TEJ. CONECTIVO | TRANSTORNOS ENDOCRINOLOGICOS | MEDICAMENTOS | OTROS |
| Encefalitis Mononucleosis Malaria Postinfluenza Neumonía Tuberculosis Hepatitis Sífilis SIDA Tumor del SCN Tum. Pulmonar | Epilepsia Postconciión Hemorragia, subaracnoidea ACV Esclerosis. multiple. Corea Huntington Miastenia gravis Enf Parkinson Demencia | Cardiomiopatía Isquemia cerebral Insuficiencia cardíaca Congestiva Infarto de mioc. Poliarter: nodosa Lupus eritematoso sitemático | diabetes Enf. de Cushing Enf. de Addison Hipotirodismo Hipertirodismo Hiperparatiroidismo Hipopituitarismo | Antihipertensivos Barbitúricos Benzodicepinas Corticosteroides Contraceptivos orales Cimetidina Aminofilina anticonvulsivantes Clonidina digital Diurét. tiazídicos | Abuso de alcohol y otras drogas Insf. renal crónica Diálisis Hipocalemia Hiponatremia Anemia Enf. de Wilson Porfiria Uremia Beriberi Pelagra Hipervitaminosis A |

Tratamiento

El plan de tratamiento debe estructurarse bajo una perspectiva biopsicosocial: psicoterapia (individuales, de grupo, familiar, cte.), uso de medicación, evaluación y planeamiento educacional, entrenamiento en habilidades sociales.

Se deben valorar las condiciones que propician la referencia del paciente, la duración y severidad de los síntomas depresivos, la posible comorbilidad, los factores que podrían perpetuar el trastorno y las habilidades e intereses del niño.²⁴

La hospitalización se restringe a riesgo suicida, necesidad de proteger al paciente de maltrato en el entorno, conductas agresivas de difícil manejo, consumo de alcohol u otras sustancias, supervisión estricta de medicamentos y condiciones médicas que lo ameriten.

²⁴ JONGSMA, B ; LOS ESTILOS DE CRIANZA Y SU VINCULO CON EL RENDIMIENTO ACADEMICO Reporte de investigación para obtención de título: UNAM campus Iztacala 2006 pág. 74

La modalidad de intervención psicosocial y psicoterapéutica puede ser:

1. Psicoterapia de familia: estructural, psicodinámica, conductual.
2. Psicoterapia individual: psicodinámica, conductual, cognitiva.
3. Tratamientos fuera de la casa: hospitalización, hospitalización de día.
4. Psicoeducación: sobre la enfermedad, factores asociados, partes del tratamiento y pronóstico.

Luego de revisar la literatura sobre tratamiento farmacológico de DM en niños y adolescentes, en un periodo de 10 años, Beck ²⁵señaló que en la mayoría de estudios controlados con antidepresivos tricíclicos (ADT) no se ha demostrado la superioridad del fármaco con respecto a placebo (cifras cercanas al 50%).

La poca eficacia de los ADT se podría explicar por ciertos factores del desarrollo, como metabolismo más acelerado e inmadurez del sistema noradrenérgico en los niños, que afectarían la respuesta a los medicamentos; por otro lado parece ser que los niños son más susceptibles a la interacción con el terapeuta, lo que explicaría la alta respuesta a placebo.

Otro autor señala también que los niños no se benefician tanto como los adultos de la medicación y postula como posibles explicaciones: factores etiopatogénicos diferentes en los niños, altas tasas de comorbilidad, influencias ambientales, mejor respuesta en los niños a placebo, necesidad de usar otra medicación (no tricíclica) para inducir mejoría y altos índices de trastorno bipolar en niños y adolescentes lo que dificultaría la respuesta a antidepresivos.

Como efectos colaterales de la medicación tricíclica en niños y adolescentes cita: boca seca, irritabilidad, cefalea, insomnio, dolor abdominal, sudoración, mareos, sensación de fatiga y enrojecimiento facial que aparece con el ejercicio físico.

Los efectos cardiovasculares como aumento leve de la presión arterial, hipotensión ortostática y cambios electrocardiográficos (dosis dependiente) deben ser seguidos de cerca.²⁶

²⁵ BECK, Aaron & SHAW, Brian F., MANUAL DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. Séptima edición. Desclée de Brouwer, Bilbao 2006 pp 87-92

²⁶ MACCRACKEN, J, Ob. Cit P 74

Los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) parecen ser una alternativa para el tratamiento de niños y adolescentes con depresión mayor, sin embargo existen muy pocos trabajos publicados.

En un estudio doble ciego-controlado con 97 pacientes entre los 7 y 17 años con diagnóstico de DM no psicótica, se comprobó mejoría en el 56% de los que recibieron 20 mg/día de fluoxetina vs 33% de los que recibieron placebo".

Como efectos secundarios de la fluoxetina en niños y adolescentes se ha informado intranquilidad, disturbios del sueño, desinhibición social y sensación subjetiva de excitación. Otros efectos secundarios de los ISRS son molestias gástricas, náuseas, diarreas, cefalea, mareos, y ansiedad. Se advierte además sobre la posibilidad de viraje a manía sobre todo si existe el antecedente familiar de hipomanía o manía.²⁷

| CUADRO 5 | | |
|---|-----------------|-----------------------------|
| GUIA PARA EL USO DE ANTIDEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DM | | |
| MEDICAMENTO | DOSIS SUGERIDA | NIVEL PLASMÁTICO * EFECTIVO |
| Amitriptilina | 3 - 5 mg/k/día | No conocido |
| Clomipramina | 2 - 3 mg/k/día | No conocido |
| Nortriptilina ** | 1 - 2 mg/k/día | 60 - 100 ng/ml |
| Fluoxetina | 5 - 40 mg/k/día | No conocida |

* Medido 10 a 12 horas luego de la última dosis

** En nuestro medio la nortriptilina se expende combianda con flufenazina. Cuadro modificado según fármacos disponibles en nuestro medio.

Suicidio y Depresión

Los cuadros depresivos y la conducta suicida se hallan estrechamente vinculados.²⁸

La conducta suicida se divide en tres categorías:

1. La ideación suicida va desde ideas que la vida no vale la pena ser vivida hasta planes bien definidos de autoeliminación.

²⁷ SPITZ, M, , MAJOR DEPRESSION IN THE TRANSITION TO ADULTHOOD: RISKS AND Journal of Abnormal Psychology,. American Psychological Association, Estados Unidos, 2007 Vol. 108, N°3, pp.500-510

²⁸ SPITZ, M , Ob. Cit. P 83

2. El intento suicida (parasuicidio) se refiere a las conductas que se efectúan y cuya finalidad es la autoeliminación y que no tuvieron éxito; y
3. El suicidio se refiere a la muerte resultado directo o indirecto de un acto cometido por la víctima con pleno conocimiento del resultado del mismo.

En niños menores de 12 años el suicidio consumado es raro, se incrementa en edad puberal y su incidencia aumenta ostensiblemente a lo largo de la adolescencia.

Estudios epidemiológicos realizados en USA sobre suicidio en adolescentes muestran que la tasa de suicidios en adolescentes entre 14 a 19 años se ha incrementado cuatro veces en los últimos cuarenta años.

El suicidio en niños y adolescentes está subinformado; los intentos suicidas y los suicidios consumados se incrementan dramáticamente después de la pubertad; y los intentos suicidas son más frecuentes entre las mujeres (9/1).

Las modalidades más comunes son sobredosis de fármacos y cortes autoinfligidos en antebrazos; los suicidios consumados son más frecuentes entre los varones (3/1), mediante armas de fuego (62%) y ahorcamiento (19%). Se postula que el aumento de la prevalencia de depresión, de consumo de sustancias, impulsividad, conducta violenta y acceso fácil a armas de fuego explicarían el incremento de suicidio en los últimos años entre la población joven²⁹

Se ha identificado relación significativa entre conducta suicida y trastornos afectivos y trastornos de conducta disruptivos en prepúberes y adolescentes; y relación entre trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias psicotropas en intentos suicidas en adolescentes.

Niños y adolescentes con trastornos de conducta e historia de agresión, impulsividad y dificultades escolares constituyen un grupo de riesgo para conducta suicida.³⁰

La evaluación del paciente suicida comprende: establecer empatía, analizar y entender el intento, determinar los factores de riesgo en esos momentos y a futuro, clarificar los

²⁹ CARLSON, L Ob. Cit. P 73

³⁰ WICKS-NELSON, Rita E Israel, Allen C., PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Editorial McGraw, Madrid 2005, pp. 145

problemas que afronta el paciente, identificar recursos personales, familiares y sociales para el afronte y la evaluación familiar.³¹

El tratamiento va dirigido a disminuir la probabilidad de auto injuria, por lo que la hospitalización está indicada.

Las intervenciones psicoterapéuticas con el paciente pueden ser de varios tipos: dinámica, de soporte, y cognitiva. La intervención familiar, desde orientación y soporte hasta tratamiento psiquiátrico está indicada.

La prevención del suicidio en niños y adolescentes debe ser multimodal, y multidisciplinaria, en algunos países se han implementado programas preventivos dirigidos a poblaciones escolares que tienen como principales objetivos: concientizar a los adolescentes sobre este problema, entrenarlos en la identificación de adolescentes en riesgo e informarlos sobre lugares donde se brinda atención y el modo de llegar a ellos.

2.3) RENDIMIENTO ACADÉMICO

El rendimiento académico se define como el nivel de logro que puede alcanzar un estudiante en el ambiente escolar en general o en una asignatura en particular. El mismo puede medirse con evaluaciones pedagógicas, entendidas éstas como el conjunto de procedimientos que se planean y aplican dentro del proceso educativo, con el fin de obtener la información necesaria para valorar el logro, por parte de los alumnos, de los propósitos establecidos para dicho proceso.³²

Según Pizarro ³³constituye una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiesta, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación. Además, el mismo autor, ahora desde la perspectiva del alumno, define al rendimiento académico como la capacidad

³¹ *Ibíd*em

³² VEGA GARCÍA, S. "RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA" Editorial Madrid 2005 Passim

³³ PIZARRO, R. RASGOS Y ACTITUDES DEL PROFESOR EFECTIVO. Tesis para optar el Grado de Magíster en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2004 Pp 23

respondiente de éste frente a estímulos educativos, la cual es susceptible de ser interpretada según objetivos o propósitos educativos ya establecidos.

La evaluación pedagógica, a través de su valoración por criterios, presenta una imagen del rendimiento académico que puede entenderse como un nivel de dominio o desempeño que se evidencia en ciertas tareas que el estudiante es capaz de realizar y que se consideran buenos indicadores de la existencia de procesos u operaciones intelectuales cuyo logro se evalúa.

La pedagogía conceptual propone categorías para identificar los niveles de dominio que son los siguientes: nivel elemental (contextualización), básico (comprensión) y avanzado (dominio). Independientemente de las categorías empleadas para medir el desempeño, vale decir que el mismo puede ser de tres tipos, dependiendo del tipo de aprendizaje que se evalúe: cognitivo, afectivo y procedimental.³⁴

Componentes del Rendimiento Académico³⁵



³⁴ Id.

³⁵ KACZYNSKA, M. EL RENDIMIENTO ESCOLAR Y LA INTELIGENCIA. Buenos Aires: Paidós. 2006, pp. 16

Factores que Influyen en el Rendimiento Académico

El logro de estos aprendizajes, como han determinado diferentes investigaciones tiene que ver con:

- a) La capacidad cognitiva del alumno (la inteligencia o las aptitudes)
- b) La motivación que tenga hacia el aprendizaje
- c) El modo de ser (personalidad)
- d) El “saber hacer”

Las estimaciones basadas en una función de producción educacional reafirman la importancia que tienen las variables del hogar en el desempeño escolar de los niños, hipótesis que ha sido confirmada en numerosos estudios internacionales.

No sólo la educación de los padres es un determinante importante del resultado estudiantil, también lo son las desventajas que enfrenta la población de origen indígena, los niños que por razones de estudio o económicas no viven con sus padres y el hecho que la madre ayude en las tareas escolares a los niños. Sin embargo, este estudio demuestra que las variables del colegio y del profesor son también muy importantes.

A continuación se puntualizan algunos factores que influyen en el rendimiento académico según Aliaga³⁶

APTITUDES MENTALES

- INTELIGENCIA GENERAL
 - Razonamiento abstracto
- APTITUD VERBAL
 - Razonamiento verbal
 - Vocabulario
- APTIUD NUMÉRICA
 - Razonamiento numérico
 - Habilidad numérica

³⁶ ALIAGA TOBAR, J. VARIABLES PERSONALES Y PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN MATEMÁTICA Y ESTADÍSTICA EN ALUMNOS DE SECUNDARIA.. Revista de Investigación en Psicología, Vol. 4 N.º 1, pp.45-52

- Aptitud espacial
- Inteligencia práctica
- Memoria visual
- MEMORIA AUDITIVA
 - Memoria auditiva verbal
 - Memoria auditiva numérica
 - Atención
 - Percepción auditiva
 - Defectos físicos

ADAPTACIÓN

- FAMILIAR
 - Padre
 - Madre
 - Hermanos
- ESCOLAR
 - Profesores
 - Compañeros
 - Institución
 - Social

INTERESES ESCOLARES

- Matemáticas
- Lengua
- Inglés
- Ciencias
- Ed. Física
- Sociales
- Diseño

ESTUDIO

- Dominio ortográfico
- Actitud
- Motivación
- Hábito
- Condiciones ambientales
 - Lugar de estudio
 - Materiales de estudio
- Condiciones personales
- Organización
- Lectura comprensiva
- Velocidad lectora
- Información cultural

INTEGRACIÓN SOCIAL

- Objetiva
- Actitud personal

PERSONALIDAD

- Introversión-Extraversión
- Inestabilidad-estabilidad
- Inseguridad-seguridad
- Fuerza instintiva-fuerza de voluntad
- Imaginación-practicidad
- Sumisión-dominancia
- Dependencia-autosuficiencia
- Sensibilidad social-insensibilidad social

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- Manejo de emociones
- Manejo de Stress
- Calidad de las relaciones interpersonales

ACEPTACIÓN EN GRUPO

- Amistad
- Rechazo
- Liderazgo
- Estabilidad emocional

Podemos afirmar entonces que el rendimiento escolar es la resultante del complejo mundo que envuelve al estudiante: cualidades individuales, su medio socio-familiar y su realidad escolar.³⁷

Por ello, mejorar el rendimiento académico no sólo quiere decir obtener notas más buenas, por parte de los alumnos, sino aumentar, también, el grado de satisfacción psicológica, de bienestar del propio alumnado.

BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO

Dentro del rendimiento al cual nos hemos referido, encontramos dos tipos: el positivo y el negativo al cual le llamaremos "el fracaso escolar".

Para Díaz³⁸ el fracaso escolar "se presenta cuando un niño no es capaz de alcanzar el nivel de rendimiento medio esperado para su edad y nivel pedagógico"; este problema ocupa el primer plano de las preocupaciones del mundo de la [educación](#); teniendo en cuenta que "el fracaso no es propiamente escolar, y sería equivocado circunscribirlo al fracaso del escolar".³⁹

³⁷ SANZ DE ACEDO LIZARRAGA, María Luisa MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao pp. 389-466.

³⁸ DIAZ ATIENZA, Francisco, RELACIÓN ENTRE EL RENDIMIENTO ESCOLAR, SINTOMAS DEPRESIVOS, EDAD Y GÉNERO EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES Revista de Psiquiatría de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Vol 6 N° 2, 2005 pp.66-70

³⁹ JADUE, J. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PREDISPONEN AL BAJO RENDIMIENTO, AL FRACASO Y DESERCIÓN ESCOLAR Estudios Pedagógicos, N° 28, pp. 193-204

Por otro lado, pero en relación con lo anterior, un alumno puede fracasar en el colegio por:⁴⁰

- a) Desinterés con todo lo relacionado con la escolaridad
- b) Pasividad escolar, cuando se realizan las tareas sólo con un estímulo constante
- c) La oposición escolar, cuando se manifiesta malestar y rechazo al colegio de forma clara.

Las tres situaciones mencionadas pueden ocasionar con el tiempo, la aparición de trastornos afectivos en el niño debido a que la escolarización se convierte en un estresor potente influyendo negativamente sobre la autoestima, percepción de las competencias sociales y las expectativas futuras

Se destaca la importancia de la desigualdad entre una percepción de alto estrés y la pobre descarga de tensiones que el estudiante puede ejercer debido a reducidas actividades recreativas.

La depresión se asocia más a experiencias o sentimientos de fracaso académico, mientras que la angustia a pérdida del soporte social y escaso tiempo para actividades recreativas.⁴¹

Evaluación del Rendimiento Académico en el Perú

El Ministerio de educación en nuestro país recomienda calificar a los estudiantes de educación secundaria mediante calificación vigesimal, asignando notas en los diferentes rubros del curso que incluyen desarrollo de capacidades, pensamiento crítico, pensamiento creativo, solución de problemas y capacidades comunicativas, luego se obtiene un promedio final del curso.

⁴⁰ POWEL, M.C.: Ob. Cit. P 87

⁴¹ CHAVARRO, Carol y RÍOS, Natalia INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE NIÑOS Y ADOLESCENTES “Proyecto Síntesis, disponible en web www.puj.edu.co/fhumanidades/psicologia/proyectosintesis,

Independientemente de las categorías empleadas para medir el desempeño, vale decir que el mismo puede ser de tres tipos, dependiendo del tipo de aprendizaje que se evalúe: cognitivo, afectivo y procedimental⁴²

2.4) RELACION ENTRE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y EL BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO

La depresión y la ansiedad son reconocidos problemas de salud mental y están dentro de los trastornos emocionales más frecuentes en la niñez y la adolescencia. La prevalencia de los síntomas de ansiedad y de depresión aumenta durante el desarrollo. Estos síntomas están asociados con dificultades en el rendimiento escolar y en las relaciones interpersonales. Asimismo, cuando estos problemas se presentan en etapas tempranas de desarrollo, son predictores de problemas similares en la adultez.⁴³

A partir de la preocupación por el aumento de la frecuencia con la que se presentan casos de depresión y la disminución de la edad de las personas que padecen este tipo de problemas, surge la necesidad de estudiar el fenómeno en la población infantil.⁴⁴

Hacerlo, buscando su relación con el bajo rendimiento académico, puede ser de utilidad para concientizar a la institución educativa de poner especial atención al desarrollo afectivo de los estudiantes, en tanto que éste resulta ser un componente importante de su ser integral.

La situación resulta más preocupante hoy en día, cuando se ha encontrado que la frecuencia con la que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de iniciación ha disminuido. De hecho diversos estudios realizados en torno al tema indican que, entre el 1.80% y el 25% de los niños pueden tener depresión, al igual que el 10% de los adolescentes.

⁴² SANZ DE ACEDO LIZARRAGA, Ob. Cit. pp. 389-466.

⁴³ BLOS, P; PSICOANÁLISIS DE LA ADOLESCENCIA, Ed Paidós: México. 2005 pp. 58

⁴⁴ PERALES A, Soi C. EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL PERÚ Anales de Salud mental 2005; N° 11 pp 9-29

Es así que la Depresión en menores de edad se está convirtiendo en un fenómeno frecuente, lo cual resulta desalentador cuando empiezan a percibirse que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida.

Una de estas esferas es necesariamente la escuela, donde los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo, y donde, paradójicamente, se ha venido descuidando su dimensión afectiva, en oposición a un esfuerzo dirigido exclusivamente al desarrollo cognitivo.⁴⁵

El desempeño laboral, y específicamente lo académico, se ve alterado debido a los trastornos del afecto. El problema es que muchas veces la enfermedad pasa desapercibida, debido al error frecuente de suponer que las dificultades escolares como el déficit atencional, la falta de concentración del pequeño o el mal rendimiento académico sólo es un conflicto del ámbito escolar.

“La competitividad de los padres por las malas notas, los castigos -que nunca han creado buenos hábitos de estudio- dejarlos solos y no acariciarlos lleva a que estos adolescentes se encierran en sí mismos y se crean tontos”, dice y agrega que el problema es que quienes deben preocuparse de los adolescentes no lo hacen.”Los profesores deben avisar a los padres de cualquier cambio negativo”, evitando que el niño se encierre en su metro cuadrado y profundice su ansiedad y tristeza.

Frente a las malas notas, el educador recomienda acoger al hijo y hacerle sentir que juntos pueden superar ese problema. El objetivo es que el adolescente comprenda que los obstáculos para dominar una materia son un reto que sus padres y él van a solucionar. En otras palabras el niño no está solo.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión son esenciales en la recuperación; el problema es que muchas veces la depresión pasa desapercibida, debido al error frecuente de suponer que las dificultades escolares como el déficit atencional, la falta de concentración del pequeño o el mal rendimiento académico sólo es un conflicto

⁴⁵ SILVERSTEIN, M, LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: PORQUE ES MÁS IMPORTANTE QUE EL COCIENTE INTELECTUAL Editor. Santafé de Bogotá 2004 pp. 21

del ámbito escolar. “La competitividad de los padres por las malas notas, los castigos - que nunca han creado buenos hábitos de estudio- dejarlos solos y no acariciarlos lleva a que estos adolescentes se encierran en sí mismos y se crean tontos”, dice y agrega que el problema es que quienes deben preocuparse de los adolescentes no lo hacen.” Los profesores deben avisar a los padres de cualquier cambio negativo”, evitando que el niño se encierre en su metro cuadrado y profundice su ansiedad y tristeza.⁴⁶

Frente a las malas notas, se recomienda acoger al hijo y hacerle sentir que juntos pueden superar ese problema. El objetivo es que el adolescente comprenda que los obstáculos para dominar una materia son un reto que sus padres y él va a solucionar. En otras palabras el adolescente no está solo. Lo fundamental es saber qué piensa el adolescente, mostrarle interés y atención. Y buscar tratamiento médico en el caso que su hijo empiece a aislarse, comportarse mal o hacer comentarios negativos sobre sí mismo.

La cuestión empeora si se tiene en cuenta que las dificultades afectivas en general, y los estados de ánimo (o trastornos) depresivos en particular, no solamente son desatendidos en la escuela, sino que pueden generar diferentes inconvenientes de orden institucional, grupal e individual.

La afectación significativa del desempeño escolar es sólo una de las consecuencias posibles; a continuación se presenta algunos estudios acerca de la relación entre la depresión en adolescentes y su rendimiento académico:

Frías Navarro y cols (1990) estudiaron una muestra de 1286 adolescentes en edades comprendidas entre 8 y 13 años la semiología depresiva en dos grupos de adolescentes: repetidores y no repetidores. La evaluación de los síntomas depresivos se realizó con el Children Depression Inventory (CDI). Sus resultados confirman, igualmente, la asociación de fracaso con mayor semiología depresiva. De forma parecida, Pastorelli y cols (2002) en una muestra de 343 adolescentes hombres y 416 mujeres, categorizan su rendimiento en tres niveles: fracaso escolar persistente, fracaso escolar actual y no fracaso académico evaluando en los tres grupos los síntomas depresivos.

⁴⁶ SILVERSTEIN, M, Ob. Cit. p25

Concluyen que los dos niveles de fracaso se asocian con mayor desajuste social, peor opinión sobre autoeficiencia, sentimientos de rechazo social y tendencia a los trastornos internalizantes, sobre todo, depresivos.

La asociación entre síntomas depresivos y rendimiento académico se ha estudiado diferencialmente con respecto al sexo. Silverstein realizó una investigación con el objetivo de conocer las diferencias en el rendimiento académico en 175 adolescentes entre 17 y 19 años y su relación con la semiología depresiva.⁴⁷ Llegan a la conclusión de que, si bien los síntomas depresivos correlacionan negativamente con el rendimiento académico en ambos sexos, las más afectadas en esta asociación son las adolescentes.

En un intento de precisar si existen síntomas depresivos con mayor peso asociativo que otros con respecto a rendimiento, Aluja y Blanch realizan una factorialización del Children Depression Scale (CDI).⁴⁸ Aparecen tres factores, denominando al tercero incompetencia – desajuste que recoge aquellos ítems que hacen referencia a conductas sociales y desajuste académico. En su investigación solo este factor correlacionaba negativamente con el rendimiento.

Otro aspecto, digno de reflexión, son los resultados obtenidos por Aliaga. Según este autor la cantidad de síntomas depresivos correlacionan negativamente con el rendimiento.⁴⁹

Podemos concluir entonces que se ha podido comprobar según las investigaciones la existencia de una relación estrecha entre la depresión y el bajo rendimiento académico. Un adolescente deprimido puede disminuir su desempeño en la escuela y un adolescente con malas calificaciones puede deprimirse. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro y de los familiares para detectar los cambios en el alumno.

⁴⁷ SILVERSTEIN Ob. Cit.

⁴⁸ ANASTASIE, A. PSICOLOGIA EDUCATIVA: LA CIENCIA DE LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE México: Editorial Trillas 2008 pp 78-92

⁴⁹ ALIAGA TOBAR, J. VARIABLES PERSONALES Y PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN MATEMÁTICA Y ESTADÍSTICA DE LOS ALUMNOS DE SECUNDARIA Revista de Investigación en Psicología, Vol. 4 N.º 1.

3) ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1) Autor: Núñez Delgado, Rocío del Pilar

Título: Correlación entre la depresión y el rendimiento en los estudiantes de secundaria del Colegio nacional “Gran Mariscal Antonio José de Sucre” de Arequipa en el 2005

Conclusión: La prevalencia de depresión fue del 20.3 %. Existe una correlación negativa de 0.257 entre la depresión y el rendimiento escolar, en los escolares del Colegio nacional “Gran Mariscal José de Sucre” de Arequipa en el año 2005, por lo que se establece una relación entre ambas variables.

3.2) Autor: Buscaglia Calle, Adriana Enriqueta

Espinoza Solis Juliana Noelia

Título: Depresión y bajo rendimiento escolar en adolescentes 2006

Conclusión: Del total de 256 alumnos evaluados, 122 presentan algún nivel de depresión, haciendo un 47.7 % . No existe una diferencia significativa en relación a cual es el género que desencadena mayores niveles de depresión; lo que lleva a concluir que el género no influye en el desencadenamiento de la depresión.

3.3) Autor: Medina Calla , María del Rosario

Título: Prevalencia de la depresión y su relación con el rendimiento en los escolares de 8 a 14 años en tres Centros Educativos en el 2001

Conclusión: Del total de estudiantes examinados se encontró una prevalencia de depresión del 39.1%. De los adolescentes desaprobados la prevalencia de depresión es del 71.4% y se encontró depresión en el 38,5% de los que tuvieron nota aprobatoria. Siendo la prevalencia relativa de 1.85; por lo tanto, hay chance de 1.85 veces de que los adolescentes con nota desaprobatoria presenten depresión.

4) OBJETIVOS

- Determinar los niveles de depresión entre los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros
- Precisar el rendimiento académico en los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros
- Establecer la influencia de la depresión en el bajo rendimiento académico de los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros

5) HIPÓTESIS

Dado que la depresión está relacionada a apatía general, disminución de la energía, hipoactividad y pérdida de la capacidad para pensar y concentrarse, es probable que:

La depresión influya en el bajo rendimiento académico en los alumnos de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

CUADRO RESUMEN DEL PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

| VARIABLES | INDICADORES | SUBINDICADORES | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS | ÍTEMS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS |
|------------------------------|---|--|-------------|-------------------------------|---|
| <i>Depresión</i> | Síntomas Cognitivos Síntomas Emocionales Síntomas Motivacionales Síntomas Neurovegetativos | Sin depresión Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa Depresión Significativa | Encuesta | Ficha de recolección de datos | Preguntas: 40 Reactivos de respuesta múltiple |
| <i>Rendimiento Académico</i> | Número de áreas curriculares desaprobadas | Calificación vigesimal | Observación | Acta de notas | Datos objetivos |

1) TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1) Técnicas e Instrumentos

- Para la variable depresión se utilizara como técnica la encuesta y como instrumento la ficha de recolección de datos
- Para la variable rendimiento académico se utilizará como técnica la observación y como instrumento el acta de notas

1.1.2) ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE DEPRESIÓN

Inventario de depresión en la Adolescencia (IDA):

El IDA es un inventario de 40 reactivos, de los cuales cinco fueron adaptados del Inventario de Depresión para niños Kovacs, ocho reactivos se adaptaron del Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher y 27 reactivos se construyeron tomando como base las respuestas emitidas por una muestra de sujetos en un cuestionario de preguntas abiertas .

El inventario (IDA) incluye las cuatro categorías establecidas por Beck: cognitiva, emocional, motivacional y neurovegetativa, como se muestra en la siguiente tabla:

| SÍNTOMAS | REACTIVOS | NUMERO DE REACTIVOS |
|------------------|--|---------------------|
| Cognitivos | 12, 14, 15, 18, 2, 20, 21, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 7, 8. | 20 |
| Emocionales | 1, 10, 19, 27, 3, 35, 4, 5. | 8 |
| Motivacionales | 11, 16, 22, 23, 24, 26, 29, 6, 9. | 9 |
| Neurovegetativos | 13, 17, 39. | 3 |

Las categorías de respuesta son de tipo Licker cuya puntuación va del 1 al 5 donde:

- 1 comprende a NUNCA.
- 2 comprende a RARAS VECES.
- 3 comprende a ALGUNAS VECES.
- 4 comprende a FRECUENTEMENTE.
- 5 comprende a SIEMPRE.

La puntuación fluctúa de 40 a 200; donde 40 indica un grado nulo de depresión y 400 indica un índice de depresión clínicamente significativa; las puntuaciones se pueden situar en los siguientes rangos:

- 40 - 71 Sin Depresión.
- 72 - 103 Depresión Leve
- 104 - 135 Depresión Moderada
- 136- 167 Depresión Severa.
- 168 - 200 Depresión Clínicamente Significativa.

1.1.3) ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO

Se utiliza un formato elaborado por la maestría, que permite recopilar la información obtenida del acta de notas correspondiente a educación secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros

El acta de notas de primero a cuarto de secundaria, presenta un sistema de calificación vigesimal (0 a 20) donde se evalúan diferentes áreas curriculares en base a los parámetros indicados por el Ministerio de Educación

Las áreas curriculares de educación secundaria según el Ministerio de educación del Perú son:

- Personal, familia y recursos humanos
- Ciencias sociales
- Educación física
- Educación por el arte
- Formación religiosa
- Lenguaje- comunicación
- Idioma extranjero
- Matemática
- Ciencia tecnología y ambiente
- Educación para el trabajo

Tras su observación, se procedió a listar los alumnos que presentaron 3 o más áreas curriculares desaprobadas en el año escolar 2007, es decir nota final inferior a 11.

1.2) Instrumentos mecánicos

- PC Pentium IV e Impresora
- Sistema Operativo y Procesador de texto Word XP
- Soporte estadístico SPSS 12.0 for Windows

1.3) Materiales de verificación:

- Material de escritorio

2) CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1) Ubicación Espacial

La investigación se realizará entre los estudiantes del “Centro Educativo Casimiro Cuadros”, ubicado en el distrito de Cayma, Ciudad de Arequipa, ubicada en el departamento de Arequipa, país Perú.

2.2) Ubicación Temporal

Se trata de una investigación estructural y prospectiva, debido a que se tomarán los datos luego de la aprobación del presente proyecto de tesis. Ver cronograma de trabajo propuesto.

2.3) Unidades de estudio

2.3.1) Universo o población:

Está constituido por todos los estudiantes matriculados en el nivel de educación secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros de la Ciudad de Arequipa en la primera mitad del año escolar 2008, que constituye el 100% de la población

2.3.2) Criterios de Inclusión:

Alumnos varones y mujeres del primer al quinto año de secundaria del Centro Educativo Casimiro Cuadros, que según el acta de notas tengan un bajo rendimiento académico, luego de la revisión de actas de notas corresponde a 112 alumnos en total

2.3.3) Criterios de exclusión:

Alumnos varones y mujeres del primer al cuarto año de secundaria que según el acta de notas tengan un buen rendimiento académico.

DESCRIPCIÓN DE UNIDADES DE ESTUDIO

| Alumnos con bajo rendimiento académico | Año de Estudios | | | | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|
| | 1ro | 2do | 3ro | 4to | 5to | | |
| Alumnos Varones | 15 | 11 | 7 | 10 | 16 | 59 | 53 % |
| Alumnas Mujeres | 10 | 8 | 9 | 12 | 14 | 53 | 47% |
| Total | 25 | 19 | 16 | 22 | 30 | 112 | 100% |

3) Estrategia de Recolección de Datos

3.1) Organización:

- Planteamiento y permiso de la Directora Administrativa del Centro Educativo Casimiro Cuadros, haciéndole llegar los alcances del presente estudio
- Solicitud formal a la Escuela de Postgrado de la UCSM, dando a conocer el proyecto de tesis

3.2) Recursos

3.2.1) Recursos Humanos

- La Maestría
- El asesor estadístico

3.2.2) Recursos Físicos

- Local del Colegio
- Salones de clase
- Inventario de depresión en la Adolescencia para cada alumno
- Material de escritorio

3.2.3) Recursos financieros

- Autofinanciado

3.3) Validación de instrumentos

El Inventario de depresión en la Adolescencia (IDA) utilizado para la recolección de datos es reconocido internacionalmente, validado en el idioma español.⁵⁰

Las características psicométricas del instrumento son las siguientes: para determinar la confiabilidad interna del inventario se aplicó el método ítem-escala, y se obtuvo que la mayoría de los reactivos están por arriba del rango de $r = .5$; para determinar la confiabilidad del inventario se aplicó el estadístico alfa de Cronbach con el método ítem-escala; y se obtuvo un coeficiente global de $.73$, de lo cual se deduce que el instrumento es sensible para evaluar rangos de niveles depresivos en adolescentes; por lo tanto de acuerdo al criterio de validez se puede decir que el instrumento mide lo que quiere medir.

3.4) Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1) A nivel de la recolección

La aplicación del instrumento se realizará en un solo día según cronograma, se reunirá en el auditorio a todos los alumnos que constituirán la muestra, se les explicará acerca del instrumento y se procederá a que respondan al mismo

3.4.2) A nivel de la Sistematización

Para el procesamiento de los datos se procederá a calificar la puntuación obtenida de la ficha de recolección de datos y elaborar una matriz de datos digital en el Editor de datos del programa estadístico SPSS 12.0 for Windows, de donde se obtendrán las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos.

⁵⁰ ANASTASI, A. Ob. Cit. p 77

3.4.3) A nivel de estudio de datos

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS; las variables cualitativas se describirán en frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%); las variables cuantitativas, se describirán como media (X) y desviación estándar (o) cuando se ajusten a la normalidad

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| Actividades | Set. 2007 | Oct. | Nov. | Dic. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ag | Set. 2008 |
|---|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|--------------|
| Selección del tema | X | | | | | | | | | | | |
| Revisión bibliográfica | X | X | | | | | | | | | | |
| Elaboración del proyecto | | X | X | X | | | | | | | | |
| Preparación de material necesario | | | | | X | X | | | | | | |
| Presentación del Proyecto | | | | | | | X | | | | | |
| Aprobación del proyecto | | | | | | | X | X | | | | |
| Aplicación del IDA a los alumnos de la muestra | | | | | | | | | X | | | |
| Procesamiento de la información | | | | | | | | | | X | | |
| Análisis estadístico | | | | | | | | | | X | | |
| Redacción del borrador de tesis | | | | | | | | | | | X | |
| Presentación y aprobación del borrador de tesis | | | | | | | | | | | | X |
| Sustentación de tesis | | | | | | | | | | | | X |

BIBLIOGRAFIA BASICA

1. ADRIANZÉN, Cecilia.” Depresión en Niños y Adolescentes”, Revista Diagnóstico, Lima, año 2006 volumen 37,85-92
2. ALAEZ FERNÁNDEZ, Máximo, “Prevalencia de Trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes, su relación con la edad y género”. En Psicothema Vol. 12, N° 4, Colegio Oficial de Psicólogos de España 2005, pp 525-532
3. ALBERT, B. Y BECK, A. ; "Incidence of Depression in Early Adolescence: A primary study Journal of Youth and Adolescence”, Atlanta 2004
4. ALIAGA TOBAR, J. (2006). “Variables personales y psicológicas relacionadas con el rendimiento académico en matemática y estadística en alumnos de secundaria” Revista de Investigación en Psicología, Vol. 4 N ° 1, 2001
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION “DSM-IV TR : Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos mentales”, Cuarta edición, 2001
6. ANASTASI, A. (2008). “Psicología educativa. La ciencia de la enseñanza y el aprendizaje”. Editorial Aguilar ,Madrid 2002
7. BECK, Aaron & SHAW, Brian F.” Enfoques cognitivos de la depresión”, Desclée de Brouwer, Bilbao 2006 pp 87-92
8. BLOS, P; "Psicoanálisis de la Adolescencia", Ed Paidos: México. 2004
9. CARLSON, L "Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad", Ed Trillas: México. 2003
10. CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS) 2004
11. CHAVARRO, Carol, Rios, Natalia “Influencia de la Depresión en el Rendimiento Escolar de Niños y Adolescentes”
www.puj.edu.co/fhumanidades/psicologia/proyectosintesis (consulta 16 junio del 2008)

12. DIAZ ATIENZA, Francisco, “Relación entre el rendimiento escolar, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes”. Revista de Psiquiatría de la Sociedad Chilena de Psiquiatría, Vol 6 N° 2, Junio 2005
13. DÍAZ, R.; Ferri, M.J. “Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos”. Osborne McGraw-Hill 2006 pp.353-374.
14. FERRÁN, A, “SPSS para Windows: Análisis estadístico”. Ed. Osborne McGraw-Hill Madrid 2004
15. GARCIA, D Y LÁZARO, J : “Manual de Psiquiatría” McGraw-Hill Interamericana de España Madrid 2007 pp 17-31
16. GOLEMAN, Daniel. “La inteligencia emocional: Porque es más importante que el cociente intelectual”. Editor. Santafé de Bogotá 2004
17. HANNAH, George, “La depresión y ansiedad en niños y adolescentes informada por la asociación de padres y maestros.”, Periódico de la Academia Americana de Psiquiatría 2006 P. 34-35
18. HURLOCK, B Elizabeth "Psicología de la adolescencia". Ed. Paidós: México2004
19. JADUE , J . “Factores Psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la dserción escolar”, Estudios Pedagógicos, N° 28, 2005 pp. 193-204
20. JONGSMA, B ; "Los Estilos de Crianza y su Vinculo con el RendimientoAcadémico" , Reporte de investigación para obtención de título: UNAM campus Iztacala 2006
21. KACZYNSKA, M.”El rendimiento escolar y la inteligencia”. Paidós. Buenos Aires 2006, pp. 16
22. LUJÁN, Miguel (2005), “Suicidio y Depresión en Adolescentes Limeños”, Revista Diagnóstico, N° 67, 2006 85-92

23. MACCRACKEN, J, “"Psicoterapia de la Depresión" Ed Paidos: Buenos Aires 2005
24. MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL PERÚ: Diseño Curricular en Educación Secundaria , Lima 2006
25. MUSS, R. "Teorías de la adolescencia" Ed Paidos: México2005
26. NISSEN, G. ; "Depresiones en la infancia y adolescencia" Ed Trillas: México. 2004
27. PAPALIA, D. Et Al "Desarrollo Humano". Ed. Mc Graw Hill: México 2003
28. PERALES A, Soi C. “Epidemiología Psiquiátrica en el Perú”. Revista Anales de Salud Mental, N° 11, 2005 pp 9-29
29. POWEL, M.C. "La Psicología de la Adolescencia", Ed. Fondo de Cultura Económica: México.2006
30. REINHERZ, Helen “Major Depression in the Transition to Adulthood: Risk and Impairments”. Journal of Abnormal Psychology, American Psychological Association 108, N°3 2005 pp 500-510.
31. REYNOLDS, William Y MAZZA, James, “Reliability and vality of the IDA Scale with Young Adolescents”. Journal of Achool Psychology, Society for the Study of School Psychology, Vol 36, N° 3 Estados Unidos 2008, pp 259-312.
32. ROTONDO, H. “Manual de Psiquiatría” 4ª edición. Editorial San Marcos. 2004
33. SADECK NOHA, Nemeroff Charles B. “Update on the Neurobiology of Depresión”, Medscape Psychiatry & Mental Health Journal 2003

34. SANZ DE ACEDO LIZARRAGA, María Luisa. “Motivación y emoción”.
Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao 2007. P.p. 389-466.

35. SELLER, P, "La Técnica Cognitiva de Beck y Técnica de Solución de Problemas como Alternativas de Intervención en Personas Depresivas". Revista UNAM campus Iztacala , 2007

36. SILVERSTEIN "La Depresión un Estudio Psicoanalítico en relación a Rendimiento Escolar", Editorial Nueva Visión: Argentina 2004

37. SPITZ, M, “Major Depression in the Transition to Adulthood: Risks and Impairments”. Journal of Abnormal Psychology,. American Psychological Association, Estados Unidos, 2007 , Vol. 108, N°3, pp.500-510

38. VEGA GARCÍA, S. “Rendimiento Académico en Educación Secundaria”
Editorial Madrid, México 2005

39. WELLER, Elizabeth Y WELLER, Ronald A. “Depression in adolescents growing pains or true morbidity?” Journal of Affective Disorders. N°61.2008 pp.9-13.

40. WICKS-NELSON, Rita E Israel, Allen C., “Psicopatología del niño y del Adolescente”, Editorial McGraw, Madrid 2005

41. ZUBIN, J. (2004) “Utilización de instrumentos científicos en la evaluación psicopatológica: algunas perspectivas historicas. *Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos* pp 21-24

INVENTARIO DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA (IDA)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: _____ Sexo: _____ Código: _____

Año de estudios: _____ Lugar de Procedencia: _____

Convive con: _____

Observaciones: _____

INSTRUCCIONES

El presente inventario tiene como objetivo detectar los niveles de depresión en adolescentes.

A continuación se presentan una serie de 40 enunciados que de alguna forma expresan tus sentimientos. Lee con mucho cuidado cada uno de estos enunciados, y en la hoja de respuestas marca con una (X) el número que mejor describa lo que piensas o sientes, de acuerdo a la siguiente categoría de respuestas.

- Con el número 1 si lo que ahí se expresa NUNCA lo has sentido o pensado
- Con el número 2 si lo que ahí se expresa RARAS VECES lo has sentido o pensado
- Con el número 3 si lo que ahí se expresa ALGUNAS VECES lo has sentido o pensado
- Con el número 4 si lo que ahí se expresa FRECUENTEMENTE lo has sentido o pensado
- Con el número 5 si lo que ahí se expresa SIEMPRE lo has sentido o pensado

Ejemplo:

Creo que soy una persona muy infeliz (1) (2) (3) (4) (5)

REACTIVOS

1. Me siento triste la mayor parte del tiempo
2. Cuando hay problemas en casa, pienso que son por mi culpa
3. Me gusta estar solo (a)
4. No me dan ganas de comer
5. Me desespero fácilmente
6. No hago lo que me dicen
7. Siento que nadie me quiere
8. Pienso que lo mejor sería morirme
9. Durante las noches me despierto sin ningún motivo
10. Me enojo por cualquier cosa
11. Tengo problemas con los trabajos escolares
12. Pienso que lo mejor sería desaparecer para que mis papás ya no tengan problemas
13. Creo que estoy comiendo demasiado
14. Me siento solo (a)
15. Siento que las cosas malas que suceden son por mi culpa
16. Me distraigo en mis clases escolares
17. Siento que últimamente he subido de peso
18. No tengo interés por nada
19. Me dan ganas de llorar
20. Pienso que soy muy feo (a)
21. He pensado que la vida no vale la pena, porque sufro mucho
22. Cuando me enojo termino llorando
23. Me cuesta trabajo levantarme de la cama
24. Me disgusta ir a la escuela
25. Siento que nadie se preocupa por mí
26. Siento que últimamente he bajado de peso
27. Cuando alguien se enoja conmigo, me siento triste
28. Pienso que los demás no me comprenden y me rechazan
29. Siento que me aburro
30. No me llevo bien con la gente
31. Me disgusta mucho tener problemas con mis hermanos o con mis papás
32. Todo me sale mal
33. Imagino que estoy muerto (a)
34. Me siento triste y desdichado (a)
35. Me siento culpable por todo lo que les suceda a mis amigos (as)
36. Siento que a los demás les caigo mal
37. Creo que no valgo nada
38. Siento que a la gente no le intereso
39. Me avergüenzo de mi mismo (a)
40. Siento odio por mi mismo (a)

HOJA DE RESPUESTAS

Código: _____

Marca con una X el número que más se acerque a lo que sientes o piensas siguiendo el orden de la presente escala:

1. NUNCA
2. RARAS VECES
3. ALGUNAS VECES
4. FRECUENTEMENTE
5. SIEMPRE

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. (1) (2) (3) (4) (5) | 21. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 2. (1) (2) (3) (4) (5) | 22. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 3. (1) (2) (3) (4) (5) | 23. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 4. (1) (2) (3) (4) (5) | 24. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 5. (1) (2) (3) (4) (5) | 25. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 6. (1) (2) (3) (4) (5) | 26. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 7. (1) (2) (3) (4) (5) | 27. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 8. (1) (2) (3) (4) (5) | 28. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 9. (1) (2) (3) (4) (5) | 29. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 10. (1) (2) (3) (4) (5) | 30. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 11. (1) (2) (3) (4) (5) | 31. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 12. (1) (2) (3) (4) (5) | 32. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 13. (1) (2) (3) (4) (5) | 33. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 14. (1) (2) (3) (4) (5) | 34. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 15. (1) (2) (3) (4) (5) | 35. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 16. (1) (2) (3) (4) (5) | 36. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 17. (1) (2) (3) (4) (5) | 37. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 18. (1) (2) (3) (4) (5) | 38. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 19. (1) (2) (3) (4) (5) | 39. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 20. (1) (2) (3) (4) (5) | 40. (1) (2) (3) (4) (5) |

FORMATO PARA RECOPIACIÓN DE DATOS DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO

IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Año de estudios: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Tutor: _____ Código: _____

Número total de asignaturas desaprobadas: _____

CALIFICACIONES DE LAS DIFERENTES AREAS CURRICULARES

| ÁREA CURRICULAR | CALIFICACIÓN | RESULTADO |
|-------------------------------|--------------|-----------|
| Personal Social | | |
| Lógico- Matemática | | |
| Ciencia tecnología y ambiente | | |
| Educación por el arte | | |
| Comunicación integral | | |
| Formación religiosa | | |
| Educación física | | |
| Educación para el trabajo | | |

Se considera la nota final dada por el docente y que consta en el acta de notas correspondiente. El resultado se refiere a la calificación del área curricular y se traduce como D= Muy deficiente (0-5) o D= deficiente (6-10)

Observaciones:

Fecha

**CENTRO EDUCATIVO CASIMIRO CUADROS DE CAYMA
INFORME DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO MENSUAL**

Alumno: _____

Nivel: Secundaria Año: _____ **Tutor:** _____

| AREAS CURRICULARES | CAPACIDADES | I BIMESTRE | | | II BIMESTRE | | | III BIMESTRE | | | NOTA FINAL |
|-------------------------------|---|------------|---|---|-------------|---|---|--------------|---|---|------------|
| | | 1 | 2 | P | 1 | 2 | P | 1 | 2 | P | |
| Personal Social | Comprensión de la información. Comprensión espacio temporal. Juicio crítico | | | | | | | | | | |
| Inglés | Listening (escuchar), Writing (escribir), Reading (leer), speaking(hablar) | | | | | | | | | | |
| Lógico- Matemática | Interpretación de gráficos. Expresión simbólica Razonamiento y demostración. Resolución de problemas | | | | | | | | | | |
| Ciencia tecnología y ambiente | Comprensión de información. Indagación y experimentación. Juicio crítico | | | | | | | | | | |
| Educación por el arte | Desarrollo creativo | | | | | | | | | | |
| Comunicación integral | Expresión oral. Comprensión de lectura. Producción de textos | | | | | | | | | | |
| Formación religiosa | Comprensión doctrinal. Discernimiento de fe | | | | | | | | | | |
| Educación física | Dominio y comunicación corporal. Resolución de situaciones lúdicas y deportivas. Disposición para la educación física | | | | | | | | | | |
| Educación para el trabajo | Habilidades para el trabajo. Desempeño de tareas | | | | | | | | | | |

Tardanzas: _____ **Inasistencias:** _____

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

PRIMER AÑO DE SECUNDARIA : 25 alumnos con bajo rendimiento

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | | | Cursos | Áreas | | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones |
|----|------|------|--------------|-------|--------|---|----|------------------------|---------------------|--------|------------------|-----------------|--|
| | | | | | Desap. | D | MD | | Favorito / Aburrido | Desap. | | | |
| 1 | F | 13 | solo madre | 2 | 4 | 3 | 1 | inglés / matemática | PS,LM,C | 111 | Depresión | Moderada | Separación padres |
| 2 | M | 13 | ambos padres | 1 | 3 | 2 | 1 | arte / matemática | PS,LM,C | 69 | Normal | ----- | Sin método estudio, <i>clase media</i> |
| 3 | F | 12 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | arte / ciencia y Tecn. | PS,C | 64 | Normal | ----- | Sin método estudio |
| 4 | M | 11 | solo madre | 1 | 3 | 2 | 1 | inglés / c.sociales | PS,Com,LM | 51 | Normal | ----- | Se distrae , <i>clase media</i> |
| 5 | M | 12 | solo madre | 2 | 3 | 3 | 0 | arte / Ed.Trabajo | PS,C | 51 | Normal | ----- | Se distrae en clase |
| 6 | M | 12 | abuelos | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática /Ed. Fisica | PS,C | 102 | Depresión | Leve | Madre fallecida 3 años |
| 7 | M | 11 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | lenguaje /matemática | PS,Com,LM | 113 | Depresión | Leve | Padres pelean mucho |
| 8 | F | 12 | solo madre | 1 | 4 | 3 | 1 | matemática / inglés | PS,C,Com,LM | 138 | Depresión | SEVERA | Padre fallecido 3 meses |
| 9 | M | 11 | ambos padres | 2 | 4 | 4 | 0 | inglés / matemática | PS,C,Com | 60 | Normal | ----- | Juega mucho en internet |
| 10 | M | 12 | abuelos | 1 | 3 | 2 | 1 | Ed.física / religión | Com,LM,PS | 53 | Normal | ----- | Sin método estudio, <i>clase media</i> |
| 11 | M | 12 | ambo padres | 0 | 3 | 2 | 1 | arte / matemática | C,Com,LM | 70 | Normal | ----- | Se distrae en clase |
| 12 | M | 11 | ambos padres | 3 | 4 | 3 | 1 | arte / Ed.física | C,Com,LM,PS | 64 | Normal | ----- | Juega mucho en internet |
| 13 | F | 12 | ambos padres | 3 | 4 | 2 | 2 | inglés / matemática | PS,Com,LM | 114 | Normal | ----- | Padres la maltratan, hace los quehaceres del hogar |
| 14 | M | 12 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | arte / matemática | PS,C,LM | 98 | Depresión | Leve | Padre alcohólico Violencia intrafamiliar |

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | Nota | Cursos | Áreas | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones | | |
|----|------|------|---------------|-------|--------|------|--------|------------------------|-------------|----------|------------------|-----------------|--|
| | | | | | | | | | | | | Desap. | D |
| 15 | F | 12 | solo madre | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / Ed.física | C,Com,PS | 69 | Normal | ----- | Hace bromas en clase |
| 16 | F | 13 | abuelos | 0 | 4 | 3 | 1 | arte / matemática | PS,LM, | 126 | Depresión | Moderada | Padres fallecidos 7 años |
| 17 | M | 11 | ambos padres | 5 | 3 | 2 | 1 | religión / C.sociales | PS,LM, | 152 | Depresión | Moderada | Extrema pobreza, |
| | | | trabaja | | | | | | | | | | |
| 18 | F | 11 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | inglés / C.sociales | PS,Com,LM | 69 | Normal | ----- | Se distrae en clase |
| 19 | M | 11 | solo madre | 3 | 4 | 3 | 1 | arte / matemáticas | PS,C,LM | 109 | Depresión | Moderad | Extrema Pobreza, |
| | | | trabaja | | | | | | | | | | |
| 20 | M | 11 | ambos padres | 2 | 3 | 2 | 1 | inglés / C. sociales | PS,C | 103 | Depresión | Leve | Se distrae en clase, <i>clase</i> |
| | | | <i>media</i> | | | | | | | | | | |
| 21 | M | 11 | abuelos/madre | 1 | 3 | 3 | 0 | matemática / religión | C,PS | 68 | Normal | ----- | Se distrae, falta a clase |
| 22 | F | 13 | solo madre | 1 | 4 | 4 | 0 | social / Ed. física | PS,Com,LM | 115 | Depresión | Moderada | Duerme en clase, hace Labores del hogar |
| 23 | M | 12 | ambos padres | 0 | 3 | 1 | 2 | inglés / Ed. física | PS,LM | 134 | Depresión | Severa | Padre alcohólico, Violencia intrafamiliar |
| 24 | F | 12 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | social / matemática | C,LM | 84 | Depresión | Leve | Padres pelean mucho |
| 25 | F | 12 | abuelos | 0 | 3 | 3 | 0 | religión / inglés | Com,PS,C | 59 | Normal | ----- | Sin método estudio |

SEGUNDO AÑO DE SECUNDARIA : 19 alumnos con bajo rendimiento

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | | | Cursos | Áreas | Pts. | Diagnóstico | Según pts. | Nivel de Depresión | Observaciones |
|-------|------|------|--------------|-------|--------|---|----|-----------------------|-------------|------|------------------|-----------------|--|---------------|
| | | | | | Desap. | D | MD | | | | | | | |
| 26 | M | 13 | solo madre | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / religión | C,PS,LM | 71 | Normal | ----- | Juega en internet, ateo | |
| 27 | F | 13 | abuelos | 3 | 4 | 3 | 1 | religión / matemática | C,Com,LM,PS | 130 | Depresión | Moderada | Padres fallecidos 5 años | |
| 29 | F | 13 | solo madre | 2 | 5 | 2 | 3 | arte / inglés | PS,C,Com,LM | 137 | Depresión | Severa | Violación por padrastro | |
| (10a) | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | M | 13 | abuelos | 1 | 3 | 2 | 1 | inglés / matemática | PS,Com,LM | 63 | Normal | ----- | Juega mucho en internet | |
| 31 | F | 14 | solo madre | 3 | 3 | 2 | 1 | religión / matemática | PS,LM | 70 | Normal | ----- | Falta a clases, cuida | |
| | | | | Hnos. | | | | | | | | | | |
| 32 | M | 12 | ambos padres | 0 | 5 | 5 | 0 | matemática/religión | PS,C,LM | 71 | Normal | ----- | Padres no ayudan, se distrae | |
| 33 | M | 13 | solo madre | 2 | 4 | 3 | 1 | ciencia / matemática | C,Com,LM | 102 | Depresión | Leve | Trabaja en las tardes, se distrae | |
| 34 | F | 12 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | religión / inglés | C,Com,LM | 68 | Normal | ----- | Se distrae en clase | |
| 35 | F | 12 | solo madre | 0 | 4 | 2 | 2 | inglés / matemática | PS,Com,LM | 107 | Depresión | Moderada | Padres separados hace 1 año | |
| 36 | M | 12 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / inglés | PS,C,Com | 71 | Normal | ----- | Se distrae en clase | |
| 37 | M | 12 | ambos padres | 2 | 4 | 4 | 0 | religión / matemática | C,Com, LM | 61 | Normal | ----- | Amigos mayores, se distrae | |
| 38 | F | 12 | solo madre | 2 | 3 | 2 | 1 | inglés / matemática | C,LM | 122 | Depresión | Moderada | Falta, hace labores de hogar | |
| 39 | M | 13 | abuelos | 0 | 5 | 3 | 2 | Ed.trabajo/matemática | C,Com,LM | 89 | Depresión | Leve | Padres fallecieron hace 2 años | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|----------------|---|---|---|---|-----------------------|----------|----|------------------|-------------|-----------------------------------|
| 40 | F | 14 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | matemática / inglés | PS,Com | 59 | Normal | ----- | Falta a Ed. Física, se distrae |
| 41 | M | 13 | padres/abuelos | 2 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | C,LM,PS | 86 | Depresión | Leve | Juega en internet, falta a clases |
| 42 | M | 12 | solo madre | 0 | 3 | 3 | 0 | religión / matemática | LM,C | 66 | Normal | ----- | tareas incompletas, ve mucha tv |
| 43 | M | 12 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / inglés | C,LM | 90 | Depresión | Leve | Se distrae, padres no ayudan |
| 44 | F | 13 | solo madre | 3 | 4 | 4 | 0 | inglés / matemática | C,Com,LM | 71 | Normal | ----- | Se distrae, tareas incompletas, |

TERCER AÑO DE SECUNDARIA: 16 alumnos con bajo rendimiento

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | Nota | Cursos | Áreas | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones | | |
|----|------|------|--------------|-------|--------|------|---------------------|------------------------|-------------|------------|------------------|-----------------|-----------------------------------|
| | | | | | Desap. | D MD | Favorito / Aburrido | Desap. | Pts. | Según pts. | Depresión | Importantes | |
| 45 | F | 13 | solo madre | 1 | 3 | 2 | 1 | inglés / matemática | PS,C,LM | 92 | Normal | ----- | Padre los abandonó hace 3 años |
| 46 | F | 13 | ambos padres | 2 | 4 | 4 | 0 | inglés / matemática | PS,C,LM | 120 | Depresión | Moderada | Padres trabajan, cuida Hnos. |
| 47 | M | 14 | solo madre | 2 | 3 | 3 | 0 | Ed.Física / matemática | C,LM | 63 | Normal | ----- | Trabaja, tarea incompleta,pobreza |
| 48 | M | 13 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / inglés | PS | 62 | Normal | ----- | Juega mucho en internet |
| 49 | F | 13 | ambos padres | 2 | 4 | 4 | 0 | inglés / matemática | PS,Com,LM | 70 | Normal | ----- | Tareas incompletas, ve TV |
| 50 | M | 12 | ambos padres | 5 | 3 | 3 | 0 | inglés / sociales | PS,C,LM | 92 | Depresión | Leve | Trabaja, Pobreza extrema |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|--------------|---|---|---|---|-----------------------|-------------|-----|------------------|-----------------|--|
| 51 | F | 14 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | sociales / religión | PS,C,LM | 69 | Normal | ----- | Padres no ayudan en tareas |
| 52 | F | 14 | solo madre | 2 | 3 | 3 | 0 | sociales / matemática | C,Com,LM | 114 | Depresión | Moderada | Padres separados hace 6 meses |
| 53 | M | 14 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | C,LM | 50 | Normal | ----- | Padres no ayudan en tareas |
| 54 | M | 13 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | sociales / inglés | Com,LM | 66 | Normal | ----- | distrae tareas incompletas, se |
| 55 | M | 14 | solo madre | 1 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | LM,C,PS | 93 | Depresión | Leve | Padres se están separando |
| 56 | F | 13 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / inglés | C,LM | 72 | Depresión | Leve | Conflictos de padres |
| 57 | M | 13 | ambos padres | 3 | 3 | 3 | 0 | matemática / inglés | PS,C | 69 | Normal | ----- | Internet, tarea incompleta |
| 58 | F | 13 | solo madre | 2 | 4 | 3 | 1 | religión / Sociales | PS,Com,LM | 92 | Depresión | Leve | Padre los abandonó hace 4 ^a |
| 59 | F | 14 | solo madre | 0 | 5 | 2 | 3 | inglés / matemática | PS,C,Com,LM | 138 | Depresión | Severa | Padres separados ,amigas mayores |
| 60 | F | 14 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | matemática / sociales | C,LM | 71 | Normal | ----- | Cuida Hnos. tareas incompletas |

CUARTO AÑO DE SECUNDARIA: 22 alumnos con bajo rendimiento

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | Nota | | Cursos | Áreas | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones | |
|----|------|------|--------------|-------|--------|--------|-----|-------------------------|-------------|-------------|------------------|-----------------|--|
| | | | | | | Desap. | DMD | | | | | | |
| | | | | | | | | | Pts. | Según pts. | Depresión | Importantes | |
| 61 | M | 14 | ambos padres | 0 | 4 | 3 | 1 | Ed. Física / matemática | PS,Com,LM | 106 | Depresión | Moderada | Juegos en Internet, se distrae |
| 62 | F | 14 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 1 | Sociales / inglés | C,Com,PS | 66 | Normal | ----- | Llega tarde, tareas incompletas |
| 63 | F | 15 | solo madre | 0 | 4 | 2 | 2 | arte / sociales | C,LM | 113 | Depresión | Moderada | Padre falleció hace 3 años |
| 64 | M | 14 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 1 | inglés / ciencias | PS,Com | 61 | Normal | ----- | Internet, padres lo engríen |
| 65 | F | 14 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | sociales / inglés | PS,C,LM | 66 | Normal | ----- | se distrae en clases |
| 66 | F | 15 | solo madre | 2 | 5 | 2 | 3 | arte / matemática | PS,Com,LM,C | 106 | Depresión | Moderada | vende caramelos en tardes |
| 67 | M | 14 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | matemática / religión | PS,C | 70 | Normal | ----- | Juega en clase, hace bromas |
| 68 | M | 16 | solo madre | 0 | 5 | 2 | 3 | Ed.física / matemática | PS,C,Com,LM | 144 | Depresión | Severa | Padres divorciados,internet, |
| 69 | F | 14 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | matemática / religión | C,LM,PS | 69 | Normal | ----- | Repitió tercer año, rebelde distrae tareas incompletas, se |
| 70 | F | 15 | solo madre | 1 | 4 | 2 | 2 | matemática / sociales | PS,C | 120 | Depresión | Moderada | Padre falleció hace 1 año |
| 71 | M | 15 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | arte / matemática | Com,LM | 65 | Normal | ----- | internet, no presta atención |
| 72 | F | 15 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | matemática / religión | PS,C | 82 | Depresión | Moderada | tarea incompleta, padres la complacen en todo |

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | Nota | Cursos | Áreas | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones | |
|--|------|------|------------------------------|-------|--------|------|-------------------------|------------|-------------|------------------|-----------------|---------------------------------------|
| | | | | | Desap. | D MD | Favorito / Aburrido | Desap. | Pts. | Según pts. | Depresión | Importantes |
| 73 | F | 15 | abuelos Tacna | 1 | 3 | 3 0 | arte / matemática | PS,LM | 95 | Depresión | Leve | Padres trabajan en |
| 74 | F | 15 | solo madre | 1 | 3 | 3 0 | lenguaje / matemática | Com, LM,PS | 108 | Depresión | Moderada | Madre con artritis, |
| 75 | M | 15 | solo madre incompletas | 1 | 4 | 4 0 | sociales / matemática | PS,LM,C | 58 | Normal | ----- | Internet, tareas |
| 76 | F | 14 | ambos padres | 2 | 3 | 3 0 | inglés / matemática | PS,C | 55 | Normal | ----- | Dedicada al vóley |
| 77 | M | 14 | abuelos Lima | 1 | 3 | 3 0 | inglés / matemática | C,LM,PS | 98 | Depresión | Leve | padres trabajan en |
| 78 | M | 15 | solo madre trabaja | 5 | 3 | 3 0 | matemática / sociales | C, PS | 83 | Depresión | Leve | extrema pobreza, |
| 79 | M | 14 | abuelos Tacna | 1 | 3 | 3 0 | inglés / matemática | C,LM | 67 | Normal | ----- | padres comerciantes, viajan a |
| 80 | F | 14 | ambos padres | 2 | 4 | 4 0 | Ed. física / matemática | C,Com,PS | 67 | Normal | ----- | dedicada al vóley, <i>clase media</i> |
| 81 | M | 14 | ambos padres complacen | 0 | 3 | 3 0 | Ed. física / inglés | C,LM,PS | 69 | Normal | ----- | Internet, padres lo |
| 82 | F | 14 | ambos padres incompleta | 1 | 3 | 1 2 | inglés / matemática | C,LM,PS | 94 | Depresión | Leve | Falta a clases, tarea |
| QUINTO AÑO DE SECUNDARIA: 30 alumnos con bajo rendimiento | | | | | | | | | | | | |
| 83 | M | 15 | solo madre enamorada | 2 | 3 | 3 0 | inglés / matemática | C,LM,PS | 95 | Depresión | Leve | tareas mal, dedicado a |
| 84 | M | 16 | ambos padres engrían | 1 | 3 | 2 1 | Ed. Física/ matemática | C,LM,PS | 96 | Depresión | Leve | dedicado al futbol, padres |
| 85 | F | 16 | ambos padres incompleta | 1 | 4 | 3 1 | arte / sociales | C,LM,PS | 136 | Depresión | Moderada | internet, falta, tarea |
| 86 | M | 15 | padres/ abuelos mal | 2 | 3 | 3 0 | arte / inglés | PS,C | 70 | Normal | ----- | Se distrae en clase, tareas |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------|-------------|------------------------------|--------------|---------------|-------------|----------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|----------------------|--------------------|---|
| 87 | F | 15 | solo madre | 1 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | LM, C | 66 | Normal | ----- | dedicada a enamorado |
| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | Nota | Cursos | Áreas | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones | | |
| | | | | | Desap. | D MD | Favorito / Aburrido | Desap. | Pts. | Según pts. | Depresión | Importantes | |
| 88 | F | 15 | solo madre (enfermo) | 0 | 4 | 2 | 2 | arte / matemática | PS,C,LM | 140 | Depresión | Severa | Hno. Murió hace 6 meses |
| 89 | M | 15 | ambos padres mucho | 1 | 4 | 2 | 2 | Ed. Física/ matemática | PS,C | 111 | Depresión | Moderada | internet, padres pelean |
| 90 | M | 15 | solo madre clase | 2 | 3 | 3 | 0 | arte / Ed. Física | PS,C | 97 | Depresión | Leve | tarea incompleta, se distrae en |
| 91 | M | 15 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | Ed. Física/ matemática | PS,Com,LM | 59 | Normal | ----- | dedicado al futbol, enamorada |
| 92 | M | 16 | ambos padres enamorada | 1 | 4 | 2 | 2 | Ed. Física/ matemática | PS,C | 107 | Depresión | Moderada | cansado por futbol, |
| 93 | M | 16 | ambos padres | 0 | 3 | 3 | 0 | sociales / arte | C,PS | 67 | Normal | ----- | Internet, enamorada |
| 94 | F | 15 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | arte / matemática | PS, Com | 87 | Depresión | Leve | padres pelean mucho |
| 95 | M | 16 | solo madre discotecas | 2 | 4 | 4 | 0 | inglés / Ed. Trabajo | PS,C | 71 | Normal | ----- | enamorada, sale a |
| 96 | M | 16 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | Ed. Física/ matemática | PS,LM | 59 | Normal | ----- | futbol, internet |
| 97 | M | 16 | solo madre pobreza | 3 | 4 | 2 | 2 | Ed. Física/ matemática | PS,C,LM | 96 | Depresión | Leve | Trabaja, tarea incompleta, |
| 98 | M | 15 | ambos padres | 1 | 4 | 4 | 0 | matemática / ciencias | PS,C | 71 | Normal | ----- | Internet, enamorada |
| 99 | F | 15 | solo madre | 3 | 4 | 1 | 3 | matemática / inglés | C,Com,PS | 109 | Depresión | Moderada | Cuida Hnos., quehaceres Del hogar, embarazada |
| 100 | M | 16 | ambos padres distrae | 1 | 4 | 2 | 2 | Ed. Física/ matemática | PS,Com,LM | 113 | Depresión | Moderada | Falta a clases, se |
| 101 | F | 15 | ambos padres participa | 2 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | C,PS | 90 | Depresión | Leve | se distrae en clase, no |
| 102 | M | 16 | padres/abuelos el día | 2 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | PS,C | 69 | Normal | ----- | ambos padres trabajan todo |

| N | Sexo | Edad | Convivencia | Hnos. | Asign. | | Nota | Cursos | Áreas | Diagnóstico | Nivel de | Observaciones |
|--------|------|------|-----------------|-------|--------|------|------|-------------------------|-------------|-------------|---------------------------|--|
| | | | | | Desap. | D MD | | | | | | |
| 103 | F | 17 | solo madre | 2 | 4 | 0 | 4 | arte / matemática | PS,C,Com,LM | 150 | Depresión severa | padre alcoholico, repitió 4to Violencia Intrafamiliar, recibe tto en C.S. Mno |
| Melgar | | | | | | | | | | | | |
| 104 | M | 16 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | matemática / Ed. Física | PS,Com | 68 | Normal | internet, enamorada |
| 105 | M | 16 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | Ed. Fisica / matemática | PS,C,LM | 61 | Normal | tareas incompletas |
| 106 | F | 15 | solo madre | 2 | 4 | 2 | 2 | inglés / matemática | PS,LM,C | 107 | Depresión Moderada | padre los abandonó |
| 107 | F | 15 | ambos padres | 2 | 3 | 3 | 0 | arte / matemática | PS,C | 56 | Normal | conversa en clase, tareas mal |
| 108 | M | 16 | solo madre | 2 | 3 | 3 | 0 | Ed. Fisica / matemática | PS,C | 60 | Normal | tareas incompletas, enamorada |
| 109 | M | 18 | solo madre | 1 | 4 | 1 | 3 | arte / matemática | PS,C,LM | 75 | Depresión Leve | tareas incompletas, repitió 3ro y 4to Se escapa con enamorada, padre de bebé |
| de 99 | | | | | | | | | | | | |
| 110 | F | 17 | madre/padrastro | 2 | 5 | 1 | 4 | arte / matemática | C,Com,LM,PS | 136 | Depresión Severa | padrastro alcoholico, Intrafamiliar, madre no acepta tto psicologico |
| 111 | F | 16 | solo madre | 0 | 3 | 3 | 0 | arte / inglés | PS,C,LM | 58 | Normal | Internet, amigas, enamorado |
| 112 | F | 15 | ambos padres | 1 | 3 | 3 | 0 | inglés / matemática | PS,C | 59 | Normal | padres pelean mucho |

Total alumnos con bajo rendimiento: 112 alumnos

Total de alumnos con depresión: 58

Con depresión Leve: 28 alumnos

Total de varones con depresión: 26 alumnos

Con depresión Moderada: 23 alumnos

Total de mujeres con depresión: 32 alumnas

Con depresión severa: 7 alumnos

